



DZIENNIK LECZARNIA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘT-
NOŚCI · LECZARNI ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2792.

ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^5$
ŚRODEK



LEPRINCE

$C^{12} H^{10} O^5$
PRZECZYSZCZAJĄCY

LECZĄCY RACYONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

„Zadanie racjonalnego leczenia fosforem rozstrzygnięte zostało dopiero z wykryciem phytiny“

Prof. Gilbert.

PHYTINA

wydzielony z nasion pierwiastek fosforowy, zawierający w przybliżeniu 22% zupełnie przyswajalnego, nieszkodliwego fosforu w związku organicznym. Główny materiał rezerwowy roślin. Pobudza łaknienie, polepsza stan krwioobiegu, zwiększa wagę ciała.

W wysokim stopniu pobudza wymianę materii,



Znak ochronny.

WSKAZANIA:

Upośledzone odżywianie, zolzy, krzywica, gruźlica, blednica, niedokrwistość. Choroby nerwów. Bezsennosć nerwowa neurastenia (m. i. neurastenia płciowa). Rekonwalescencja, karmienie piersią. Upośledzony lub nadmierny rozwój dzieci.

Rp. Phytini scat. orig. unam. (Pud. oryg. zawiera 40 kaps.).



Dla chorych niezamożnych, szpitali etc. poleca się

PHYTINUM LIQUIDUM Rp. Phytini liquidi lag. orig.

Zawartość flakonu wystarcza w przybliżeniu na 6-dniowe leczenie dorosłego.

Pabianickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego

w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franko.

IWONICZ.Lekarz zakładowy **Dr Józef Jasieński**
ordynuje, jak lat ubiegłych.**KRYNICA****„JAGIELONKA“** i dépendance „GRUNWALD“
Drowej JANOWEJ FRĄCZKIEWICZOWEJ
pierwszorządny pensjonat.**SZCZAWNICA**

Sezon od 1 czerwca do 21 września.

Szczawy alkaliczno-słone (7 zdrojów).

Wskazania: Choroby dróg oddechowych, narządu trawienia, dróg moczowych, przemiany materii, krwi i choroby nerwowe. — Stacja kolejowa Stary Sącz lub Nowy Targ. Mieszkania od 2 K. począwszy. — Produkty spożywcze jak to: mąkę, smalec, cukier, ryż i t. p. dostaje Zakład od Ministerstwa aprowizacyi.



ASTHMIN-MOTOR
w formie papierosów albo tytoniu
usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy
SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR“
Ządać w aptekach i składach aptecznych.



GONOREIN-MOTOR
Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor“
Marszałkowska 23.

PRACOWNIA ANALITYCZNA
D-ra R. SZERYPY

w WARSZAWIE,

PIĘKNA 25 (róg Marszałk.).

Analizy lekarskie: bakteryologiczne, chemiczne i mikroskopowe. Serodyagnostyka kılı. Szczepionki Wrighta.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem

AMPULAE STERELIS. VITR.**Inj. KAKODYLOPHAG GESSNER**pudełko zawiera 36 iniekcyi w dawkach po 3 ampułki
z 0,03—0,05—0,06—0,075—0,09—0,10—0,11—0,125—0,17
—0,18—0,20**NATR. KAKODYLICUM GALLICUM**

w celu racjonalnego przeprowadzenia kuracji drogą stopniowego zwiększania, a następnie zmniejszania dawek arsenu dla wprowadzenia do organizmu 4 gramów Natr. kakodylicum

POLECA

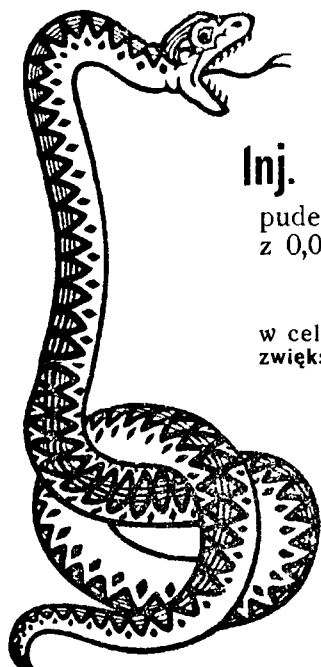
Mag. Farm. JAN GESSNER

dawniej E. GESSNER

APTEKA I LABORATORYUM FARMACEUT.-CHEMICZNE

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.





Więsta Lekarska

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dzieńdziesięcio-
lecie drugie-

Warszawa, d. 14 czerwca 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2792

Studia kliniczne z zakresu chorób mięśniowych

podał

K. Orzechowski (Lwów).

I.

Dermatomyositis tuberculosa Typus Boeck.

S. Chaja, lat 30, żona handlarza. W obserwacji oddziału nerwowego od 12-IX 1917 do marca 1918.

Wywady: Ojciec żyje w wieku ponad 50 lat, jest zdrowym. Matka nie chorowała do śmierci, która nastąpiła w 51 r. ż. Ma czworo dzieci, z tych najmłodsze, które karmiła przez 17 miesięcy, ma cztery lata. Porody i poci były prawidłowe. Nie roniła ani razu.

Poza obecnym cierpieniem nie wiele chorowała w życiu. Jako młoda dziewczyna przez kilka lat miała zaparcie stolca. Przed 3 laty, już w ciągu obecnej choroby, miała przez 2 — 3 miesiące objawy, które wedle opisu odpowiadały kamicy żółciowej i jako takie były też skwalifikowane wówczas przez lekarzy. Przed 2 laty ospa z lekkim przebiegiem; była wówczas do 2 tygodni zdrowa. Zapalenia stawów nigdy nie przechodziła, objawów ze strony serca nigdy nie zauważyła, ani też nigdy obręzków.

Zakażenia wenerycznego nie przechodziła. Trunków nie używała. Peryody zaczęły się, podobnie jak u innych członków żeńskich rodziny, w 18 r. ż., były prawidłowe do 2 przeszło lat temu. Od 2 lat miała tylko jeden nieprawidłowy peryod po pierwszym pół roku przerwy w postaci słabych plam przez 2 tygodnie.

Przed 7 laty, więc może już w okresie, do którego sięgają pierwsze początki choroby, będącej przedmiotem niniejszego opisu, miała półpasiec nad talią po stronie lewej z gorączką.

Daty początku obecnej choroby skórno-mięśniowej nie może chora ustalić. W miarę badań w tym kierunku zwracanych i przypominania sobie przynosi początki choroby swej w czas coraz odleglejszy. Co do objawów skórnych — chora określa je jako plamy sine na ciele — to napewno

miała je już przed zajściem w ostatnią ciążę t. j. już przed 5 laty. W tym czasie było kilka plam na pośladkach, potem, a może równocześnie, zauważyła je na górnych kończynach. Już wtedy zauważyła „plamę“, którą ma dotąd, za lewym uchem. Zdaje się jej, że raz też miała plamę na lewej brwi, która z czasem znikła. Zresztą sądzi, że „plamy“ utrzymują się bez zmiany.

Pierwsze objawy, wskazujące zaburzenie ruchowe, zauważyła w okresie karmienia ostatniego dziecka przed 3 i pół laty. Wtedy to, kiedy przysiadła, mogła powstać z ziemi tylko z trudnością i uczuwała przytem pewien ból w przednich częściach ud. Od 2 lat nie może dużo i prędko chodzić, bo nogi odmawiają z czasem posłuszeństwa. Przypomina sobie, że gdy przed 2 laty była w podróży, nie mogła prędko wejść na schody wagonu, natomiast schodziła po nich łatwo. Od roku stan jest tego rodzaju, że po równem chodzi wprawdzie dobrze, nie może jednak długo chodzić i szybko się męczy, natomiast prawie zupełnie nie może chodzić pod górę, lub po schodach albo wreszcie wejść na krzesło. Może wchodzić na schody lub na krzesło tylko przy pomocy rąk, bardzo się zadysza przytem i poci. Pewne osłabienie czuje zresztą w całym ciele, chociaż ma siłę na ogół, n. p. w górnych kończynach, dobrą. Od roku zauważyła zgrubienie i stwardnienie nóg całych, z czasem postępujące.

Za wyjątkiem bólu w udach przy wstawaniu z przysiadu miewała zresztą tylko nieznaczne, nieokreślone i rzadkie bóle i czasem pewne uczucie ścierpięcia w całych nogach. Kurczów mięśniowych nigdy nie miewała. Chora podaje, że zawsze miała wzmogoną skłonność do pocenia się. W tej chorobie poci się jeszcze więcej; także w spaniu poci się jej nawet twarz, a raz nawet przechodziła potówkę.

Poza objawami ruchowymi czuje się całkiem zdrową. Apetyt ma dobry. Mocz i stolec oddaje

prawidłowo. Od czasu wojny, w której przeszła wiele i dużo straciła, ma dość często bóle głowy niecharakterystyczne, bez nudności.

St a n o b e c n y: Kobieta miernego wzrostu, 151,5 cm., miernej tuszy, o mięśniach tułowia i kończyn górnych dość słabo rozwiniętych, natomiast z przerosłymi mięśniowo kończynami dolnymi, o czym poniżej będzie mowa.

W konstytucji ogólnej robi wrażenie raczej typu mięśniowego, jednak twarz i czaszka są dość drobne (obwód czaszki 53 cm.), twarz nieco przydługa, niedorozwój sutek, nieco płaskie stopy, ręce i stopy dość drobne, przytem chłodnawe i nieco wilgotne. Na obu podudziach nieznaczne żylaki. Brak pozostałości krzywicowych i kiłowych. (Wasserman we krwi ujemny). Tarczycza słabo macalna. Obwód szyi tuż nad iugulum 34,5 cm. Gruczoły limfatyczne małe, macalne tylko w pachwinach. Trachoma. *Rhinitis atrophica* miernego nasilenia. *Dilatatio narium*. *Pharyngitis sicca* w miernym stopniu (Prof. Jurasz).

Badanie narządów wewnętrznych wykazało: *Pericarditis sicca et endocarditis chron. ad valvulam mitralem s. f. insufficientiae compens.* Brak zmian fizykalnych w płucach, badanie rentgenologiczne wykazało jednak przyciemnienie obu szczytów, zwłaszcza prawego, i cienie poprzeczne i skośne od wnęki płucnej, zwłaszcza w dolnej części, odpowiadające zgrubieniom opłucnowym. Serce w obrazie rentgenowskim nieco powiększone podłużnie i poprzecznie. *Grasica* nie daje się wykazać (Dr. Mazanek). Wątroba, śledziona i brzuch bez zmiany. Mocz winowo-żółty kwaśny, C. g. 1,014—1028, czasami bez białka, to ze śladami białka (0,003‰), zresztą bez jakichkolwiek nieprawidłowości w składnikach chemicznych, a w osadzie rzadko lub niezbyt rzadko krótkie wałeczki szkliste i mniej lub więcej ziarniste, czasem obłożone pojedynczymi ciałkami lub przybłonkami. Ciśnienie krwi syst. (Riva-Rocci): 140 — 150, diastol. 110 — 120, tętno 80, rytmiczne.

Krew (Docent Hołubut): C. cz. 5,000,000, Hm. 100, C. b. 12,400 i to neutrof. 48‰, eozynof. 6‰, bazof. 0,5‰, limfocytów 41‰, monocytów 4,5‰ (metodą panoptyczną według Pappenheima).

Odczyn Pirqueta był dwukrotnie słabo dodatni.

Badanie ginekologiczne (dr Däum) wykazało zanik macicy.

Brak samoistnej gorączki przez cały czas obserwacji.

St a n n e r w o w y. Pod względem psychicznym nic szczególnego. Brak zmian ze strony nerwów czaszkowych. Żrenice prawidłowe, dobrze reagują na światło i akomodację. Dno bez zmian. W ostatnich 3 miesiącach pobytu w szpitalu podawała chora samoistnie wielokrotnie, że trudno jej połykać pokarmy stałe, nawet gdy je bardzo dokładnie zżuła. Zatrzymywały się one w okolicy rękoleści mostka i przechodziły dalej dopiero po popiciu czegoś płynnego. Trudności połykowe występowały w ciągu kilku dni stałe, przemijały następnie, potem jednak znowu się pojawiały.

Soczewki w prawidłowym stanie. Chwostka, Trousseau brak. Pobudliwość mechaniczna mięśni

prawidłowa na górnych, zniesiona na dolnych kończynach. Skurcze mięśniowe na górnych kończynach żwawe, krótkotrwałe. Dermografii brak. Brak drżeń palców, powiek i języka.

Kończyny górne: Umięśnienie dość szczupłe, jednak konsystencja mięśni dobra, zaników niema, siła zaś równomiernie wszędzie nieco poniżej normy. Może jednak mięsień ramiennopromieniowy (*supinator longus*) obustronnie nieco słabo rozwinięty. Napięcia mięśniowe prawidłowe, odruchy równe, ataksji brak.

Brzuch zwiotczały wskutek rozstrzeni ciążowych, lecz napina się czynnie dość dobrze, a odruchy brzuszne są prawidłowe.

Ruchomość tułowia prawidłowa, ruchy żwawe, o sile odpowiadającej sile kończyn górnych. To samo zachowanie się ruchów szyi, na której również zaników się nie spostrzega. W szczególności należy podkreślić dobry rozwój mięśnia mostkowsutkowoobojczykowego.

Brak odruchów Achillesa. Kolanowe obecne tylko przy Jendrassiku i bardzo słabe. Odruchy podszewowe prawidłowe. Brak Babińskiego i Romberga. Brak niezborności. Napięcia mięśniowe w stawach dolnych kończyn prawidłowe. Amplituda ruchów biernych na kończynach górnych i dolnych prawidłowa. Niema nigdzie przykurczeń, ani skrócenia ścięgien lub brzuśców mięśniowych. Czucie skórne i głębokie wszędzie prawidłowe.

Tętnienie w *arteria dorsalis pedis* i *postica* po obu stronach obecne.

Mię ś n i e o b u k o ń c z y n d o l n y c h: Pośladki są zupełnie wiotkie, mięśnie ich wyraźnie zanikłe. Tutaj i na podudziach podściółka tłuszczowa jest miernie rozwinięta, natomiast obfita jest ona na udach. Wszędzie daje się podściółka tłuszczowa od mięśni dobrze oddzielić. Uda są wybitnie pogrubiałe. Poprzez masę tkanki tłuszczowej kontury poszczególnych mięśni nie zaznaczają się przy oglądaniu i zrazu nawet przy powierzchownem obmacywaniu robią uda wrażenie jednolitych grubych wałców mięśniowych, jednak przy dokładniejszym obmacywaniu w pewnych pozycjach lub podczas unerwiania mięśni, przerost poszczególnych mięśni daje się dość łatwo wykazać. W najwyższym stopniu stwierdza się przerost na obu mięśniach krawieckich, które w każdej pozycji kończyn wymacuje się jako spore wały spłaszczone o mniej więcej 6 cm. szerokości, a grube na około 3 cm. o zbitości twardej masy kauczukowej, w całym przebiegu mięśnia jednomiernie zmienione przerostowo. Konsystencja mięśnia czworogłowego uda odznacza się znacznym wzmożeniem dopiero przy energicznym wyprostowaniu kolana i wtedy ujawnia się w całej pełni znaczne powiększenie jego masy. Na obu mięśniach napinających powięź szeroką dostrzega się gołym okiem lokalne zgrubienie guzowate, kształtu i wielkości małej pomarańczy tuż pod kolcem przednim górnym kości biodrowej o konsystencji jednak miernej, nawet przy energicznym unerwieniu mięśnia. Mięśnie przywodzące ud nie dają się łatwo wymacać pod podściółką tłuszczową, przerostu więc tutaj się nie wykazuje. Zginacze kolan są nieco przerosłe, zbitość ich jest trochę zwiększona.

Przerosty na podudziach są nawet ze strony poszczególnych mięśni gołym okiem dostrzegalne, bo brzusce ich mogą się uwydatnić przez skąpą

tutaj podściółkę tłuszczową. O ile więc w konturze ud tylko przerost mięśni napinających powieź szeroką odznaczał się odrębnie, tutaj widać odrazu sterczący ku przodowi łuk przerosłego przedniego mięśnia piszczelowego i silnie odznaczają się łydki, a mniej wyraźnie grupa strzałkowa. Zbitość łydek odpowiada zbitości twardej gumy, zbitość mięśnia piszczelowego jest może jeszcze znaczniejsza.

Wogóle obie kończyny dolne wykazują zupełną symetrię: te same mięśnie są przerosłe i w tym samym stopniu, inne mięśnie zachowują prawidłowe rozmiary, oba zaś pośladki są w jednakim stopniu zanikłe.

Na stopach nie stwierdza się przerostów. Palce zachowują niemal stale tego rodzaju pozycję, że są one w stawach śródstopowocłonowych nadmiernie rozgięte, a w stawach członowych zgięte. Przykurczu jednak tu niema i chora może z łatwością wykonywać ruchy zgięcia w stawach śródstopowocłonowych, a prostować palce w reszcie stawów.

Obrzęku na dolnych kończynach nigdy nie stwierdzono. Niema nigdzie bolesności uciskowej, ani bolesności przy ruchach biernych i czynnych.

Pomiary:	Lewa:	Prawa strona:
Dwułowy ramienia	21.5	21.5
Przedramię 9 cm. poniżej łokcia	19.0	20.0
Przedramię tuż pod łokciem	21.	21.
Udo tuż pod pachwiną	52.5	52.5
„ 15 cm. nad rzepką	49.5	49.5
Łydka (największa grub.)	36.5	36.5
„ tuż nad kostką	21.6	22.

Ruchy: Siada w łóżku z trudnością i tylko przy pomocy rąk. W pozycji leżącej na ziemi musi się wprzód położyć na bok, poczem, odpychając się rękami od podłogi, powoli siada. W dalszym ciągu klęka i wstaje jak dystrofik, z tą różnicą, że po wyprostowaniu kolan wyprostowuje się w kręgosłupie, nie opierając się rękoma o uda („nie wspinając się po udach“). Na schody może wejść tylko trzymając się poręczy rękami i pociągając się na niej, bo i podnosi źle kolano do góry, by przenieść stopę na wyższy szczebel i nie może drugą stopą z dostateczną siłą odepchnąć się od niższego stopnia. Wchodzi na krzesło w ten sposób, że ręką podnosi udo i stawia stopę na krześle, przechylając przytem miednicę na przeciwną stronę, poczem trzyma się rękami poręczy czy krzesła, aż wreszcie udaje się jej z wielkim trudem stanąć jedną nogą, a potem drugą na krześle.

Może przysiąść na ziemi, poczem atoli wstaje bardzo powoli i musi sobie pomagać rękami. Chodzi po równym powoli i ociężale, za mało podnosi stopy do góry, przechyla się nieco to na jedną, to na drugą stronę (chód kaczkowaty), po kilkudziesięciu krokach przystaje i odpoczywa. Jeśli dodamy do zaburzeń tu opisanych znaczniejsze osłabienie ud na wewnątrz i na zewnątrz, otrzymujemy zespół objawów, wskazujących stan porażenny mięśni pasa miednicowego.

Co do innych grup mięśniowych wykazuje się ogólne, lekkie obniżenie siły, w całych kończynach dolnych równomierne.

Stosunki elektryczne w zakresie mięśni: twardzowego, szyi i górnych kończyn są prawidłowe.

Na kończynach dolnych pobudliwość nerwów faradyczna i galwaniczna jest nieco, mięśni bardzo silnie obniżona (S.Z.K. 15 — 25 MA), skurcze są szybkie, przeważnie anoda jest równa lub przeważa. Badane: *nn. crurales, peronei, tibiales. mm. quadricipites, adductores, glutaiei, peronei, tibiales antici, extensores digitorum longi et hallucis* i łydki). Natomiast niezmienny zewnątrz mięsień krótki wspólny wyprostny palców ma pobudliwość galwaniczną i faradyczną znacznie wyższą od mięśni ud i podudzi.

Stan dermatologiczny (docent Mucha): Na skórze całego ciała widać guzki i guzy nieregularnie odgraniczone, nie wystające lub wystające tylko nieznacznie ponad otaczającą skórę, często w środkowej swej części nieco wpadnięte, o barwie sinawo-czerwonej lub brunatno-żółto-czerwonej. Większe wykwyty mają na swej powierzchni łuski lub strupy z łusek złożone, po których usunięciu pojawia się w środku lekkie krwawienie albo lekko wpadła blizna. Wykwitom tym odpowiadają nacieki wielkości grochu lub fasoli lub większe, głębiej ułożone, które, o czym się przekonać można wymacywaniem, wysterczają nieraz nad powierzchnię skóry. Tego rodzaju nacieki są nieraz pokryte skórą zupełnie prawidłową. Ogniska są dawnego i świeżego pochodzenia.

W ciągu obserwacji szpitalnej cierpienie ruchowe stale, choć nieznacznie się pogarszało. Z końcem listopada zauważono przy badaniu, że oba wewnętrzne grube mięśnie uda (*vasti interni*) były znacznie grubsze, niż w okresie pierwszym pobytu chorej i wyczuwało się w nich zbite stwardnienia okrągławe wielkości piąstki dziecka, czego napewno nie można było przeoczyć przy dawniejszych badaniach.

Z końcem marca wyjechała pacjentka do domu na święta, skąd miała do 2 tygodni wrócić. Nie zgłosiła się już jednak do szpitala, z końcem zaś czerwca doniosła krótko, że stan jej się ciągle pogarsza, że z przyjazdem zrazu zwlekała, teraz zaś tak się czuje bezsilną, że nie podołałaby fizycznie trudom jazdy z powiatu przemyskiego do Lwowa.

30. X. 1917, wycięto chorej kawałek skóry zawierający guzek, mający cechy świeżego pochodzenia blisko szpary pośladkowej i drugi kawałek z prawego mięśnia krawieckiego (Dr Jonas). Obie rany łatwo się zagoiły.

Obraz dermatologiczny zmieniał się podczas pobytu chorej w szpitalu o tyle, że część wykwyty samostannie zniknęły, a pojawiały się natomiast nowe. Po czterotygodniowym leczeniu tuberkuliną zniknęły wszystkie wykwyty, przyczem niektóre wyleczyły się bez śladu, inne zaś zostawiły po sobie bliznę ospowatą lub tuberkulidową. Na miejscu głębiej ułożonych nacieków i guzków podskórnych pozostały w skórze liczne ubytki, w które palec wpada przy wymacywaniu, jak w dziurę, podobnie, jak to opisują w zaniku plamistym skóry (*atrophia maculosa cutis*).

W pierwszych trzech miesiącach pobytu podawano chorej jodek potasu w ilości 0,5 do 1,5 gr. dziennie i stosowano lekki masaż, który przerywano po wycięciach próbnych. Potem stosowano leczenie napotne w aparacie Polana. Od 27. I. stosowano leczenie wstrzykiwaniami Alt-Tuberkuliny.

Wśród tego leczenia niedowład chorej, jak wspomniano, powoli, lecz stale się potęgowały.

Badanie histologiczne skóry (Docent Mucha) wykazało liczne, ostro odgraniczone, wyłącznie w skórze (*cutis*) obecne ogniska, złożone z komórek nabłonkowych przy prawie zupełnym braku komórek okrągłych. Zupełnie pewne komórki olbrzymie zdarzają się w tych ogniskach rzadko. Przy często dających się stwierdzić wybitnych zmianach wstecznych brak zserowacenia i rozmiękczenia, obecnym jest natomiast jednoczesne nowotworzenie się tkanki łącznej. Badanie histologiczne kawałka wyciętego z mięśnia krawieckiego przeprowadzone przy uprzejmej pomocy prof. Hornowskiego wykazało rozlane zapalenie mięśnia śródmięśniowe z licznymi porozrzućcaniami, ostro odgraniczonymi ogniskami komórek nabłonkowych o podobnej budowie, jak ogniska w skórze, w których tylko gdzieś w niektórych miejscach na obwodzie ognisk stwierdza się mierny naciek drobnokomórkowy. Przytem są tu także zmiany wsteczne z nowotworzeniem się tkanki łącznej. Przerostu włókien mięśniowych nigdzie się nie stwierdza.

Badanie skrawków skóry i mięśnia na prątki gruźlicze i na ziarnistości Mucha dało wynik ujemny¹⁾.

Omówienie przypadku tu opisanego zaczniemy od zastanowienia się nad zmianami stwierdzonymi w skórze, co nam ułatwi orientację w całości zmian chorobnych. Cechy kliniczne obrazu skórnoego zniewalały do rozpoznania t. zw. prosówkowego lupoidu Boeck'a i to typu tegoż o dużych guzkach. Rozpoznanie to stało się pewnym, gdy badanie histologiczne wykazało cechy charakterystyczne tego schorzenia.

Należy więc teraz przedstawić pokrótce stan naszych wiadomości o tem rzadkiem cierpieniu. Występuje ono w trzech postaciach: drobnoguzkowej rozsianej, wielkoguzkowej, jak w naszym przypadku i w postaci rozlanej naciekowej. Obraz kliniczny nastrocza wprawdzie małe tylko trudności rozpoznawcze — w przypadku naszym jest on typowy — rozstrzyga jednak rozpoznanie dopiero obraz histologiczny, który powiedzieć można, jest tak jedyny, że możliwość omyłki dyagnostycznej niemal wyklucza. Cechuje go bowiem wyłączone występowanie guzków o budowie gruzelka nabłonkowego przy braku niemal zupełnym komórek okrągłych. Dobroćliwość kliniczna cierpienia znajduje wyraz histologiczny w stałym nowotworzeniu się komórek tkanki łącznej. Pomimo że w cierpieniu tem wszystkie próby na gruźlicę przeważnie zawodzą, większość autorów, którzy cierpieniem tem się zajmowali, odnosi je do gruźlicy, uważając, że mamy tu do czynienia ze szczególną, jak się zdaje, osłabioną odmianą gruźlicy skórnej. Za zapatrywaniem tem przemawiają różne względy kliniczne, obraz histologiczny zmian skórnych i ta wreszcie okoliczność, że przecież w pewnej liczbie przypadków metody dowodzące tła gruźliczego wypadają dodatnio. Na tem samym stanowisku stoi

F. Lewandowsky w swojej monografii: „*Die Tuberkulose der Haut*“ z roku 1916.

Jako wyraz szerzenia się tej szczególnej gruźlicy typu Boeck'a i poza obręb skóry znajdowano w przypadkach lupoidu prosówkowego identyczne zmiany histologiczne w gruczołach limfatycznych, nawet oddalonych (Terebinsky i Darier), a także w śliniankach (Bering). Z powikłań spostrzegano prócz gruźlicy narządów czasami iridocyclitis, ogniskowy zanik kości (Morozew) i wreszcie obrzmienie śledziony (Darier). Powikłań ze strony mięśni szczupła kazuistyka przypadków lupoidu Boeck'a nie wymienia, w szczególności nie wykazano dotąd w mięśniach ognisk lupoidowych.

O zachowaniu się histologicznym zmienionych chorobnie mięśni w naszym przypadku możemy wnosić z wyników badania kawałka wyciętego z najbardziej przerosłego mięśnia krawieckiego. Zmiany histologiczne upodabniają się tutaj do zmian w skórze wskutek obecności licznych ostro odgraniczonych ognisk komórek okrągłych. Za współrzędnością zmian w skórze i w mięśniach przemawiają też objawy inwolucyjne prowadzące do powstawania licznych komórek tkanki łącznej. W rezultacie więc obraz anatomiczny w skórze i mięśniach uważać musimy za identyczny.

Współrzędność zmian anatomicznych przemawia za tem, że mamy w naszym przypadku, zarówno o ile chodzi o zmiany skórne, jak i mięśniowe, do czynienia z procesem pod względem etyologicznym jednolitym. Chociaż z powodów zewnętrznych nie można było przeprowadzić doświadczania na zwierzęciu, które dałoby może było rozstrzygający wynik, chociaż brak było miejscowego odczynu po wstrzykiwaniach tuberkuliny, mimo wreszcie słabo tylko dodatniego wyniku próby Pirqueta, przyjmujemy w naszym przypadku jako tło schorzenia skóromięśniowego szczególną postać osłabionej gruźlicy, stając na stanowisku przeważnej części znawców gruźlicy skóry, a ponadto pozwalając się w przypadku tu opisanym na znaczną poprawę objawów skórnych pod wpływem wstrzykiwań tuberkuliny, a po części wreszcie na wynik badania internistycznego (zagęszczenia szczytów i zrosty opłucnowe). Stałe pogarszanie się objawów ruchowych, także po wstrzykiwaniach tuberkulinowych, mogło być również wyrazem gojenia się ognisk lupoidu, bo gojenie się ich sprowadzając rozległe zbliźnowacenia musiało niestety pogarszać tylko sprawność funkcjonalną mięśni.

O ile chodzi o nazwę zmiany chorobnej, przez nas opisaną, to uważamy je za zapalenie skóry i mięśni na tle gruźlicy i to tej szczególnej jej odmiany, którą po raz pierwszy spostrzegł jako cierpienie skórne Boeck. Proponujemy więc jako określenie sprawy anatomopatologicznej i etyologicznej dla naszego przypadku: *dermatomyositis tuberculosa typus Boeck*.

Zwracając się do strony klinicznej zaburzenia ruchowego należy podnieść, że zrazu, zanim badanie histologiczne umożliwiło ścisłe rozpoznanie, musiało się z natury rzeczy brać pod uwagę przede wszystkim rozpoznanie postępującego zaniku ze schorzenia mięśniowego (*dystrophia musculorum progressiva*). Z wykluczeniem wszystkich innych schorzeń neurologicznych to jedynie rozpo-

¹⁾ Dokładny opis strony dermatologicznej przypadku i zmian histologicznych w skórze i mięśniach pomieszczony jest w pracy wspólnej z kol. Muchą p. t. „*Dermatomyositis tuberculosa typus Boeck*“, złożonej do druku w redakcji Wiener klin. Wochenschrift we wrześniu 1918.

znanie wchodziło w grę ze względu na charakterystyczne, w tego rodzaju kombinacji tylko przy myopatjach zdarzające się ugrupowanie objawów; porażenia w zakresie mięśni pasa miednicowego z chodem kaczkowatym, wybitne rzekome przerosty mięśniowe, a przytem lokalne przerostowe zgrubienia w *tensores fasciae latae*, symetryczność zaburzeń, brak zmian w małych mięśniach stóp, brak odczynu zwyrodnienia elektrycznego zachowanie odruchów głębokich i stałe postępowanie sprawy chorobnej. Przeciw temu rozpoznaniu przemawiały atoli odrazu poważne względy. Brak charakteru rodzinnego cierpienia i początek jego w późniejszym wieku można było pominąć jako wyjątki z reguły zbyt często się zdarzające. Więcej natomiast uderzało ograniczenie się sprawy wyłącznie do kończyn dolnych, obecność tutaj zmian daleko idących i uogólnionych przy braku niedowładów, zaników i przerostów w zakresie kończyn górnych, mięśni pasa barkowego, szyi i twarzy. Większe jeszcze wątpliwości co do rozpoznania myopatyi budziły następujące okoliczności. Konsystencja przerosłych mięśni jest zbyt znaczna, o wiele większa niż w rzekomo przerosłych mięśniach dystrophików, zwłaszcza dotyczy to obu mięśni krawieckich i czworogłowych ud, a ponadto przerosty są zbyt uogólnione, dotyczą naprzykład wszystkich dostępnych macaniu mięśni podudzi, wszystkich mięśni uda prócz przywodzących, a przytem kontury mięśni przerosłych na udach zlewają się przeważnie w jedną całość, tak że brzuszce poszczególnych przerosłych mięśni nie odznaczają się indywidualnie w konturze całości danego odcinka kończyny.

Liczono się też z możliwością włośnicy, przy równoczesnej chorobie skórnej innego pochodzenia, którą tu jednak odrazu można było wykluczyć ze względu na to, że pacjentka, jako pobożna żydówka nigdy w życiu nie jadła mięsa wieprzowego i nigdy ostrych żołądkowych objawów nie przechodziła. Ponadto właśnie mięśnie oczu, żwacze i krtaniowe były wolne, chora nigdy nie miała obrzęków powiek lub twarzy, a wreszcie eozynofilia we krwi była za mała.

Wobec tych wątpliwości rozpoznawczych nasuwała się myśl wspólnego pochodzenia zmian na skórze obserwowanych i zmian mięśniowych. Przypuszczenie to mogło tłumaczyć niezwykłość sprawy mięśniowej wobec niezwykłego charakteru schorzenia skórniego, badanie też wyciętych skrawków skóry i mięśni zadecydowało o identyczności pro-

cesu chorobnego w obu tkankach zajętych t. j. w skórze i w mięśniach.

Jak już wspomniano, sprawa anatomiczna tocząca się w mięśniach doprowadza, podobnie jak w skórze, do gojenia się samoistnego w postaci blizny.

Przy rozlanym charakterze zapalenia śródmiąższowego i ognisk granulomatycznych w mięśniach należy oczekiwać, że całe brzuszce z czasem, po przejściu okresu pierwszego, przerostowego ulegną przemianie bliznowatej, takiej samej jaką klinicznie już stwierdziliśmy na mięśniach pośladków, a domniemywać się możemy w obu *ileo-psoates*, tem samem więc należy oczekiwać w naszym przypadku takiego poważnego pogorszenia się sprawności mięśni nawet na wypadek ostatecznego wyleczenia się histologicznego zasadniczej sprawy chorobnej. Gdyby zaś sprawa anatomiczna miała dalej się rozwijać, to przypuszczenia co do dalszego rozwoju sprawy chorobnej poza kończynami dolnymi już teraz z niejakim prawdopodobieństwem są dopuszczalne. Mianowicie możliwość dalszej ekspansyi i kierunek tejże w przyszłości wskazuje z niejakim prawdopodobieństwem pewien mały niedowład górnych kończyn i trudności połykowe, które może odpowiadają rozpoczynaniu się sprawy anatomicznej także w przelyku.

Tożsamość zmian anatomicznych w skórze i mięśniach dowodzi przynależności naszego przypadku do przypadków *dermatomyositis*. Różnice anatomiczne wobec zwykłych przypadków *dermatomyositis*, *polymyositis primaria* warunkują różnorodność objawów klinicznych. W naszym przypadku mamy do czynienia ze sprawą anatomiczną o wybitnie przewlekłym charakterze, stąd powolny przebieg kliniczny naszego przypadku. Charakter ostry, zapalny sprawy w zwykłej *dermatomyositis* powoduje natomiast występowanie szeregu charakterystycznych i rozpoznawczo ważnych objawów, których brakowało w całym przebiegu dotychczasowym naszego przypadku, jako to obrzęki skóry, samoistne bóle i bóle przy ruchach i bolesność uciskowa mięśni.

W literaturze nam dostępnej spotkaliśmy jeden tylko przypadek Preobrażeńskiego-Marculisa, który, o ile można wnosić z referatu, jest może naszemu pokrewny. Przypadek przebiegał pod postacią *polymyositis* u osoby z wybitną gruźlicą, a badanie histologiczne wykazało w mięśniach guzki z komórkami olbrzymimi, a przytem zmiany te swoistego gruźliczego charakteru nie miały, i prątków

gruźliczych nie wykazano. Objawów skórnych w tym przypadku jednak nie było.

Pozatem znane są tylko przypadki nieliczne *polymyositis* bez zmian skórnych o typowym dla gruźlicy przebiegu i typowym też obrazie anatomicznym, zazwyczaj też dające rocznie zimne (Habermaas, Müller E., Reverdin, Delorme, Lanz i de Quervain, Lejars, Leclerc, a pod postacią marskości mięśni u konia w przypadku Gilbert, Cadiot i Rogera (Marinresco)).

Należy jeszcze napomknąć w kilku słowach o możliwym ustosunkowaniu się postaci chorobnej tu opisanej do dwóch cierpień: *dermatomyositis* i dystrofii mięśniowej postępującej.

O ile niewątpliwie mamy w naszym przypadku do czynienia z *dermatomyositis*, wyróżnia się on od przypadków zwykłej *dermatomyositis (polymyositis primaria)* poza przewłocznością przebiegu przez swoją etiologię gruźliczą i odpowiednie zmiany anatomiczne, pomijając już cechy kliniczne, jak brak bolesności mięśni, obrzęków skóry i mięśni i t. d. Z drugiej strony nie należy zapominać, że etiologia zwykłej *dermatomyositis* nie jest jeszcze znana, że swego czasu Strümpell, lubo przez późniejszych autorów nie poparty, poruszał ostrożnie możliwość etiologii gruźliczej w *polymyositis primaria*. Możliwość więc pewnego powinowactwa etiologicznego naszego przypadku, mimo jego zupełnej zresztą odrębności anatomicznej, ze zwykłą *dermatomyositis* mogłaby się stać może w przyszłości przedmiotem dyskusji, gdy zakres wiadomości naszych o chorobach mięśni się rozszerzy a przede wszystkim pogłębi.

Z drugiej strony przypadek nasz potrąca o dystrofię mięśniową, jak już z samych rozważań rozpoznawczych wynika. Oczywiście nie ma on nic wspólnego z typową dystrofią. Inaczej się rzecz ma nieco wobec przypadków atypowych dystrofii. W jednym takim przypadku przypuszczali Oppenheim-Cassierer zmiany neuromyozytyczne, a ponieważ udowodnili istnienie ich na podstawie

wyniku badania histologicznego w innym przypadku Cassierer i Mass.

W tych to przypadkach mielibyśmy przykład dystrofii pochodzenia zapalnomięśniowego.

Niedalekiem byłoby pojmowanie przypadków analogicznych do naszego, jako dystrofii pochodzenia dermatomyozytycznego. Odnosnie do opisanego przez nas przypadku przyjmowanie analogii do dystrofii nie wydaje się uzasadnionem, a to po części z powodu różnic klinicznych już podniesionych, przede wszystkim jednak z powodu braku analogii nawet oddalonych w obrazie histologicznym mięśni z mięśniami w dystrofii, gdy natomiast analogie takie obok dyskretnych zmian zapalnych istniały w przypadkach wspomnianych Oppenheima-Cassierera i Cassierera-Massa.

Kończąc omówienie tego przypadku należy wśród szczegółów, wklajających obraz chorobny, wspomnieć o objawach zapalenia nerek, przebiegającego bez zmian w ciśnieniu tętniczym. Komplikację tę wymienia nierzadko kazuistyka przypadków *polymyositis primaria*.

Chorobę skórno-mięśniową poprzedził u naszej chorej na niedługi czas półpasiec. W przypadku lupoidu Boeck'a, opisanym przez Kyrlego, jest wzmianka anamnesticzna o półpaścu, który wystąpił na wiele lat przed początkiem choroby skórnej.

W przypadku naszym były obecne pewne zmiany we krwi: pomnożenie ilości ciałek białych: limfocytoza i eozynofilia. Zazwyczaj w lupoidzie Boeck'a zmian we krwi nie stwierdzano.

Chora ma zanikłą macicę i od dwóch lat straciła peryody. Podobny stan istniał u chorej, która w ubiegłym roku pozostawała w obserwacji u prof. Gluzińskiego z powodu rozległych przerostów rzekomych mięśni wywołanych przez histologicznie stwierdzone zapalenie śródmiąższowe przewłoczne mięśni na tle niewiadomem.

L I T E R A T U R A.

1. Fajersztajn: Polymyositis primaria. Gazeta Lekarska 1899. 2. Gluziński A.; Przyczynek do patologii układu mięśniowego. Przegląd lekarski 1885. 3. Kader: Klinische Beiträge zur Aetiologie und Pathologie der sog. primären Muskelentzündungen. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chirur. T. II. Zesz. 5 1897. 4. Lewandowsky F.: Die Tuberkulose der Haut Enzyklopedie der Klin. Medizin. Berlin, Springer 1916.

5. Lorenz: Die Muskelerkrankungen. Wien 1904. 6. Marinresco: Maladies des muscles. z Nouveau Traité de Medecine et de Therapeutique, Brouardel et Gilbert, Paris 1910. 7. Preobrażensky et Margouliss: Contribution a l'étude de la polymyosite. Revue de Medecine 1904, Str. 765. Referat w Neurol. Centralbl. T. XXIV. Str. 415.

O formule starczej kory mózgowej.

Podał

Teofil Simchowicz,

Asystent pracowni neurobiologicznej Warszawskiego Towarzystwa Naukowego.

W badaniach swych nad anatomią patologiczną otępienia starczego¹⁾ zwróciłem uwagę na to, że blaszki opisane przez Redlicha i Fischera, o ile są bardzo liczne, charakterystyczne są dla otępienia starczego, w małej zaś liczbie obserwowane są i u normalnych starców, nazwałem je wobec tego blaszkami starczymi.

Obecnie, gdy nazwa ta przyjęła się już w piśmiennictwie, a różniczkowo-rozpoznawcze znaczenie tych blaszek zostało ogólnie uznane, pragnąłbym podkreślić różnicę w umiejscowieniu tych blaszek w rozmaitych okolicach kory mózgowej.

Najliczniej występują one zwykle w korze czołowej i w rogu Ammona, mniej licznie w korze skroniowej i ciemieniowej, w najmniejszej liczbie obserwowane są w korze środkowej i potylicznej. W mózdzku i w rdzeniu nie widziałem nigdy blaszek starczych.

Przy dokładniejszym badaniu okazało się, że terytorya kory mózgowej z bardziej licznymi blaszkami wykazywały też bardziej wybitne zmiany starcze w komórkach i włóknach nerwowych, w gleju i w naczyniach. Liczba więc blaszek starczych przedstawia nie tylko objaw niezmiernie ważny dla rozpoznania różniczkowego, ale jest jednocześnie wskaźnikiem rozmieszczenia i natężenia sprawy inwolucyjnej w rozmaitych okolicach kory mózgowej.

Wobec tak wielkiego znaczenia liczby blaszek starczych zaproponowałem bardzo prosty sposób liczenia tych blaszek. Jako przeciętną przyjąłem największą liczbę blaszek starczych widocznych w polu widzenia przy jednakowym słabym powiększeniu (Leitz, obiektyw 3, okular 3, powiększenie 80). Metoda ta jest nader prosta i aczkolwiek niezbyt ścisła, daje jednak dobre pojęcie o rozmieszczeniu blaszek starczych w rozmaitych okolicach kory mózgowej.

Oczywiście dla otrzymywania tych liczb trzeba mieć z rozmaitych okolic kory mózgo-

wej skrawki jednakowej grubości i podług jednej metody zabarwione, najlepiej jest liczyć blaszki starcze na skrawkach, otrzymanych zapomocą mikrotomu zamrażającego, grubości 20 mikronów, zabarwionych błękitem metylowym-eozyną podług Manna-Alzheimerera. W ten sposób zabarwione skrawki przeglądamy przy powiększeniu 80 i liczymy blaszki w polu widzenia, w którym występują najliczniej.

Jeżeli liczbę, w ten sposób otrzymaną, nazwiemy wskaźnikiem starczym danej okolicy kory mózgowej, to stosunek wskaźników rozmaitych okolic nazwać możemy formułą starczą danej kory mózgowej. Każda półkula może mieć swoją formułę starczą, chociaż zwykle różnice wskaźników w obu półkulach są niewielkie i tylko w atypowych przypadkach mogą być większe, wówczas należy dla każdej półkuli podać oddzielnie formułę starczą.

Jeżeli weźmiemy obecnie dla przykładu jeden ze zbadanych przezemnie kilkudziesięciu przypadków otępienia starczego, w którym stwierdziłem następujące wskaźniki starcze:

Wskaźnik kory czołowej	— WF ¹⁾	= 52
„ „ skroniowej	— WT	= 26
„ rogu Ammona	— WA	= 26
„ kory ciemieniowej	— WP	= 17
„ „ środkowej	— WC	= 8
„ „ potylicznej	— WO	= 5,

to formuła starcza (FS) danej kory mózgowej przedstawi się w sposób następujący:

$$WF:WA:WT:WP:WC:WO = 52:26:26:17:8:5.$$

W pracy swej o chorobie Alzheimerera i stosunku jej do otępienia starczego²⁾ zaznaczyłem, że skrawki z najrozmaitszych okolic kory mózgowej wykazywały w zbadanym przezemnie przypadku charakterystyczne dla otępienia starczego zmiany, tylko inaczej umiejscowione. Mianowicie najwybitniejsze zmiany wykazywały zrazy potyliczne, czego nigdy nie obserwowałem w otępieniu star-

¹⁾ Objasnienie skrótów: W oznacza wskaźnik, F = frontalis, T = temporalis, A = cornu Ammonis, P = parietalis, C = centralis, O = occipitalis.

²⁾ T. Simchowicz. O chorobie Alzheimerera i stosunku jej do otępienia starczego. *Gazeta Lekarska* 1913. № 40, 41.

¹⁾ T. Simchowicz. Badania nad anatomią patologiczną otępienia starczego. *Pamiętnik Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 1913.

czem, następnie szły zrazy ciemieniowe i skroniowe, a dopiero później zrazy czołowe.¹⁾ Tak samo jak w otępieniu starczym blaszki starcze i w chorobie Alzheimera występowały w większej liczbie tam, gdzie i inne zmiany były wybitniejsze.

W zbadanym przypadku choroby Alzheimera otrzymaliśmy następujące wskaźniki starcze: WF=45, WA=42, WT=44, WP=62, WC=30, WO=74, czyli formuła starcza danej kory mózgowej przedstawia się w sposób następujący:

WF:WA:WT:WP:WC:WO = 45:42:44:62:30:74.

Jeżeli porównamy podane tutaj dwie formuły starcze, to od razu zobaczymy, że o ile w przypadku pierwszym, reprezentującym otępienie starcze, wskaźnik kory czołowej (WF) znacznie jest większy, niż wskaźnik kory potylicznej (WO), mianowicie $\frac{WF}{WO} = \frac{52}{5} = 10,4$, o tyle w przypadku drugim, przedstawiającym chorobę Alzheimera, wskaźnik czołowy (WF) mniejszy jest niż wskaźnik potyliczny (WO), a stosunek tych wskaźników jest odwrotny i równa się ułamkowi $\frac{WF}{WO} = \frac{45}{74} = 0,6$.

Wydaje mi się, że wprowadzenie tego rodzaju formuły starczej do badań nad korą mózgową starców normalnych, w otępieniu starczym i w pokrewnej mu chorobie Alzheimera byłoby bardzo pożyteczne.

Co prawda trudno w każdym przypadku poszczególnym badać skrawki z całej kory mózgowej, ale jeżeli w formułce starczej ograniczymy się nawet do podanych tu powyżej okolic, to i wówczas formuła ta ma rację bytu, jak to najlepiej widać z porówna-

nia przytoczonych tutaj 2 formuł w otępieniu starczym i w chorobie Alzheimera.

W formule starczej trzeba przede wszystkim zwrócić uwagę na absolutne liczby, albowiem wskaźniki starcze niżej 10-iu możemy obserwować i u normalnych starców, mających więcej niż 80 lat, po drugie zaś niezmiernie ważnym jest stosunek wskaźnika czołowego do wskaźników innych okolic, zwłaszcza skroniowej, ciemieniowej i potylicznej. Jeżeli wskaźnik czołowy większy jest od wskaźników tych okolic, to mamy do czynienia z otępieniem starczym, jeżeli zaś jest mniejszy, wówczas mamy do czynienia z jedną z atypowych postaci otępienia starczego, do których należy zaliczyć chorobę Alzheimera.

Reasumując, powiedzieć możemy, że wprowadzenie tego rodzaju formuły starczej daje możliwość szybkiego zorientowania się w rozpoznaniu różniczkowym (normalna starość, otępienie starcze, choroba Alzheimera), poza tem formuła ta w sposób dobitny ilustruje różnice ilościowe w umiejscowieniu sprawy starczej w rozmaitych okolicach kory mózgowej.

Zdaniem naszym w sprawach chorobnych nawet najbardziej rozlanych rozmaite dzelnice układu nerwowego wykazują zmiany rozmaite zarówno pod względem jakościowym jak i ilościowym. Sprawdza się to w zupełności i w otępieniu starczym, w komórkach nerwowych rogu Ammona stwierdziłem w otępieniu starczym zmiany, jakich nie obserwujemy nigdy w innych okolicach kory mózgowej, formuła zaś starcza pokazuje nam, jak wielkie są różnice w natężeniu sprawy starczej w rozmaitych okolicach kory mózgowej.

ODCINEK.

Kilka uwag w sprawie docentów na Wszechnicach Polskich^{*)}.

Podał

Władysław Janowski.

W ubiegłym tygodniu „Monitor Polski” ogłosił listę szeregu profesorów Wydziału lekarskiego w Warszawie. W ten sposób Wydział wyszedł z okresu wstępnego swej dzia-

¹⁾ Alzheimer w opisanych przez niego przypadkach zwrócił uwagę na to, że płyty ciemieniowe i skroniowe wykazywały makroskopowo większy zanik niż płyty czołowe. Pernsini i inni autorowie, którzy opisali przypadki choroby Alzheimera, niestety nie zwrócili uwagi na umiejscowienie zmian i opisują ogólnie zmiany w korze mózgowej.

łalności i musi być uważany za ukonstytuowany. Wysuwa to w pierwszej konsekwencji sprawę ustalenia zasad kompletowania zastępców i następców ciała profesorskiego, t. j. docentów prywatnych. Dość dokładna moja znajomość sprawy docentów w licznych uniwersytetach zachodnich i w trzech rosyjskich przekonała mnie o szeregu braków i niedostatkach w sposobie wyboru docentów

^{*)} Urywek z całości, która ukaże się po wyrównaniu trudności wydawniczych.

prywatnych na różnych uniwersytetach, w sposobie zabezpieczenia im należytej pracy naukowej, w dbaniu o dalsze ich wyrobienie pedagogiczne, o należyte wykorzystanie ich dla pożytku młodzieży, o możność ich przenoszenia się na inne Wszechnice, ujętą w pewne prawidła, wyłączające przypadkowość, i wreszcie w samej kontroli nad dostateczną ich żywotnością naukową. W wielu Wszechnicach, z powodu nie dość wyraźnego brzmienia odnośnych paragrafów ustawy, panują co do poszczególnych wyżej przytoczonych punktów zwyczaje, wynikłe z tradycji, na której złożenie się wpływała w różnych wszechnicach różna indywidualność przedstawicieli poszczególnych katedr. Stąd sposób dostania się na stanowiska docentów, ich prawa, przywileje, kontrola nad nimi i t. d. są nie tylko w różnych krajach, ale i w poszczególnych wszechnicach niezupełnie jednakowe. Wprowadzenie zmian napotyka łatwo zrozumiałą niechęć do walki z miejscową tradycją, która, o ile nie przeczy ona wyraźnemu przepisowi, każdy stara się uszanować, choćby widział w niej pewne braki. Byłoby rzeczą ważną, gdyby u nas, jako w kraju o powstającej dopiero samodzielności państwowej, a więc nie potrzebującym liczyć się zbytnio z tradycjami narzucanych nam w różnych czasach ustaw państw zaborczych, skorzystano z chwili obecnej i ustalono odrazu takie zwyczaje w obieraniu docentów i postępowaniu z nimi, które odpowiadałyby wynikom bezstronnego spostrzegania odnośnych zalet i wad na innych wszechnicach. Każdy bowiem rozumie, że sprawa przygotowania docentów, zasada ich wyboru, czujność nad ich działalnością oraz kontrola nad tą ostatnią powinny być ujęte w jednolite zasady, których konsekwentne przeprowadzenie jest niezbędnym warunkiem przygotowania i wyrobienia przyszłych kadr profesorskich. Jeżeli, jak sądzić należy, kraj nasz posiadać będzie conajmniej sześć wydziałów lekarskich, to jest rzeczą pilną, by już obecnie pomyśleć o możliwie wszechstronnem uregulowaniu sprawy docentów prywatnych. Wybór ich i mianowanie należałoby odrazu prowadzić podług takiego planu, by, z jednej strony, instytucja docentów prywatnych była w przyszłości wyłącznem lub prawie wyłącznem źródłem kompletowania składu profesorów na różnych naszych wszechnicach, z drugiej zaś, by ich działalność rozszerzała i dopełniała zakres działania samych profesorów przez należyte zorganizowanie wykładów z pewnych gałęzi specjalnych, wchodzących w zakres obszernej grupy pytań, składających się na całość, reprezentowaną przez katedrę podstawową. Te zasady wyboru docentów oraz sposoby kontrolowania ich działalności twórczej i nauczycielskiej należałoby uporządkować i ująć w odpowiednie przepisy, możliwe jednolite dla wszystkich naszych Wszechnic, już obecnie. A wtedy sumienne i z należytem zrozumieniem rzeczy czuwanie nad składem docentów uchroni w przyszłości wydziały od konieczności obsadzania odpowiednich stanowisk profesorskich

przez osobniki niedostatecznie wyrobione. Główne zasady, podług których sprawę tę należałoby regulować, streściłbym w sposób następujący.

1. O stopień docenta prywatnego może ubiegać się każdy. posiadający stopień doktora, bez względu na to, w jaki sposób prawodawstwo nasze uregułuje sprawę otrzymania tego ostatniego stopnia. Nie należy, zdaniem mojem, uważać za słuszne wprowadzenie w Polsce zasady austriackiej, że każdy lekarz przez sam fakt złożenia wszystkich egzaminów staje się już doktorem medycyny. Jest to jednak oddzielna kwestya, którą należałoby gdzieindziej rozwinąć i umotywować. Idzie tylko o zasadę, by wykładającym na wszechnicy, a więc docentem prywatnym, nie mógł być nawet zastępczo, na czas nawet najkrótszy, nikt bez stopnia doktora. Sprawiedliwość wymaga jednak, by, do czasu uregulowania przez Państwo sprawy otrzymywania stopni doktorskich w odrodzonej Polsce, lekarze uniwersytetu warszawskiego i rosyjskich posiadali te same prawa, co doktorzy uniwersytetów galicyjskich i austriackich, gdyż sposób zdobywania tych pozornie równych stopni naukowych był absolutnie identyczny.

Jako termin minimalny otrzymania stopnia docenta uważalibyśmy siedm lat po ukończeniu wydziału lekarskiego. W wielu krajach zachodnio-europejskich oraz w Rosyi za termin minimalny dopuszczenia do habilitacji uważa się 5 lat po ukończeniu wydziału lekarskiego. Wydłużenie tego terminu do siedmiu uchroniłoby wydziały lekarskie od wielu zawodów. W tym bowiem wieku dwa lata dalszej pracy, względnie próby, pozwoli ludziom prawdziwie zamiłowanym i zdolnym na szczególnie korzystne wyróżnienie się od tych, którym stopień docenta jest potrzebny jedynie jako szczebel do dalszej kariery życiowej, nie mającej celów nauki na widoku.

2. Docentem może być mianowany każdy osobnik, bez względu na to, czy był lub nie był asystentem lub laborantem przy jakiegokolwiek katedrze uniwersyteckiej, jeżeli odpowie niżej przytoczonym warunkom. Wprowadzenie tego przepisu uważamy za podstawowo ważne. Znane nam są bowiem jaskrawe przypadki, dotyczące ludzi najwybitniejszych, którym odmawiano habilitacji w pewnych uniwersytetach jedynie dlatego, że odnośni kandydaci kształcili się i wyrobili na wybitnych uczonych w szpitalach, a nie w klinikach danej wszechnicy. Powoływano się przytem na zwyczaj, choć był on względem tych uczonych nie liczącym się z fizyczną możnością dostosowania się do niego.

3. Co się tyczy cenzusu, który przejść by powinien każdy docent, to pragnąłbym zaznaczyć co następuje:

a) Jedynie sprawa przedstawienia wydziałowi szeregu prac naukowych oraz sposobu ich oceny nie nasuwa żadnych uwag. Rzecz prosta, iż, zwyczajem przyjętym na wszystkich wszechnicach, komisya składająca winna na piśmie wydziałowi ocenę prac nau-

kowych odnośnych kandydatów. Wymagania ilościowe powinny być w stosunku do ubiegających się o docenturę mniejsze, niż w stosunku do ubiegających się o katedrę. Nie powinny być jednak jakościowo zbyt małe. Powinniśmy w naszym kraju uważać odrazu za warunek zostania docentem dość znaczną sprawność naukową kandydata. Prace ubiegających się winny wykazać nie tylko ich zdolność do pracy zupełnie samodzielnej, ale i zaznaczoną już, w pewnym chociażby stopniu, wielostronność posiadanych wiadomości specjalnych. Zbytняя pobłażliwość w tym kierunku przy habilitacjach sprowadzała w następstwie na wydziały lekarskie nie jedną trudność przy obsadzaniu katedry.

b) Na wszechnicach niemieckich istnieje zwyczaj odbywania z kandydatami na docentów t. zw. „collegium“ na wydziale. Szereg pytań, zadawanych przytem kandydatom przez różnych profesorów, ma na celu przekonanie się, czy kandydat jest napewno autorem prac, które wydziałowi przedstawił. Podobny zwyczaj powstał w Niemczech stąd, że zdarzały się tam przypadki, iż rozprawy doktorskie lub inne pisały figurantom osobniki postronne. Szło więc o to, by podobnych ludzi zdemaskować przez tę pogawędkę na wydziale. To samo prawo przedostało się i do ustaw wszechnic austriackich. Stosowanie go uchylano tam jednak dla przeważającej większości kandydatów, twierdząc, że w Austrii няма ludzi, piszących innym pracę za pieniądze, i dodając słusznie, że podanie osobnika, o którym istniały podejrzenia nawet najmniejsze, że nie jest autorem wszystkich swoich prac, zostałoby *a limine* odrzucone, jako od człowieka bez podstaw moralnych. Przypuszczam, że na wszechnicach polskich wymagania moralne, stawiane kandydatom na docentów, będą tak wysokie, iż nikomu przez myśl nie przyjdzie stwierdzanie ich uczciwości naukowej w tak upokarzający sposób. dopiero po przyjęciu ich podania. Kandydaci, przedstawiający jakkolwiek wątpliwość pod względem swej wartości moralnej wogóle, jak i swych uczuć narodowych w szczególności, nie będą chyba wogóle do habilitacji dopuszczani. Nie będzie więc mogło być mowy o potrzebie odbycia z nimi „colloquium“, które w najlepszym razie nosi charakter upokarzającego już dla tego rodzaju kandydatów egzaminu.

c) Przeciwnie, nacisk daleko większy od stosowanego dotychczasowo należy kłaść na sposoby ustalenia, czy dany kandydat posiada zdolności pedagogiczne. Prawa wykładania na wszechnicy nie powinien otrzymać nikt, kto już w chwili ubiegania się o docenturę nie mógłby dowiedzieć, że posiada przynajmniej przeciętny stopień uzdolnienia pedagogicznego. Słusznie bowiem twierdził Brudziński, że nawet wybitnych uczonych można na razie tolerować na katedrach profesorskich z brakiem z ich strony daru pedagogicznego tylko pod warunkiem, że tę ich stronę działalności uzupełniają w dostatecznej mierze odpowiednio dobrani docenci. Ci ostatni jednak by-

liby zupełnie bezużyteczni wydziałowi lekarskiemu, o ile nie posiadaliby pewnych zalet pedagogicznych. Dla sprawdzenia tych zalet u osób postronnych wydział winien by wysłuchać dwóch próbnych wykładów kandydata. Pierwszy wykład odbywałby się, jak zwykle, na temat wybrany przez kandydata. Temat zaś do drugiego wykładu, obrany bezwzględnie z zakresu specjalności kandydata, winien mu być zadany na dwie lub trzy doby przed terminem jego wygłoszenia. Jeżeli kandydat pracuje przy jakiejś katedrze miejscowej w charakterze asystenta lub laboranta, to w takim razie, zamiast pierwszego wykładu na temat, wybrany przez ubiegającego się, należałoby zażądać od niego, by wygłosił w obecności dziekana i profesora o najbardziej pokrewnej specjalności przynajmniej dwa wykłady w zastępstwie odpowiedniego profesora. Gdy te wykłady okażą się dostatecznymi, kandydat winien dopiero wtedy wygłosić przed całym wydziałem wykład na zadany mu 2 — 3 dni przedtem temat z zakresu jego specjalności.

Podobne wymagania stawiał też przed kilku laty Józef Brudziński. Gdyby zostały one przeprowadzone z całą konsekwencją, a nie formalnie, to wybierani w ten sposób docenci, chcący ubiegać się następnie o katedrę, winni by tylko w czasie swej docentury poinnażać i, do pewnego stopnia, urozmaicać swoją wytwórczość naukową oraz starać się dowiedzieć, że przez czas swojej karyery docentowskiej umieli stworzyć dokoła siebie atmosferę naukową, t. j. pobudzić do działalności naukowej przynajmniej kilku osobników.

d) Od chwili przyjęcia od kandydata podania o docenturę wszystko w stosunku do niego powinno być jawnem. Zwyczaju tego trzyma się od lat prawie dwudziestu Akademia Wojskowo-Lekarska w Petersburgu. Ogłasza ona w swych pamiętnikach *całe* postępowanie w stosunku do kandydata od chwili przyjęcia jego podania aż do przedstawienia ministrowi jego nominacji, a więc jego życiorys, streszczenie jego prac, ich ocenę naukową, obydwie wykłady habilitacyjne, ich ocenę, *każdy* poszczególny *głos* w dyskusji, szczegółowy wynik głosowania i t. d. Habilitacja jest niewątpliwie sądem nad działalnością naukową danego człowieka. Sąd zaś, według zasad powszechnie przyjętych, musi być jawnym. Dlatego też przytoczony zwyczaj należałoby koniecznie w kraju naszym w stosunku do docentów wprowadzić odrazu, jako przepis obowiązkowy, a w przyszłości zastosować tę jawność postępowania i do kandydatów na profesorów. Tylko takie postępowanie uchronić może wydziały lekarskie od krytyki ich działalności przez prasę specjalną, a nawet ogólną.

4. Kadry docentów należałoby uzupełniać nie przypadkowo, jak się to, niestety, dość powszechnie dzieje, lecz podług określonego planu. Każdy profesor winienby dążyć do tego, by miał przy swej katedrze jednocześnie przynajmniej dwóch docentów. Przedstawiciele zaś takich katedr, jak anatomia, fizy-

logia, anatomia patologiczna, medycyna wewnętrzna i chirurgia, winniby bacznie przestrzegać, by mieć stale przy swojej katedrze wytrawnych specjalistów w zakresie różnych działów reprezentowanej przez nich nauki. Takie postawienie sprawy ułatwiałoby w znacznym stopniu zadanie wykładającym, a wydziałom zdobywanie następców.

5. W interesie nauki należy ułatwiać docentom przenoszenie się z jednego uniwersytetu na drugi. Wydałoby nam się słusznym przytem zachowanie następującego stopniowania. Docenci, habilitowani nie dawniej niż przed trzema laty, mogą być poddani wszystkim wyżej wyliczonym próbom, o ile nie wyróżnili się swą szczególną twórczością lub nie zdobyli sobie w ciągu tego czasu opinii dobrych nauczycieli. Od docentów, wykładających od lat 3—6-ciu, należałoby wymagać jedynie wykładu próbnego na wybrany przez nich temat. Po latach szczęśliwej kariery docentowskiej każdy uczony winien zdobyć prawo przeniesienia swej docentury na inny uniwersytet bez żadnych formalności. Przywilej ten jest niezbędny dla starszych docentów, życzących sobie przejść na inny uniwersytet w celu kontynuowania swej pracy przy lepiej zaopatrzonej lub lepiej obsadzonej katedrze w innem mieście. Byłoby niesłusznym żądać od nich ponownego przebycia formalności, które w ich wieku są już upokarzające. Pozbawiliby to nieraz katedrę możliwości zdobycia wytrawnego specjalisty.

6. Każdy docent winien wygłosić w ciągu roku akademickiego przynajmniej dziesięć wykładów. Służy mu jednak prawo przerwać wykłady nawet na cztery semestry, o ile wykaże, że czas ten zużył na prowadzenie własnych badań naukowych lub na kierowanie pracami swych uczniów.

7. W interesie żywotności każdej katedry, a zwłaszcza jej docentów, należałoby wprowadzić zasadę, że, o ile tylko profesor nie wykląda w ciągu jednego tygodnia, dziekan, w porozumieniu z nim, winien kazać go zastąpić przez odpowiedniego docenta. Nadto każdy profesor winien mieć prawo wyręczenia się docentem, w celu wygłoszenia jednego lub dwóch z rzędu wykładów, których przypadkowo sam wypowiedzieć nie może. W ten sposób studenci nie będą tracili czasu u profesorów chorowitych lub opuszczających wykłady z innego powodu, docenci zaś będą musieli być daleko czujniejsi w kierunku pracy nauczycielskiej.

8. W tym samym celu należałoby najenergiczniej przeciwdziałać zgubnemu zwyczajowi austriackiemu zamykania na czas letni pracowni oraz klinik. Wyjeżdżający profesor winienby urzędownie oddawać na ten czas kierunek pracowni, względnie kliniki, odpowiednientu docentowi. Byłoby to z wielką korzyścią dla młodzieży, pragnącej latem pracować naukowo, a nadto wyrabiałoby bardzo samodzielność i rutynę pedagogiczną docentów.

9. Każdy docent winienby corocznie przedstawiać wydziałowi spis prac naukowych osobistych lub powstałych pod jego kierunkiem. Przypadkowości mogą być tolerowane tylko na czas krótki. Winno by być jednak zasadą, że docent, który w ciągu lat trzech nie przedstawi wydziałowi trzech prac osobistych lub napisanych pod jego kierunkiem, zostaje, na wniosek dziekana, pozbawiony przez Wydział stopnia docenta, jako dowodzący, że nie zapowiada się na uczonego twórczego i zdolnego skłonić innych do twórczości.

Wiadomości bieżące.

— Zbieranie roślin leczniczych w czerwcu. Oddział hodowli roślin leczniczych Ministerstwa Zdrowia Publicznego informuje, że w czerwcu zbierać można następujące, dziko rosnące rośliny lecznicze 1) Ziele, t. j. całą kwitnącą nadziemną część: bratków (*Viola tricolor* L.), centuryi (*Erythrasa centaurium* L.), piołunu (*Artemisia absinthium* L.). 2) Liście: bobrku trójlistnego (*Menyanthes trifoliata* L.), mącznicy lekarskiej (*Arctostaphylos Uva ursi* L.), podbiału (*Tussilago Farfara* L.), ślazu dzikiego (*Malwa silvestris* L.), oraz z roślin stanowiących surogaty herbaty, jak malina (*Rubus idaeus* L.), jeżyna (*Rubus fruticosus* L.), i poziomka (*Fragaria vesca* L.). 3) Kwiaty bzu czarnego (*Sambucus nigra* L.), dziewanny podobnej (*Verbascum thapsiforme* Schrad.), lipy (*Tilia parvifolia* L.), pomocnika (*Arnica montana* L.), rumianku (*Matricaria chamomilla* L.).

Nie wymieniamy roślin trujących, których zbieranie i suszenie wymaga szczególnych ostrożności i odbywać się powinno tylko pod kierownictwem fachowo przygotowanych osób.

Zbierać należy tylko w czas zupełnie suchy, najlepiej w słoneczną pogodę po obeschnięciu rosy.

Zebrane czysto rośliny należy szybko suszyć w przewiewnem miejscu, nie na słońcu i nie w temperaturze podwyższonej, przy suszeniu często zebrane zioła mieszać i odwracać, aby się nie zagrzały lub nie zapleśniały. Szczególnie starannie należy postępować z kwiatami, które tylko przy bardzo szybkim suszeniu nie tracą swej właściwej barwy i pięknego wyglądu, który decyduje o cenie.

W sprawach zbierania, hodowli oraz sprzedaży roślin leczniczych udziela informacji Oddział hodowli roślin leczniczych Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Aleje Belwederskie 27, gmach b. Korpusu Kadetów.

— Egzaminy uzupełniające na stopień lekarza. Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego zawiadamia osoby interesowane, że istnieje przy nim i rozpoczęła swe czynności Komisja egzaminacyjna dla

uzupełniających egzaminów lekarskich.

Bliższych informacji udziela i przyjmuje podania Sekretaryat Uniwersytetu. Egzaminy dla tych petentów, którzy złożą podania i dokumenty do dnia 15 czerwca r. b., rozpoczną się 20 czerwca i trwać będą do 20 lipca r. b. włącznie.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie z przedmieściami. Od dn. 25 V. do 31. V. 1919 r. było zachorowań: na ospę 0, na odrę 5, na szkarlatynę 6, dur plamisty 116 (w tem 62 mężczyzn i 54 kobiety, 100 chrześcian i 16 żydów), dur brzuszny 2, dyzenterję 1, dyfteryt 2, drętwicę karku 7 (w tem 5 mężczyzn i 2 kobiety, 4 chrześcian i 3 żydów). Najwięcej przypadków duru plamistego było: w 26 okręgu (powązkowskim) — 18, w 5 — 11, w 3 — 10, w 14 — 9, w 7 — 8, w 6 i 15 po 7, w 1 — 6, w 11—5, w innych cyfry pomniejsze.

Od dnia 1-VI do dnia 7-VI 1919 r. było zachorowań: na ospę 0, odrę 9, szkarlatynę 6, dur plamisty 144 (w tem 70 mężczyzn i 74 kobiety, 120 chrześcian i 24 żydów), dur brzuszny 3, dyfteryt 0, dyzenterję 6, drętwicę karku 8 (w tem 5 mężczyzn i 3 kobiety, 2 chrześcian i 6 żydów). Najwięcej przypadków duru plamistego było: w 26 okręgu — 42 (przyjezdni z dworca Kaliskiego), w 16, 20 i 21 — 13, w 14 — 12, w 2 — 10, w 10 — 8, w 3 i 7 po 6, w 1, 8, 12 i 15 po 5, w innych cyfry pomniejsze.

NADESŁANE.

Księga Zbiorowa szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka“ pod Łodzią ku uczczeniu 15 lecia jego istnienia. Łódź 1918.

Od Wydawcy.

Na początku kwartału bieżącego zamierzaliśmy z powodu znacznego podwyższenia kosztów druku zawiesić wydawanie „Gazety Lekarskiej“, która przez cały czas wojny beiz przerwy wychodziła. Zapowiedź o tem wywołała liczne protesty ze strony prenumeratorów, od których otrzymaliśmy listy, zachęcające do wytrwania na stanowisku i wyrażające gotowość przyczynienia się do pokrycia zwiększonych kosztów wydawniczych. To sprawiło, że po tygodniowej przerwie wznowiliśmy wydawnictwo i zamierzamy prowadzić je nadal.

Zmuszeni jednak jesteśmy, w celu wyrównania budżetu, opłatę podwyższyć i pobierać od 1 lipca mk. 27 półrocznie za prenumeratę miejscową i mk. 30 z przesyłką pocztową.

Wobec tego, że wielu z lekarzy prowincjonalnych zmieniło miejsce zamieszkania z powodu powołania do służby wojskowej, prosimy wszystkich naszych dotychczasowych prenumeratorów prowincjonalnych o wczesne nadesłanie przedpłaty na półrocze II, lub przynajmniej o zawiadomienie nas za pośrednictwem karty pocztowej, że życzą sobie nadal pismo otrzymywać.

Zalegających w opłacie za półrocze I prosimy o uregulowanie rachunków.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
K. Orzechowski. Studya kliniczne z zakresu chorób mięśniowych	275	Odcinek. Władysław Janowski. Kilka uwag w sprawie docentów na Wszechni cach Polskich	282
Teofil Simchowicz. O formule starczej kory mózgowej.	281	Wiadomości bieżące	285

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ei.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 54, półrocznie Mk. 27; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60, półrocznie M. 30. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej m. 2.25, na ostatniej M. 2 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.75.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-70.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że wakują obecnie niżej wymienione nagrody konkursowe z funduszków specjalnych, badających w rozporządzeniu Towarzystwa, a mianowicie:

1) Nagroda w kwocie rb. 300 (m. 648) z funduszu imienia d-ra Walentego Koczorskiego za najlepszą pracę, złożyć się mającą Towarzystwu Lekarskiemu w rękopisie w języku polskim, opartą na własnych samodzielnych badaniach z zakresu nauk przyrodniczych w zastosowaniu do medycyny lub higieny. Jeżeli komitet konkursowy z pomiędzy prac nadesłanych uzna dwie za równie dobre, pierwszeństwo mieć będzie praca, odznaczająca się dobrym stylem i poprawnością języka. Wymaganiem jest, aby prace konkursowe były pisane na maszynie, albo też pismem wyraźnym, a w każdym razie nie ręką autora. Prace nadsyłane być mają w ostatecznym terminie do d. 31 marca 1920 r. Praca nagrodzona może być wydrukowana w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

2) Nagroda w kwocie rb. 200 (m. 432) imienia d-ra Tytusa Chałubińskiego za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1916 r. do dnia 31 grudnia 1919 r. Termin ostateczny do nadsyłania prac 31 stycznia 1920 r.

3) Nagroda w kwocie rb. 150 (m. 324) imienia d-ra Adama Bogumiła Helbicha za najlepszą pracę naukową lekarską, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie w latach 1919 i 1920 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Termin ostateczny do nadsyłania prac 1 marca 1921 roku.

4) Dwie nagrody, każda w kwocie około rb. 250 (m. 580.40) z funduszu imienia d-ra Józefa Wszebora za najlepsze dwie prace oryginalne, w języku polskim napisane i w rękopisach Towarzystwu Lekarskiemu złożone, na dowolne tematy z dziedziny patologii ogólnej lub higieny, przedstawić się mające w terminie od dnia 1 stycznia 1918 do dnia 31 grudnia 1921 roku. Termin prekulizyjny 31 stycznia 1922 roku.

5) Dwie nagrody, każda w kwocie rb. 180 (m. 388.80), z funduszu imienia d-ra Romualda Płaskowskiego, przyznać się mające za prace z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszone drukiem w języku polskim w terminie od 1 kwietnia r. 1918 do 1 kwietnia 1920 r., bądź też w rękopisach Towarzystwu Lekarskiemu przedstawione. W braku prac odznaczających się specjalnej treści psychiatrycznej mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia powstawania i rozwoju chorób umysłowych.

6) Dwie zapomogi z procentów od zapisu d-ra Romualda Płaskowskiego, każda około rb. 180 (m. 388) udzielone będą w połowie czerwca r. 1920—delegatom na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju czy też zagranicą. Termin próśb do 1 kwietnia 1920 r.,

z wymienieniem zajęć lub prac kandydatów z dziedziny psychiatrii i z podaniem dokładnych adresów. Po powrocie ze zjazdu delegat składa Towarzystwu treściwe sprawozdanie naukowe.

7) Na początku 1920 roku przyznana będzie nagroda imienia d-ra Henryka Dobrzyckiego w kwocie rb. 700 (m. 1512). Nagroda będzie przyznana za pracę oryginalną, pisaną w języku polskim, już to nadesłaną na konkurs w rękopisie, już to ogłoszoną drukiem między r. 1917—1922 (włącznie) z dziedziny balneologii, balneoterapii i klimatologii; praca ta powinna przede wszystkim uwzględniać potrzeby kraju naszego (t. j. Polski w jej dawnych z przed 1772 roku granicach).

Gdyby żadna z prac, nadesłanych w rękopisie lub ogłoszonych drukiem z zakresu balneologii, balneoterapii i klimatologii nie zasługiwała na nagrodę, nagrodę tę otrzyma praca, ogłoszona po polsku drukiem w odnośnym okresie konkursowym z zakresu nauk lekarskich wogóle, bez względu na opracowany temat. Nagrodzona praca, bez względu na rozmiary, powinna być ściśle naukową i wносить do nauki choćby najskromniejszy, lecz oryginalny przyczynek.

8) Nagroda rb. 700 (m. 1512) (w połowie na premium, w połowie na wydanie pracy nagrodzonej) z fund. im. d-ra Mieczysława Halperna, przyznać się mająca za najlepszą pracę w języku polskim, przedstawioną Towarz. Lekarskiemu w rękopisie z dziedziny przemiany materii lub innych gałęzi medycyny teoretycznej, w terminie od 15 kwietnia 1917 r. do 15 kwietnia 1920 r.

9) Nagroda w kwocie rb. 370 (m. 800) z funduszu imienia d-ra Leona Konitza mająca być przyznana 15 października 1920 roku za najlepszą pracę oryginalną w języku polskim, poświęconą wyłącznie chorobom kobiecym lub akuszerii i ogłoszoną drukiem w terminie od dn. 1 kwietnia 1917 r. do dnia 31 marca 1920 r. lub w tymże terminie w rękopisach dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne albo laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jako też podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych w ogóle. Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Komitet konkursowy weźmie pod uwagę **wszystkie** wogóle prace z powyższej specjalności, jakie wyszły z druku w sześcioletnim okresie konkursowym z dołączeniem prac, nadesłanych na konkurs w rękopisach.

U w a g a o g ó l n a. Wszystkie prace naukowe nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z nadmienieniem, że je autor do danego konkursu przeznaczają. Do prac, w rękopisach przedstawianych, dołączane być mają godła z nazwiskami autorów, w kopertach zapieczętowanych. Bliższe informacje w Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Niecała № 7.

Sekretarz Stały, *Dr. Med. A. Sokołowski.*

KRYNICA

Pensyonat Dra ZARZYCKIEGO
otwarty.

Dr Reichstein

ordynuje w CIECHOCINKU, willa „ADAMA”.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W.W. P.P. Doktorów, iż

„MOTOFER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

Wydział Zdrowotności Publicznej przy Magistracie miasta Łodzi
poszukuje

Lekarza miejscowego do szpitala w Radogoszczu.

Pensya: marek 390 miesięcznie wraz z mieszkaniem i całkowitem utrzymaniem.

Zgłoszenia przyjmuje biuro Wydziału Zdrowotności Publicznej, Nowy Rynek 14, pokój 4/5 do dnia 10 czerwca 1919 r.

Surowica meningokokowa

Instytutu w Bernie Szwajcarskim jest do nabycia w Ministerstwie Zdrowia Publicznego w Wydziale walki z chorobami zakaźnymi.

Cena flakonu m. 12.

Zakład Wód Mineralnych w Ciechocinku

jest otwarty od dnia 1-go maja do dnia 30 września włącznie.

Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofalicznych, reumatycznych i artretycznych, chorobach kobiecych i nerwowych, przewlekłych zapaleniach kości, okostnej i stawów, wadliwej lub zwolnionej przemianie materii, otyłości, chronicznych chorobach skórnych, przewlekłych katarach górnego odcinka dróg oddechowych, niektórych cierpieniach żołądkowokiszczkowych, chorobie angielskiej i wielu innych.

Zakład posiada 11 źródeł z rozmaitym koncentracją solanki od 6³/₄‰ do 1¹/₃‰ (artezyjskie № 8 do picia, zawierające 1.28 jednostek emanacji radioaktywnej). W Ciechocinku można brać kąpiele: solankowe, borowinowe, kwasowęglowe, elektryczne świetlne, łaźnie, tuszówki i inhalacje.

MAGISTRAT M. ŁODZI

POSZUKUJE

LEKARZA NA STANOWISKO
REFERENTA

do spraw sanitarnych i ogólnolekarskich przy Wydziale Zdrowotności Publicznej.

Pensya mk. 1400 miesięcznie za całodzienną pracę.

Zgłoszenia piśmienne przyjmuje biuro Wydziału Zdrowotności Publicznej. Nowy Rynek № 14, pokój № 4/5, do dnia 10-go czerwca 1919 roku.

MAGISTRAT.