

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 33.

Warszawa d. 17 Sierpnia 1907 r.

T. XXXV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Ropotok obustronny opłucny. Podał Dionizy Hellin. — Poliomyelitis z zajęciem dróg piramidalnych. Podał Władysław Sterling. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 42. Dr. Lenne. Przyczynki do kwestyi diety i sposobów leczenia przewlekłego zapalenia nerek. — Odcinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817—1831). Zarys historyczny przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy). — Od Administracji. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dionizy Hellin. — Pleurésie purulente double. 2) Władysław Sterling. — Poliomyélite avec lésion des voies pyramidales.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dionizy Hellin. — Beiderseitiges Pleuraempyem. 2) Władysław Sterling. — Poliomyelitis mit Beteiligung der Pyramidenbahnen.

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

PRACE ORYGINALNE.

Ropotok obustronny opłucny.

Podał
Dionizy Hellin.

Szereg przypadków choroby powyższej, opisanej przeze mnie wspólnie z kol. GRODECKIM w r. 1905¹⁾, powiększył się od tego czasu o kilkanaście nowych, jako to: 2 przypadki LAACHE'go, 2 H. BRAUN'a, 1 NORDMANN'a i MOUTTOT'a,

3 H. HEIMANN'a, 4 GUICHARD'a. NORDMANN i MOUTTOT wzmiankują nadto o jednym przypadku CLOT-BEY'a, GUICHARD przytacza jeden przypadek ANDRAL'a i 15 przypadków CHARRIER'a, powstałych wskutek gorączki płożowej. L. MAYER²⁾ wspomina krótko o jednym przypadku GALLET'a. Dodać należy tu jeszcze jeden przypadek ropotoku obustronnego gruźliczego, opisany przez ASTOLFI'ego, jeden ZIEM-SEN'a, jeden GARVEY'a i jeden FIOCCA'y, któ-

¹⁾ Grodecki i Hellin. Empyema ambilaterale. Czasopismo lekarskie 1905 Nr. 7.

²⁾ L. Mayer. Les bases physiologiques de la Chirurgie pleuro-pulmonaire. Thèse de Bruxelles 1903

re poprzednio uszły uwagi mojej, a dotychczas przez nikogo jako materiał statystyczny zużytkowane nie były.

Dane, w pracach tych zawarte, odpowiadają zupełnie szczegółom, przez nas wskazanym; prace HEIMANN'a, BRAUN'a, LAACHE'go i GUICHARD'a na naszej się pracy opierają. Przewidywania nasze, że wraz z powiększeniem się liczby przypadków w literaturze odsetki, przez nas określone, ulegną muszą zmianom w kierunku, przez nas oznaczonym, okazały się słuszne. Tym sposobem odsetki, poniżej przytoczone, są jeszcze dokładniejsze, niż poprzednio przez nas podane.

Z omówionych tu przypadków wyłączam drugi przypadek LAACHE'go, jako ropotok promieniczny, i wszystkie 15 przypadków ropotoków, powstałych na tle gorączki płożowej, podanych przez CHARRIER'a.

1) W i e k obecnie ustalony został w 64 (zamiast 52) przypadkach. Między 8 miesiącami a 12 laty—47 (zam. 40) przypadk. = 75% (76,9%).

Między 15 a 56 laty—16 (zam. 12) przypadków = 25% (23,1%).

Z tego od 15 do 31 lat—13 przypadków; nadto po 1 przypadku w wieku 44, 52 i 53 lat.

2) Zpóśród 51 (39) przypadków - 33 było płci męskiej = 64,7% (66,6), 18 (13) = 35,3% (33,4) płci żeńskiej.

3) Na 34 (28) przypadki w 15 (13) ropotok rozwinął się naprzód z lewej, a w 19 (13) z p r a w e j s t r o n y.

4) Ś m i e r t e l n o ś ć wynosi: na 127 (113) przypadków ropotoku obustronnego — 37 (34) przypadków śmierci = 29,1% (30,1%); jeżeli doliczymy tu drugi przypadek LAACHE'go, przypadek gruźliczy ANDRAL'a i takież ASTOLFI'ego, to otrzymany 30,7% śmiertelności. Gdy w przyszłości opierać się będziemy mogli nie tylko na statystyce ogłoszonych przypadków, lecz na istotnej liczbie przypadków tej choroby, to okaże się, że śmiertelność w chorobie tej nie będzie

względnie zbyt wysoka, gdyż, wobec obliczenia GUICHARD'a, na 41 przypadków nacięcia obustronnego opłucny — w 38 nastąpiło wyzdrowienie.

5) Długość czasu pomiędzy otworzeniem obydwu opłucnych wynosiła w tych nowych przypadkach 2, 3, 4, 8, 9, 13, 14, 40 i 41 dni.

6) Razem z podanymi przez nas poprzednio przypadkami dokonano wyjęcia żebra w 21 (17) przypadkach, nacięcia opłucny w 21 (15), aspiracji obustronnej w 4 (3) przypadkach. N a c i ę c i e opłucny lub w y c i ę c i e ż e b r a poprzedzały prawie w każdym przypadku aspiracje.

7) Przebieg był identyczny z podanym przez nas. Za każdym razem temperatura spadała pomiędzy zapaleniem płuc a zapaleniem opłucny lub natychmiast po pierwszej aspiracji (względnie nacięciu lub wycięciu żebra), lecz zawsze na krótki tylko czas (1 dzień), by natychmiast dojść do poprzedniej wysokości. Zgodnie z przewidywaniem naszym liczba przypadków, poprzedzonych przez zapalenie płuc, osiągnęła wyższy odsetek: GUICHARD podaje na 68—37 (55,8%) przypadków, poprzedzonych przez zapalenie płuc, ja znalazłem obecnie tylko 36 na 71 przypadków = 50,7% (przedtem 45,2%). Obustronne było zapalenie płuc w 21 przypadkach na 71 (=29,6%). Według GROBER'a i WOLFRAM'a ³⁾ przy jednostronnym ropotoku 50% przypada na gruźlicze, 20% na metapneumonice, 30% dzieli się pomiędzy formy gośćcowe i zarażenia przez inne drobnoustroje. Przy ropotoku jednostronnym znajdowano najczęściej łańcuszkowce i pneumokoki, rzadziej gronkowce, laseczniki durowe i gonokoki, wreszcie przy ropotoku posokowym rozmaite prątki gnilne. BECK znalazł u dzieci w 75%, u dorosłych w 25% pneumokoki.

³⁾ Matthes, Tow. lekarskie w Kolonii 18. VI. 1906.

NETTER ⁴⁾

u dzieci	u dorosłych
paciorkowce 17,6%	53%
pneumokoki 53,6%	17,32%
mieszane post. 3,6%	3,8%
gruźlicze i inne 6,5%	gruźlicze 2,6%
gnilne 18,7%	

BRAUN H.

paciorkowce	13
gronkowce	10
paciorkow. i gronkowce	2
pneumokoki	51
pneumokoki i gronkow.	2
paciorkowce i lasieczniki	3
lasecz. tyf. później gron.	1
wysięk okazał się jałow.	2

Ze statystyki NETTER'a widzimy, że stosunek liczby paciorkowców i pneumokoków jest u dorosłych odwrotny, niż u dzieci.

Przy ropotoku dwustronnym znaleziono: w 2 przypadkach HEIMANN'a—pneumokoki, w trzecim, skomplikowanym przez owrzodzenie skóry głowy i ciała, znaleziono zarówno w czyrakach, jak i w ropotoku opłucny gronkowce złociste. W podanym przez nas poprzednio przypadku BASSI'ego (zakończonym śmiercią) znaleziono pneumokoki i paciorkowce. Z 4 przypadków GUICHARD'a tylko w dwu przeprowadzono badanie bakteriologiczne, przyczem znaleziono pneumokoki. Również w przypadku NORDMANN'a i MOUTTOT'a znaleziono pneumokoki. Według NORDMANN'a i MOUTTOT'a przypadek ich był jedyny, w którym pneumokoki wykazano jeszcze w 35 dni po zjawieniu się zapalenia opłucny; (ATHCART ⁵⁾) wspomina o podobnych do tego rezultatach. W zwykłych popneumoniecznych zapaleniach opłucny pneumokoki mają zniknąć jednocześnie z pojawieniem się wysięku ⁶⁾.

Ropotoki dwustronne, wywołane przez gronkowce i inne prątki, należą do wyjątków. W przypadku FIOCCA'y znaleziono w ropie, otrzymanej przy nakłuciu próbnym, laseczki durowe w czystej hodowli. W ropie, otrzymanej podczas operacji, nie było już żadnych laseczek.

Pewna postać ropotoków obustronnych należy obecnie do bardzo rzadkich, mianowicie ropotoki, powstałe na tle gorączki połogowej. Panowała ona epidemicznie w Maternité paryskiej w r. 1854, gdy w ciągu jednego miesiąca października było 15 przypadków śmiertelnych obustronnego zapalenia ropnego opłucny ⁷⁾. Przebieg był nadzwyczaj gwałtowny—4 do 5 dni. W trzech przypadkach śmierć nastąpiła w mniej, niż 30 godzin. W nowszych czasach przypadek taki, podany poprzednio przez nas, opisany został przez AUST'a ⁸⁾; zakończył się on wyzdrowieniem 21 letniej pacjentki. Dawniej i zakażenie gnilne krwi było częstą przyczyną ropotoku obustronnego, np. po amputacjach i dużych oparzeniach ⁹⁾.

8) Ropotoków obustronnych gruźliczych opisano wszystkiego 5 przypadków—opisali je mianowicie: ANDRAL, GODLEE ¹⁰⁾, AUST ⁸⁾, PACE ¹¹⁾ i ASTOLFI.

Zaznaczyć tu należy niektóre właściwości przebiegu ropotoku obustronnego, przedewszystkiem częste przypadki ropotoków otorbionych międzyzrazowych, co, być może, jest w związku ze znacznymi ilościami włókniaka, jak to już w poprzedniej pracy zaznaczyliśmy. W opisanym przez nas wówczas przypadku podaliśmy, że przy pierwszej aspiracji wydobyliśmy sporo ropy, drugie zaś nakłucie próbne pomimo objawów fizycznych, wskazujących na obecność ropy, i pomimo wkłuwania dość grubiej igły na znaczną głębokość w różnych kierunkach, ropy

⁴⁾ Patrz Sokołowski. A. choroby opłucny.

⁵⁾ Lancet. 1902.

⁶⁾ Griffon. Thèse de Paris 1900.

Neter. Soc. méd. des hôpitaux 1892.

Vidal et Ravaut. Soc. de biologie. Paris 1900.

⁷⁾ Charrier

⁸⁾ Münch. Med. Wochenschrift 1902.

⁹⁾ Maintenon Thèse de Paris 1873.

¹⁰⁾ British Med. Journal 1892. II.

¹¹⁾ Citn. Med. Ital. 1899.

nie wykryło. Rozpoznaliśmy wtedy 2-ie ognisko ropne, mianowicie otorbiony ropotok międzyzrazowy tejże strony. Ropień ten pękł później do oskrzeli. Zjawisko podobne spostrzegano potem i w kilku innych przypadkach [NORDMANN i MOUTTOT, GUICHARD (przypadek III) i BRAUN]. W przypadku NORDMANN'a i MOUTTOT'a wkrótce po nieudanej aspiracy nastąpiło pęknięcie ropnia do oskrzeli. BRAUN nie znalazł podczas operacji ropotoku międzyzrazowego ropy, wykazanej poprzednio przez nakłucie; w drugim przypadku wyzdrowienie nastąpiło nie po zdrenowaniu ropotoku międzyzrazowego, lecz dopiero po samodzielnem pęknięciu ropnia do oskrzela. W przypadkach tego rodzaju radioscopia może rzeczywiście okazać się wielce pożyteczną. NORDMAN i MOUTTOT spostrzegli, po nieudanem nakłuciu, przy roentgenizacji — obecność w płucu czarnej masy, otoczonej dokoła pasem jasnym, dzięki czemu rozpoznali ropotok otorbiony. Natomiast za pomocą wysłuchiwania i opukiwania stłumienie nie dało się ściśle ograniczyć, można było tylko stwierdzić stłumienie rozlane, szeroko poza pas jasny rozprzestrzenione. Roentgenografia może nam również pomódz przy wyborze miejsca dla aspiracji lub wycięcia żebra; można również, dzięki niej, rozpoznać małe wysięki, które za pomocą innych środków wykryć się nie dają, — wreszcie może ona poinformować nas o nastąpieniu wyzdrowienia. Godne jest uwagi, że stłumienie dźwięku opukowego choć w nieco słabym stopniu, pozostaje jeszcze przez pewien czas, pomimo że w odbiciu röntgenowskim płuca przedstawiają jako zupełnie światłe. Również i podniesienie temperatury trwać może w tych warunkach przez pewien czas jeszcze.

W przypadku NORDMANN'a i MOUTTOT'a w 14 dni po pomyślnem zakończeniu sprawy ropotoku oplucny nastąpiło zapalenie wyrostka robaczkowego. Również w jednym z przypadków HEIMANN'a powstała na 16 dzień choroby *ileocolitis*.

HEIMANN sądzi, że, im wcześniej operowa-

ną zostaje strona lewa, tem lepsze jest rokowanie, gdyż tym sposobem zapobiega się zapalenia osierdzia.

R o z p o z n a n i e współistniejącego z ropotokiem zapalenia płuc jest rzeczywiście niekiedy dość trudne, szczególnie w przypadkach, gdy obie te choroby pojawiły się prawie jednocześnie, gdyż objawy zapalenia płuc zamaskowane zostają przez objawy wysięku.

C o d o l e c z e n i a, to zaznaczyć trzeba przedewszystkiem, że znieczulenie ogólne przy operacji stosować należy tylko wtedy, gdy miejscowe jest przeciwwskazane. Często operujący zmuszeni byli operować w położeniu siedzącym chorego, przy czem naturalnie o znieczuleniu ogólnem mowy być nie może.

NORDMANN i MOUTTOT wyleczyli chorego swego za pomocą wielokrotnych aspiracji. Liczba wyleczonych w ten sposób wynosi zatem obecnie 4. Robili oni u swego chorego nakłucia z lewej strony 8 razy, z prawej 3 razy ze skutkiem i 5 razy bezskutecznie.

Zařzutu, że w sposób niedostateczny żużytkowali metodę aspiracji, NORDMANN'owi i MOUTTOT'owi zrobić, mówi GUICHARD, nie można.

Otóż należy jaknajenergiczniej ostrzedz przed tego rodzaju manipulacjami. Nim chorego zdążą uzdrowić te ciągle aspiracje, może on przez ten czas zginąć wskutek ropotoku swego, gdyż przez cały ten czas chory znajduje się w tych przypadkach pod wpływem wysokiej temperatury i ropienia ze wszystkimi ich zgubnymi skutkami, nadto metoda ta stosować się daje tylko tam, gdzie chory znajduje się pod ciągłą obserwacją lekarza, nie może więc w wszelkim razie uchodzić za normę. Zresztą, nie każdy pacjent zgodzi się na to ciągle klucie go troakarem.

Tylko tak długo, póki wysięk nie jest jeszcze ropny, lecz surowiezo-ropny, radzi GUICHARD zadawać się aspiracją. Zaleca on również i w obustronnym ropotoku, zamiast drenów, użycie aparatu lewarowego w celu unik-

nięcia częstej zmiany opatrunków. Z wielu łatwo zrozumiałych względów uważam metodę tę za zbytę, niekiedy za wprost szkodliwą: na 7 przypadków jednoczesnego obustronnego otwarcia obydwóch jam opłucnych za pomocą nacięcia opłucny lub wycięcia żebra—jeden tylko zaszedł przypadek śmierci. Celem prac naszych o ropotoku obustronnym było dowieść, że jednoczesne otwarcie obydwóch jam opłucny nie pociąga za sobą skutków śmiertelnych. Również, z biegiem czasu, ustali się przekonanie, że całkowita obustronna odma piersiowa nie zawsze jest śmiertelna, jak tego dowiodłem w innej pracy ¹²⁾. Jeszcze inną korzyść przyniosą, mam nadzieję, prace nasze o ropotoku. Więcej, niż dotychczas, lekarze zważać zaczną na możliwość ropotoku drugostronnego, a ztąd i widoki wyzdrowienia będą lepsze. Okaże się, że ropotoki dwustronne częściej się zdarzają, niż zwykliśmy przypuszczać.

Na jedną okoliczność chciałbym jeszcze raz zwrócić uwagę, mianowicie, że jamę opłucny otwierać należy powoli, robiąc z początku jak-najmniejszy otwór i stopniowo go tylko rozszerzając. Odma piersiowa nie jest niebezpieczna jako taka; niebezpieczeństwo polega tu tylko, podobnie jak i przy robotach kesonowych, na gwałtowności w zmianie warunków ciśnienia.

LITERATURA

- ANDRAL. Cliniques T. IV.
CARRIER. Thèse de Paris. 1855.
CLOT BEY. Annales de médecine physiologique 1834.
GALLET. La pleurotomie antiseptique etc. Thèse d'agrégation. Bruxelles 1889.
GRODECKI i HELLIN. Empyema ambilaterale. Czasopismo lekarskie 1905.

HELLIN. Ueber das Collabiren der Lunge etc. Berliner klinische Wochenschr. 1901. X.

HELLIN. Die Folgen von Lungenexstirpation. Archiv. f. experim. Pathologie u Pharmakologie 1906.

HELLIN. O niezależności oddychania od warunków ciśnienia atmosferycznego i t. d. Gazeta Lekarska 1906.

ASTOLFI. Pleurite doppia purulenta tuberculare primaria. Raccoglitori med. Forlì 1894, 5 s., XVIII. 191—169.

LAACHE. Zur Kasuistik des doppelseitigen Empyems. Berliner klin. Woch. 1903.

BRAUN H. Die Behandlung des Pleuraempyems. Deutsche med. Wochenschr. 1906.

NORDMANN et MOUTTOT. Sur un cas de pleurésie double. Lyon médical. 1906.

HEIMANN Henry. Bilateral empyema in children. New-York. Med. Journal. 1906.

GUICHARD P. De la pleurésie purulente double etc. Thèse de Lyon. 1906.

ZIEMSEN. Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter. Berlin. 1862.

MONSARRAT. Medic. Press 1904, Septemb. 2. Case of double empyema.

GARVEY. Case of double empyema following on double pneumonia. Glasgow medical. Journal. 1902.

FIOLCA R. Empiema bilaterali da tifo. Bull. della Soc. Lancisiana degli osp. di Roma. 1901.

¹²⁾ Hellin. Gazeta Lekarska 1906. „O niezależności oddychania od warunków ciśnienia i t. d.“.

Z oddziału dla chorych nerwowych dra Flatau
w szpitalu Żydowskim na Czystem.

Poliomyelitis z zajęciem dróg piramidalnych.

podał

Władysław Sterling.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 32).

Zachodzi teraz pytanie, czy 1) zajęcie przednich rogów rdzenia (*poliomyelitis anterior*) jest w stanie samo przez się wytłumaczyć nam całkowity obraz kliniczny w danym przypadku bez przypuszczenia kombinacji cierpienia mózgowego z cierpieniem rdzeniowym i 2) czy rozpoznanie *poliomyelitis anterior* da się pogodzić z niewątpliwem w naszym przypadku zajęciem dróg piramidalnych. Pozostawiwszy o mówienie pierwszej kwestyi na zakończenie, postaram się dowieść, że zajęcie dróg piramidalnych wobec najnowszej koncepcyi patogenezy *poliomyelitis anterioris* nie przeczy przyjęciu tego cierpienia.

Jeżeli tedy sięgniemy do literatury, dotyczącej zajęcia dróg piramidalnych w *poliomyelitis anterior*, trzymając się tymczasem wyłącznie klinicznej strony przedmiotu, to przekonamy się, że pod tym względem przypadek nasz nie jest zupełnie odosobniony. Pomiędzy tu zupełnie takie przypadki, w których objawy spastyczne i wzmożenie odruchów ścięgniętych spostrzegano w pierwszym ostrym okresie choroby (REDLICH, SENATOR, ERB, AOYAMA), co łatwo daje się objaśnić podrażnieniem zapalnym rogów przednich. Chodzi mi o te niezmiernie rzadkie przypadki, w których po przebyciu w dzieciństwie *poliomyelitis anterior* pozostały niewątpliwe objawy zajęcia dróg

piramidalnych. Między innemi oddawna znane były już rzadkie bardzo przypadki tego cierpienia z pozytywnym objawem BABIŃSKIEGO. Przypadki takie objaśniał sobie OPPENHEIM w ten sposób, że z mięśni, zarządzających ruchami palców stopy, jeden tylko *extensor hallucis longus* zostaje zachowany, i że w ten sposób przy wywoływaniu odruchu podeszwowego przeważa jego funkcya.

Oile tłumaczenie to dla niektórych przypadków może być słuszne, o tyle w nowszej literaturze spotykamy przypadki przebytego w dzieciństwie *poliomyelitis anterior* z objawem BABIŃSKIEGO przy niewątpliwie lepszym funkcjonowaniu zginaczy od rozginaczy palców. Jeden z przypadków takich demonstrował 10. I. 05 r. na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Neurologicznego FUCHS; dotyczył on 11-letniego chłopca, który w 15-ym miesiącu życia po odrze przeszedł ostre zapalenie rogów przednich: jako *residua* pozostały rozlane zaniki w pasie barkowym, zwłaszcza z prawej strony, poczęści zupełne, poczęści niezupełne zaniki na obu górnych i dolnych kończynach, porażenia wiotkie z wyraźnem obniżeniem pobudliwości elektrycznej, powolnym skurczem i przewagą anody, prawostronny objaw BABIŃSKIEGO przy lepszej funkcji fleksorów od ekstensorów.

Na tem samem posiedzeniu demonstrował SCHUELLER 3 przypadki zapalenia rogów przednich z objawem BABIŃSKIEGO; zwłaszcza interesujący był jeden z tych przypadków, w którym objaw BABIŃSKIEGO stwierdzono po stronie naprzeciwległej porażonej kończynie dolnej. Obaj autorowie przypuszczają we wszystkich tych przypadkach przejście sprawy chorobowej na słupy boczne. Z poglądem tym zgodził się w dyskusyi OBERSTEINER, który zwrócił przy tem uwagę, że obszar, zajmowany przez sprawę zapalną, może być znacznie większy—niżby to mogło się wydawać na zasadzie

objawów klinicznych. Prócz tego znajdujemy w literaturze przypadek SCHUSTER'a, w którym za życia stwierdzono wzmożone odruchy, a w którym badanie mikroskopowe wykazało zajęcie słupów bocznych i tylnych pęczków.

Tyle co do kliniki objawów ze strony dróg piramidalnych w *poliomyelitis anterior acuta*. Obficie nieco przedstawia się pod tym względem materiał sekcyjny, co potwierdza w zupełności twierdzenie OBERSTEINER'a, że właśnie w interesującym nas cierpieniu zmiany anatomiczne mogą być daleko obszerniejsze, aniżeli mogły wskazywać na to objawy kliniczne.

Tak więc LEYDEN (1876) opisał przypadek, w którym obok zaniku komórek nerwowych znalazł obfitą liczbę wielkich okrągłych komórek w istocie szarej oraz białej. Wyrażne zmiany w graniczących z rogami przednimi terytoryach słupów przedniobocznych spotykamy również w przypadku GOLDSCHIEDER'a, który prócz tego w istocie białej znalazł naczynia, pokryte komórkami okrągłymi. WICKMAN opisuje ograniczone ogniska okrągło-komórkowe w słupach bocznych prawie we wszystkich swoich przypadkach; były to gęste skupienia komórek z naczyniami nie w pośrodku, lecz na obwodzie—trójkątnej postaci—położone czasem pomiędzy widocznymi włóknami nerwów. Zupełnie podobne ogniska w słupach bocznych opisuje REDLICH, BÜLOW - HANSEN, HARBITZ.

Są to wszystko zmiany, stwierdzone w pierwszym okresie choroby. Do tej samej kategorii należy zaliczyć przypadki, które dostały się na sekcję w okresie przydatnym do badań metodą MARCHI'ego. W niektórych przypadkach tej kategorii stwierdzono wybitne zwyrodnienie słupów białych: tak więc w przypadku SIEMERLING'a po 7 tygodniach choroby, w przypadku MOTT'a po 16 dniach choroby (zmiany w piramidach, *tractus antero-laterales*, w drodze mózdkowej), w przypadku JAGIC'a

po 3 tygodniach choroby (zmiany w słupach przedniobocznych, w drodze mózdkowej, pęczku BURDACH'a), w przypadku BING'a po 6 tygodniach (zmiany w słupach tylnych, pęczku GOWERS'a, słupach przednio-bocznych). Analogiczne zmiany do przypadku BING'a stwierdził metodą MARCHI'ego WICKMANN w jednym ze swoich przypadków.

Opisano wreszcie przypadki zmian w słupach bocznych w *poliomyelitis anterior*, spotrzegane już w okresie zablizniania się procesu: zmiany takie poraz pierwszy opisał CORNIL (1873—atrofia i skleroza słupów przednio-bocznych).

SITTA (1900) ogłosił przypadek, w którym na wysokości odcinka lędźwiowego prawy róg przedni zamienił się prawie zupełnie w bliznę, równolegle istniała wybitna skleroza przylegającego terytoryum słupa bocznego. SITTA tłumaczy sobie te zmiany, jako bezpośrednie przejście sprawy zapalnej na słupy boczne; być może jednakże — mamy tu tylko do czynienia ze zwyrodnieniem wtórnem endogennych dróg rdzeniowych.

Powstaje teraz pytanie, jak tego rodzaju fakty kliniczne oraz anatomo - patologiczne, wskazujące, że sprawa chorobowa wychodzić może daleko poza granice rogów przednich, a co nas w stosunku do niniejszego przypadku specjalnie obchodzi — w kierunku substancji białej słupów bocznych—dadzą tak pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym pogodzić się z samą nazwą choroby oraz z pierwotną koncepcją tej choroby, jako cierpienia pierwotnego komórek rogów przednich.

Dla wyjaśnienia tej kwestyi musimy poruszyć pokrótce patogenezę cierpienia tego w świetle historycznej ewolucyi poglądów na istotę tej choroby.

Co się tyczy przedewszystkiem samej nazwy choroby, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że określenie *poliomyelitis anterior* po-

wstało na tle niedostatecznej znajomości sprawy chorobowej.

Jak wiadomo, pierwsze badania anatomiczne w rdzeniowym porażeniu dziecięcym (CORNIL'a, DUCHENNE'a, ROGER'a, PREVOST'a i VULPIAN'a), stwierdzające zmiany w komórkach rogów przednich, nie zwróciły na siebie powszechnej uwagi. Ogólny rozgłos zyskał sobie dopiero słynny przypadek CHARCOT'a i JEOFFROY (1870) nie tyle ze względu na samą ocenę patogenetyczną tego przypadku, ile na kapitalną hipotezę, którą *à propos* niego rozwinął CHARCOT o stosunku zaników mięśniowych do zajęcia komórek rogów przednich.

Co się tyczy samego pojmowania sprawy, to CHARCOT przypuszczał tutaj pierwotne ostre parenchimatyczne zapalenie komórek nerwowych, wszystkie zaś inne zmiany uważał za wtórne. Opierał on pogląd ten na fakcie, że komórki te dotknięte są grupami, oraz że zanik tych komórek wraz z wtórnym zanikiem korzeni przednich w niektórych miejscach rdzenia są jedynymi zmianami, które stwierdzić może badanie histologiczne.

Stanowisko to, którego z uczniów CHARCOT'a bronili jeszcze PARROT i JEOFFROY, a które po raz pierwszy zaatakowane zostało w r. 1883 przez badania ARCHAMBAULT i DAMASCHINO, zostało dzięki nowszym badaniom w nauce całkowicie zachwiane.

Najpoważniejszym i najgorliwszym obrońcą jego jest KAHLDEN, którego pogląd opiera się na stwierdzonym przez KADYI'ego unaczynieniu rdzenia, oraz RISSLER, któremu pierwszemu przypada zasługa zbadania pośmiertnego zupełnie świeżych przypadków.

Nawiasem mówiąc, WICKMANN, którego obszerna, na obfitym materiale sekcyjnym oparta monografia stanowi dzisiaj w tej sprawie ostatnie słowo nauki, przy badaniu resztek materiału RISSLER'a doszedł do wręcz odmiennych od niego wniosków.

Z biegiem czasu rozwijał i ugruntowywał

się coraz bardziej pogląd na rdzeniowe porażenie dziecięce, jako na sprawę zapalno-naczyniową, atakującą pierwotnie tkankę śródmiąższową, a w zmianach komórek upatrujący sprawę wtórną (ROTH, SCHULTZE, GOLDSCHEIDER, EISENLOHR, SIEMERLING, MATTHES, BÜLOW - HANSEN i HARBILZ, PRAETORIUS, P. MARIE, STRÜMPPELL, VIZZIOLI, BING, BATTES, LÖVENGREN).

Powstała również teoria pojednawcza (MEDIN, E. SCHWALBE), upatrująca w zmianach miąższowych zjawiska współrządne zależne od jednej noksy. Ostatnio w obronie teorii tej wystąpili SCHMAUS, a zwłaszcza NEURATH, opierając się na stwierdzonych w przypadkach swoich mniej więcej równomiernych zmianach w tkance miąższowej i śródmiąższowej i na niezależności zmian komórek nerwowych od ich ugrupowania oraz od silniejszej infiltracji drobnokomórkowej.

Większość natomiast badaczy trzyma się dzisiaj tego zdania, że w *poliomyelitis anterior* zazwyczaj zdarzają się obok siebie zmiany miąższowe i śródmiąższowe, że te ostatnie zazwyczaj wyrażone są bardzo silnie, że zwyrodnienia komórek nerwowych bez zmian śródmiąższowych nie spostrzega się, że natomiast miejscami stwierdzić można zmiany śródmiąższowe z normalnymi komórkami nerwowymi w okolicy, że *poliomyelitis anterior* jest poważnie cierpieniem infiltracyjnym, śródmiąższowym, że ostre zmiany infiltracyjne związane są z naczyniami, a lokalizacja ich jest zależna od rozgałęzienia naczyń.

O ile więc niezupełnie ustalony jeszcze został fakt, co bywa pierwotnie dotknięte — tkanka miąższowa, czy śródmiąższowa, o tyle za ugruntowany należy uważać pogląd na *poliomyelitis*, jako na sprawę *myelityczną* o specjalnej lokalizacji. Zarzuty KAHLDEN'a, iż tego rodzaju zmiany, jak zajęcie tylnych rogów lub białej istoty, przemawiają przeciwko przynależności takich przy-

padków do typu *poliomyelitis anterior*, słusznie zbija SCHMAUS wskazaniem na zupełnie określoną fizyonomię kliniczną takich przypadków.

Dodać tu muszę, że w kwestyi właściwej patogenezy sprawy bląkamy się dotychczas w świecie hipotez. Stwierdzony przez KADYI'ego typ unaczynienia rdzenia, niezwykła obfitość naczyń w substancyi szarej, specyalnie zaś w rogach przednich wyjaśnia nam wprawdzie po części topografię sprawy, przeważną lokalizacyę w rogach przednich oraz prostopadle—poddłużny charakter ognisk, również fakt, że komórki jednej grupy mogą być po części wybitnie zmienione, po części zaś bardzo mało dotknięte wynika jasno ze stosunków anatomicznych, polegających na tem, że tętnice z rozmaitych wysokości rdzenia biorą udział w ukrwieniu jednej grupy komórkowej, że więc stosownie do przynależności komórek do zdrowych lub schorzałych terytoryów nacyniowych zmienia się ich stan odżywiania.

Natomiast zupełnie ciemny jest fakt, dlaczego w większości przypadków w drogę sprawię zapalnej wytyka *arteria spinalis anterior*, a terytoryum rozgałęzienia naczyń grzbietowych oraz *Vasocorona* zazwyczaj jest zaoszczędzone, i dlaczego nacieczenie drobnokomórkowezwiększa się, im bardziej w przebiegu *a. sulci anter.* i *a. sulcocomissuralis* zbliżamy się do centrum rogów przednich.

Ostatnio WICKMANN powstaje nawet przeciwko ogólnemu pogładowi na zależność zmian *poliomyelitycznych* przeważnie od *a. centralis*. Twierdzi on, że proces trzyma się wprawdzie ściśle naczyń, lecz zarówno tętnic, jak i żył, zarówno naczyń centralnych, jak i obwodowych.

Na specjalne zaznaczenie zasługują poglądy tego autora, w których zwalcza on wprowadzoną przez MARIE'go, a popartą przez doświadczone prace HOCHÉ'go i MARINESCO emboliczną hipotezę powstawania zmian poliomy-

elitycznych, największą dzisiaj mającą kredyt (OPPENHEIM), na tle których wysnuwa on swoją limfatyczną teorię.

Wykazuje on, że, o ile doświadczalnie wywołana embolia u zwierząt (doświadczenia LAMYE'go, SINGER'a, HOCHÉ'go i MARINESCO) istotnie powoduje zmiany przeważnie w szarej substancyi, jakkolwiek i substancya biała nie zostaje zupełnie zaoszczędzona, o tyle dane z patologii ludzkiej przy sprawach embolicznych w rdzeniu (PETREN, LEYDEN, CASSIRER, HELLER, MAGER i SCHRÖTTER, HEILIGENTHAL) wykazują, że w embolicznych sprawach w rdzeniu ludzkim nie istnieje żadna predylekcyja do substancyi szarej, przeciwnie, nawet częściej i silniej dotknięta bywa istota biała. Nawet w tych przypadkach, gdzie zatory były pochodzenia infekcyjnego, nie powstawało *poliomyelitis*; z drugiej zaś strony, zmiany, stwierdzone w *poliomyelitis anterior* zupełnie nie przypominają tych ognisk nekrotycznych, które są charakterystyczne dla embolii.

Oświeciliwszy krytycznie dotychczasowe badania nad doświadczalnem wywoływaniem *poliomyelitis anterior* (ROGER, GILBERT i LION, VINCENTI, EURIQUEZ i HALLION, THOINOT i MASSELIN, CROCQ, BALLEET, CHARRIN i CLAUDE), wykazuje WICKMANN, że żadnemu z badaczy tych nie udało się wywołać zmian w rdzeniu, które miałyby choćby oddalone podobieństwo do zmian w rdzeniowym porażeniu dziecięcym, że więc doświadczalnie drogą *hematogenną* choroby tej nie udaje się wywołać. Ponieważ zaś dane histologiczne, stwierdzone w tem cierpieniu, zupełnie zgadzają się ze zmianami, stwierdzonemi w niektórych przypadkach porażenia LANDRY'ego i w wścieklźnie, ponieważ dalej stwierdzono (BABES, TIBYERTI, BABONNEIX, OETTINGER, MARINESCO), że zmiany w rogach przednich w tych cierpieniach powstawać mogą zupełnie bez pośrednictwa krwiobiegu, wypowiada WICKMANN przypuszczenie, opierając się na specyficznych właściwo-

ściach budowy ustroju nerwowego oraz na niektórych danych anatomo-patologicznych i doświadczalnych (SCHULTZE, CONCETTI, LOOFT MARINESCO, HOCHÉ, HOMÉN), że zakażenie toksynami (nie bakteriami!) powstaje drogą limfy, nie wyłączając jednakże i pewnej roli infekcji hematogennej.

Na zakończenie, po stwierdzeniu faktu, że obraz kliniczny naszego przypadku zniewala nas do rozpoznania *poliomyelitis anterior*, i że objawy ze strony dróg piramidalnych nie przeczą patogenecie tego cierpienia w świetle najnowszych badań, pozostaje mi jeszcze do rozpatrzenia w przypadku moim fakt ewentualnej kombinacji sprawy rdzeniowej z mózgową. Możliwość kombinacji takiej jest tem większa, że w ostatnich czasach, począwszy od pracy STRÜMPL'a („Ueber die acute Encephalitis der Kinder“) coraz bardziej utrwała się pogląd o pokrewności, a nawet o patogenetycznej jedności dziecięcego mózgowego i rdzeniowego porażenia.

Przemawiają zatem jeszcze bardziej spostrzeżenia podczas epidemii, kiedy w jednych nawet rodzinach powstają epidemicznie równocześnie porażenia dziecięce mózgowie obok rdzeniowych (spostreżenia SAENGER'a i MOEBIUS'a, W. PASTEUR'a, BACCELLI'ego, a zwłaszcza klasyczny opis MEDIN'a epidemii w Sztokholmie).

O ile w Niemczech propagował tę ideę jedności STRÜMPELL na zasadzie doktryn systemowych, o tyle we Francji P. MARIE uzasadniał ją w duchu teorii naczyniowej. Tenże MARIE już w wydany w roku 1892 podręczniku „Leçons des maladies de la moelle“ przepowiedział możliwość kombinacji zmian encefalitycznych z poliomyelitycznymi, a w 10 lat później istotnie opisał takie przypadki.

Od tego czasu opisano zaledwie kilka przy-

padków takich kombinacji (WILLIAMS, NEURATH, CALABRESE, OPPENHEIM, BAYER, WEBER, REDLICH). Niezmierną rzadkość kombinacji tych tłumaczy fakt, że infekcja zazwyczaj posuwa się w kierunku od rdzenia ku górze, prowadząc przez niebezpieczne okolice *medullae oblongatae*, co prowadzi często do śmierci; z drugiej zaś strony ogniska mózgowie leżą często króć po za sferą motoryczną i przebiegają bez objawów—są to, jak je trafnie nazywa NEURATH, „nieme ogniska“ („Stumme Herde“).

Zaznaczę przytem, że opisane przypadki kombinacji nigdy nie przedstawiały się w postaci czysto hemiplegicznej—zawsze spotykano tam objawy hemiplegiczne ze wzmożeniami odruchami ścięgnistymi po jednej stronie + wiotkie porażenie jakiejś jednej kończyny po stronie naprzeciwległej. Już sam ten fakt czyni przypuszczenie kombinacji w naszym przypadku mało prawdopodobnem.

Z drugiej strony zaznaczyć muszę, że istnieją w literaturze opisane przypadki *poliomyelitis anterior* o postaci czysto hemiplegicznej. Są to przypadki: DEJERINE'a i HUET'a oraz kilka obserwacji NEURATH'a. Zwłaszcza interesujące są opisy NEURATH'a, którego jeden przypadek przedstawia znaczną analogię do opisanego przeze mnie.

W ostatecznym wywodzie zatrzymuję się na wniosku, że ogniskiem wyłącznie rdzeniowym w szyjowej części w okolicy prawego rogu przedniego z przejściem na istotę białą słupów przedniobocznych (prawej, a być może, że i lewej strony) da się wytłumaczyć cały obraz kliniczny naszego przypadku.

Na zakończenie składam serdeczne podziękowanie sz. d-rowsi FLATAUOWI za pomoc i wskazówki w opracowaniu niniejszego przypadku.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

42. Dr Lenne. Przyczynek do kwestyi diety i sposobów leczenia przewlekłego zapalenia nerek.

Autor jest bezwzględny przeciwnikiem jednostronnych wskazań i zwolennikiem zasady: „*aurea mediocritas*“, szczególnie w kwestyi diety. Opajanie chronicznego nefrytyka mlekiem autor uważa w niewłaściwe z kilku względów: po pierwsze, choremu należy możliwie udostępnić urozmaicenie pokarmu, powtóre, w przewlekłych zapaleniach nerek należy się wystrzegać wygórowanych ilości płynów.

Mięso samo przez się nie przedstawia niebezpieczeństwa; nawet ciężkostrawne rodzaje mięsa nie powinny być, zdaniem autora, bezwzględnie wyłączone, pod warunkiem jednak, że ogólna ilość białka będzie umiarkowana. Bezwzględnie wystrzegać się należy dzikiego ptactwa i zwierzyny, a również obfitości przypraw korzennych.

Wszystkie jarzyny, prócz szparagów i pikantnych, w rodzaju rzodkwi etc., owoce, surowe i gotowane, i ocet mogą wchodzić w skład diety naszych chorych. Szczególną uwagę należy zwrócić na zawartość soli w pokarmach, i we wszystkich przypadkach obrzęków, tembardziej połączonych z osłabioną działalnością serca, należy zmniejszyć dowóz soli. Autor zaleca również tłuszcze roślinne i zwierzęce.

Co się tyczy alkoholu, autor stoi na odrębnem od wielu innych stanowisku, gdyż, zdaniem jego, tylko ilość wypitych trunków może mieć wpływ szkodliwy. To też bezwzględnie

pozwala słabe czyste wino i piwo w nieznacznej ilości, również kawę, herbatę i najrozmaitsze wody alkaliczne. Pozwala, o ile chory dotkliwie brak ich odczuwa, lecz nie zaleca.

Zgodnie z v. NOORDEN'em autor uważa, że w niektórych razach należy ograniczyć dopływ płynu, w innych zaś, gdzie ilość uryny jest nader ograniczona, przeciwnie, należy zwiększyć ilość płynnych pokarmów.

Choremu należy pozwolić palić, o ile mu ciąży brak papierosa. W kwestyi stosowania ruchu lub pokoju autor jest naogół zwolennikiem umiarkowanych wysiłków fizycznych. Nigdy jednak nie należy dopuścić do obfitego pocenia, to też autor proponuje wanny tylko średniej ciepłoty (32–40°C) z jednoczesnym natryskiem na kark i okolicę serca tejże temperatury. Zimne wanny należy bezwzględnie odrzucić. Również dobrze działają świetlne wanny, szczególnie niebieskie, lub oświetlanie reflektorem okolicy nerkowej. Po wannie należy zalecić spokój.

Nakoniec, co do źródeł mineralnych, autor żadnemu z nich nie daje pierwszeństwa, twierdząc, że korzyść z nich zależy od indywidualnego usposobienia chorego.

Wszystko, o czem powyżej była mowa, dotyczy się wszelkich form przewlekłego zapalenia nerek.

(Therapeutische Monatshefte, 1904, Nr. 9).

Henryk Goldberg

O D C I N E K.

WYDZIAŁ LEKARSKI
Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego
(1817 — 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

A. Organizacja wydziału.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 32).

Ażeby lepiej wymotywować swoją propozycję, podaje kilka uwag:

a) wezwać prefekturę departamentu warszawskiego, aby wskazała fundusz, z którego dotąd utrzymywała ten instytut, uważany za departamentowy; b) przekonywa, że należy wyjednać, aby całkowita suma 24000, stosownie do dekretu królewskiego, wpływać mogła do kasy jeneralnej,—z którejby mógł się utrzymać jako należący do wydziału, a zatem i do uniwersytetu; c) aby opis całkowity tej instytucji, z wyszczególnieniem ilości utrzymujących się osób, tak co do nauk jak i co do liczby położnic, prefektura nadesłała komisji oświecenia.

Przy ustanowieniu oddzielnej katedry—ta będzie w planie umieszczona.

Ponieważ Dziarkowski wykładał Patologię, a zabierał się do wypoczynku, który z uwagi na podeszłe lata słusznie mu się należał — przeto między uwagami swemi wyjaśnia potrzebę zaprowadzenia wykładów Patologii szczegółowej, którą obowiązuje się profesor Freyer przybrać, aby ulżyć dziekanowi, obciążonemu daniem najtrudniejszych, bo samych filozoficznych przedmiotów naukowych. „Szanownego tego męża,

pisze Dziarkowski, posiadającego liczne języki, profesorowi każdemu nieodbitie potrzebne, aż do orientalnych — przy wielkich jak rzadkich talentach, ma sobie dziekan za obowiązek tego człowieka nader ważnego dla wydziału szczególnym względem komisji polecić“. Uwaga Dziarkowskiego odnośnie adjunktów jest bardzo ważna. Przez cały czas istnienia uniwersytetu Rada dopraszała się o adjunktów do wszystkich wydziałów, lecz komisja rządowa, tłumacząc się brakiem funduszy, nie rozwiązała tej ważnej kwestyi, obniżając przez to znaczenie uniwersytetu, jako zakładu naukowego i nauczającego *stricte se dictu*.

Dziarkowski tak sobie przedstawiał sprawę adjunktów: „Względem przezorności ustanowienia adjunktów co do naukowych przedmiotów jako i do kliników wszystkich. Tu sobie dozwoli Wysokiej Komisji oświecenia uwagę przez Dziekana dołączyć a którą z doświadczeń ościennych instytucyj powziął, że sława którejkolwiek z nich wpływała zawsze od wyboru wielkich talentów, a że niema tej przezorności niknie takowa dość często na czas nie mały, zanim się jakowe indywiduum znajdzie, a również talentami, chociaż takowego zastąpić musi pomniejszymi. Jeżeliby to przedstawienie z względu nader ważnego przyjęte i potwierdzone być miało, nie tak dla ulgi profesorów, jak raczej dla powyższej uwagi, prośbą jest dziekana, ażeby kandydaci na adjunktów podawanymi byli przez każdego z profesorów, lub oddzielnie potrzebnej ku temu kwalifikacyi ulegali.“

Krytykuje Dziarkowski zalecenie Kom. oświec., a właściwie wniosek towarzystwa elementarnego, odmówić połączenia kilku przedmiotów w jedną katedrę. Utrzymuje, że plan, który przedstawia, nie może być w żaden sposób na zawsze utrzymany; że profesorowie bardzo są obciążeni ilością przedmiotów, jakie im zostały przeznaczone; „lecz obecni profesorowie przywykli w swej gorliwości dla dobra społeczeń-

stwa do takowego przeciążenia, trudniejsza sprawa będzie z ich następcami.“ I w tym wypadku był Dziarkowski jasnowidzącym.

W końcowych swych uwagach wspomina, że wydział pragnął jeszcze mieć naukę Encyklopedyi lekarskiej, więcej należącą do wydziału filozoficznego; albowiem nauka ta, ważną jest dla początkujących uczniów dlatego, że poucza o wszystkich naukach w krótkości zebranych. Nauka ta byłaby użyteczną i dla uczniów wyższych klas wojewódzkich, „objaśniając im o składzie ciała ludzkiego, własnościach organizmu i działaniach w stanie zdrowia i choroby“; uwzględnia także naukę dyetetyki i zachowania zdrowia: „być może że w tak zepsutych dla młodzieży czasach, nauka ta stałaby się mogła znacznym hamulcem, przeciw wadom coraz bardziej wciskającym się, a które prowadzą młódź do zawczesnych boleści, kalectw, nadwyrężeń zdrowia i skrócenia życia“.

Jak zapowiadał Dziarkowski, że plan nauk nie może być długotrwały i na pewien tylko okres czasu służyć powinien, bo nie wszyscy profesorowie będą takim duchem ożywieni, pełni zaparcia się i poświęcenia, jakimi byli organizatorowie wydziału lekarskiego—tak się też stało.

Ułożony więc został nowy plan. Baczna na to zwrócono uwagę, aby uczniowie słuchali w takim porządku, w jakim nauki po sobie iść powinny; aby w jednym roku nie zostali przeciążeni, a w drugim aby nie mieli za mało wykładow.

Stosownie do wzajemnej umowy między profesorami, wykaz nauk dążył do tego, aby wykształcić lekarzy zdatnych i ułatwić młodzieży usunięcie trudności, z jakimi już to z natury rzeczy samej, już to z różnych okoliczności nie łatwych do usunięcia, a przede wszystkim ustąpienia z wydziału prawie wszystkich profesorów, walczyć miano.

Nowi więc profesorowie, korzystając z doświadczenia ustępujących kolegów, postanowili niczego nie zaniedbać, ażeby najprostszą drogą dojść do zamierzonego celu. Nowy dziekan, przedstawiając nowy plan, był przekonany, że młodzież krajowa pod względem teo-

retycznym znajdzie w wydziale lekarskim wszystko, czego jej będzie potrzeba, a jeżeli w przyszłości ubiegać się jeszcze będzie za zwiedzaniem instytutów zagranicznych, czynić to będzie dlatego, że teoria nie kształci praktycznego lekarza—lecz zbiory preparatów, instrumentów, maszyn, a przede wszystkim wielkie szpitale, w których wszystko widzieć, wszystko doświadczeniem stwierdzić można—gdy tymczasem w Warszawie tylko teoria może im być wyłożona. „Bo, dowodzi dziekan Dybek, usiłowania miejscowe chociaż nie są bezowocne, ale dla braku wykazanych powyżej zbiorów i początkującej kliniki, nie są takie jakich ma prawo oczekiwać rząd i usilna praca profesorów. Przez miniony rok zauważono jednak, że z pomiędzy uczniów, kilku zapowiada się jako zręcznych operatorów. Piękne są to plody tego rodzaju ziemi ojczyściej, będzie ich więcej, skoro powiększoną będzie klinika i skoro z nią będzie połączony szpital wielki, według zasad naukowych uporządkowany i zarządzany, który klinice będzie mógł dostarczać chorych ilość należytą, z cierpieniami stosownie do rodzaju nauk lekarskich praktycznych w każdym czasie dawanych“.

Widzieliśmy powyżej, że te dezyderata (dziekan prosił tymczasowo o powiększenie liczby łóżek od 12 do 20, a instytut położniczy od 8 do 12) odnośnie prawidłowego urządzenia klinik, były tylko marzeniem, przez cały ciąg istnienia Uniwersytetu nieziszczonym.

W przypisach do statutu i do Etnu jużemy wspominali, że Towarzystwo elementarne podzieliło wszystkie przedmioty, do pewnego wydziału należące, na katedry, przeznaczając dla profesora, zajmującego całą katedrę, 6000 złotych pensyi rocznej. Ponieważ w każdym wydziale więcej było przedmiotów, aniżeli profesorów, a liczba tych ostatnich ściśle była oznaczona, przeto pojedyncze przedmioty ściśle rozdzielone zostały na tyle katedr, ilu było profesorów. Toż samo prawo zastosowano i dla wydziału lekarskiego. Trudności na tym wydziale były jeszcze większe, niż gdzieindziej,—gdyż katedra po ustępującym w stan spoczynku Dziarkowskim, nie wakowała i nie miała być przez innego profesora obsadzona, lecz przedmioty, do tej katedry przywiązane, postanowiono rozdzielić pomiędzy pozostałych profe-

sorów. Interesującym jest posiedzenie Wydziału 5 stycznia 1819 roku, na którym ta kwestya była właśnie rozbiegana. Oto, co pisze dziekan do Rady Uniwersytetu, załączając protokół Rady Wydziałowej: „Przewidując, że na Wielkanoc r. b. (1819) katedra fizyologii, ponieważ prof. Mile, któremu dotąd taż nauka do dawania przeznaczoną była, inny otrzymał przedmiot, a który sam przez się go dostatecznie zatrudnia, zawakuje, wezwawszy wszystkich swego Wydziału profesorów, tę okoliczność przedstawił, zważając, że Szanowny profesor Dziarkowski, liczący lat 69, na siłach zbyt już osłabiony, aby dla uczących się z korzyścią naukę patologii ogólnej nadal mógł dawać, przedstawił potrzebę połączenia dwóch nauk fizyologii i patologii, jako przedmioty do nauczania dla jednego profesora. Przełożył dziekan wydziałowi swą uwagę, że W-o Szczuckiego, dotychczasowego zastępcę profesora terapii i kliniki, ze zdatności i gorliwości całemu wydziałowi znanego, za najzdatniejszego profesora patologii ogólnej i fizyologii uznaje. Ponieważ, jeżeliby ta zmiana, jaką dziekan dla wydziału za nader korzystną upatruje, nastąpiła, —katedra terapii i kliniki zawakowała — wezwał tenże profesorów, aby każdy znaną sobie z uczoneści, praktyki i posiadania języka polskiego osobę na kandydata do tejże katedry w końcu roku uniwersyteckiego 1817—1819 proponował“. Wezwani profesorowie zastanawiali się nad propozycją dziekana, a przekonawszy się, że ta sprawa zwłoki nie cierpi i że prędko powinna być załatwiona, oświadczyli—co do katedry fizyologii i patologii ogólnej — że zgadzają się, aby Szczucki objął te przedmioty, lecz jako profesor zwyczajny i radny; co do terapii i kliniki — zdania się podzieliły. Profesor Dybek podał dziekana Freyera, jako znanego ze swej zdatności, mocnego w języku ojczystym i niezmordowanego w swych pracach naukowych. Zdanie to podtrzymywali Celiński, Stumer, Nowicki, Wahlbourg, Mile, Woyde, Dziarkowski i Szczucki. Na przypadek, gdyby terażniejszy dziekan nie zechciał tej katedry przyjąć, jak się odbywał, — profesorowie Wahlbourg i Szczucki zaproponowali profesora Massok ze Lwowa; do tego zdania przyłączył się i Freyer, a nadto przedstawił od siebie wydziałowi doktora Elsniera z Torunia,

gdzie był fizykiem. Woyde podał profesora Klose z Wrocławia, biegłego w języku polskim.

Gdy profesor Freyer objął tę katedrę, a jego—Szczucki, zatrzymując i nadal patologię ogólną, a odstępując fizyologię Milemu—okazało się, że po Dziarkowskim rzeczywiście katedra nie wakowała, bo nowego profesora na jego miejsce nie powołano, a przedmioty, przez niego wykładane (fizyologia, patologia, historia medycyny), rozebrali koledzy pomiędzy siebie.

Kwestya ta rozdziału nie odbyła się tak łatwo, jak powyżej zanotowaliśmy; albowiem na posiedzeniu wydziałowym 16 czerwca, na którym właśnie ta sprawa była na porządku dziennym, zarysowały się już pewne ambicje, które zwiastowały w niedalekiej przyszłości niechybne zatargi, a przynajmniej niezadowolenie.

Między innemi, Nowicki, obejmując katedrę historii medycyny, wymawiał się od prosektorstwa, co się nie podobało Stumerowi, bo nie było pewności, azali komisya oświecenia zatwierdzi Rutscha, proponowanego na prosektora; Freyer, a właściwie dziekan Dybek wniósł, aby profesor kliniki, który równocześnie obejmował i drugą katedrę patologii i terapii szczegółowej, pobierał pensyi 10000 zł.; aby Szczucki, który przyjmował nowe, zwiększone obowiązki pod warunkiem, że będzie profesorem zwyczajnym—pobierał pensję profesora zwyczajnego, 6000 zł.; toż samo Mile; aby profesorowi Nowickiemu podwyższono pensję do 5000; aby Rutschowi wyznaczono pensję 3000 zł. „Z odmian tych, pisze dziekan Dybek do Rady Uniwersytetu, nie wypływa podwyższenie etatu, prócz dla prosektora, które nawet podwyższeniem nazwać nie można, uważając nie stałe gratyfikacye za wyrobienie preparatów anatomicznych, dotąd profesorowi Nowickiemu akordowane, które przez ustalenie prosektora upadają. Rada Uniwersytetu raczy przy tem zdarzeniu zwrócić uwagę Rządu na ducha, jaki ożywia wydział lekarski dla ogólnego dobra i że profesorowie jego, czując ciężar mozolnej pracy profesorów praktycznych i nie stosowne za nią wynagrodzenie, chętnie między siebie podzielili nauki katedry jednej, aby tym sposobem znaleźć fundusz na podwyższenie pensyi

profesora terapii i kliniki wewnętrznej, bez naprzykrzania się Rządowi⁴.

Rada przedstawiła powtórnie komisji rządowej potrzebę podwyższenia pensji profesorowi terapii, lecz otrzymała *brevi manu* rezolucję: „dopóki klinika nie będzie powiększoną, dopóty rzeczy pozostać muszą w dotychczasowym stanie“.

2. W roku 1821 utworzoną została specjalna deputacja do rozpatrzenia się w statucie pod prezydencją prymasa Królestwa. Na mocy rozporządzenia komisji rządowej, dziekan wydziału lekarskiego przedstawił tej deputacji 14 czerwca 1821 projekt niektórych odmian w tymże wydziale, które należałoby zaprowadzić. Według urządzenia tymczasowego Uniwersytetu z r. 1818, a mianowicie stosownie do §§ 196 — 206 inclusive, wydział lekarski miał kształcić lekarzy wyższych, czyli magistrów, a przyszłych doktorów medycyny, aptekarzy, lekarzy niższych czyli chirurgów 2-go i 3-go rzędu, akuszerów, okulistów i dentystów, akuszerki i konowałów.

Wydział przedstawia delegacji, że dla każdej z tych gałęzi potrzebny jest odrębny wykład nauk, zastosowany do pojęcia, usposobienia szkolnego i przyszłego przeznaczenia; — nie więc dziwnego, że wydział tak wielu potrzebuje nauczycieli; na co potrzebne są dość znaczne wydatki.

Stosownie do §§ 204 i 205 powyższych urzędzeń, wydział lekarski miał kształcić i konowałów, „wszelako magistratura nad publiczną edukacją czuwająca, przekonać się musiała o nedorzeczności połączenia nauk konowalskich z naukami w wydziale lekarskim uniwersyteckim dawać się mającemi, kiedy po organizacji uniwersytetu dla tamtych żadnych nie przeznaczyła nauczycieli i katedr i kiedy za przykładem innych krajów o założeniu osobnej szkoły dla weterynaryi pomyśliła. Z tego względu przekłada wydział lekarski, aby na przyszłość w statutach uniwersyteckich o konowalach wzmianki nie było ⁵⁾.

⁵⁾ Nie stało się zadosyć żądaniu wydziału, gdyż, jak o tem była już mowa, statut 1818 r., a więc z konowalami, był obowiązującym do końca istnienia uniwersytetu. Prócz tego,

Co się tyczy szkoły akuszerek, dziekan zaznacza, że ona powinna być odrębna od wydziału lekarskiego, do niego tylko przyczepiona, rządzona osobnymi przepisami, a zatem prosi dziekan, aby nowe urządzenia uniwersyteckie nie mieściły w sobie nic takiego, co by się do szkoły akuszerek odnosiło. I to żądanie nie zostało uwzględnionem, albowiem nowe urządzenia nie weszły w życie.

Ciekawe jest zapatrywanie się wydziału lekarskiego na okulistów, akuszerów, dentystów i wreszcie chirurgów 2-o i 3-o rzędu, których również chciał się pozbyć. „Wydział lekarski nie zaprzecza bynajmniej, iż nauka o chorobach zębów, oczu, nauka i sztuka położnicza, nie mniej chirurgia w nim bywa wykładana, ale bywa wykładana jako całość podziału nie cierpiąca, z przekonania że wskazania do operacyi chirurgicznych wypływać powinny z konstrukcyi organizmu osoby cierpiącej, a nie z powierzchownego tylko obejrzenia.

Nadto wydział lekarski w gronie nauczycieli, nie ma artystów którzy by nauczać mogli technicyzmów, mianowicie kosmetyki dentystrycznej i okulistycznej (to jest robienia zębów, szczęków, podniebień, oczu sztucznych i t. p.) dotyczącej się, na których dentystom i okulistom szczególniej zależy i które z katedry tylko historycznej wykładane bywają. Co się tyczy akuszerów i chirurgów 2-go i 3-go rzędu, jeżeli nauka pierwszych ograniczać się tylko ma na dawaniu rodzącym pomocy ręcznej, natenczas akuszer różnić się nie będzie niczem od prostej akuszerki; jeżeli przeciwnie posiadać ma naukę dawania pomocy ręcznej, instrumentalnej i lekarskiej osobom ciężarnym, rodzącym i położnicom, łatwo wpada w oczy, iż powinien być lekarzem a nie tylko prostym

w tymże samym czasie kształcił się za granicą Mikuliński na weterynarza, w tym celu, aby za powrotem do kraju objąć w uniwersytecie katedrę i nie tylko dla przyszłych magistrów, ale i dla felezerów czyli konowałów, miał prowadzić wykłady, według instrukcyi, jaką mu komisya rządowa przepisała. Po powrocie do kraju, gdy mu Rada zaleciła przygotowanie programu przyszłych lekcyi, Mikuliński dla jakichś względów nie przyjął katedry, zarzucił weterynaryę i, zwróciwszy komisji rządowej wyłożoną na siebie sumę, zaczął się zajmować wykonawstwem medycyny ludzkiej.

akuszerem. Chirurgia dla chirurgów 2 i 3 rzędu, jakich § 204 kształcić przepisuje, ograniczyćby się musiała na obręb bardzo szczupły, na operacye tylko pomniejsze, na działania niektóre ręczne, na opatrywanie ran i wrzodów prostych, w których wszelako, w razie najmniejszej komplikacyi wewnętrznej, ogólnej, zaradzićby sobie nie potrafili. Tak usposobiony chirurg nie różniłby się niczem od dotychczasowych golarzy, chyba opinią jest, iż jest uczonym w Uniwersytecie chirurgiem, a opinia stać się może szkodliwą dla publiczności bo lubo przepisy policyi lekarskiej zabraniają chirurgom 2-o rzędu zapisywać recepty, trudno jest na prowincyi zapobiegać nadużyciom, zwłaszcza w miejscach, gdzie niemasz lekarzy dobrze usposobionych, a dowód jest nie trudny, iż młodzieniec z szkoły podwydziałowej wyszły (jakim ma być chirurg 2 rzędu), albo tylko czytać i pisać umiejący (jakim mieć chce § 204), nie jest w stanie ułożenia przepisu do przygotowania lekarstwa w języku łacińskim, w jakim przecie recepty lekarzy, w kraju naszym napisane być powinny.

Zdaniem przeto Wydziału lekarskiego jest: aby urządzenia Uniwersytetu na przyszłość, o kształceniu odrębnych okulistów, dentystów, akuszerów, nie mniej chirurgów 2 i 3-go rzędu żadnej nie robiły wzmianki⁴.

„Wydział lekarski wszelako mocno się zastanowił nad potrzebą lekarzy, którychby wykształcenie nie tyle wymagało nakładów, nie tyle mozolnej pracy, nie tyle czasu, a którzyby przecież prawdziwie użytecznymi dla kraju byli obywatelami; a bardziej obeznani z obyczajami i sposobem do życia i tłumaczenia się osób klasy niższej, większeby u nich zyskać mogli zaufanie i dawać im rady i pomoc lekarską, do ich majątku i okoliczności zastosowane. O potrzebie takich lekarzy pomyślano niemal we wszystkich krajach europejskich. W Danii podobno włożono na teologów obowiązek, po ukończonym kursie teologii słuchać kursu medycyny popularnej, aby dla przyszłych swoich parafian byli zarazem lekarzami duszy i ciała.

W Austrii kształcą ich pod nazwiskiem niestosownem „magistrów chirurgii“; w krajach pruskich pod imieniem „licencyatów“ i „chirurgów prowincjonalnych“ (Landwundaerzte); w Bawaryi, Wirtembergii i t. d. dają im tytuł „le-

karzy wiejskich“ czyli prowincjonalnych (Landdaerzte—tytuł właściwy i prawdziwie stosowny, ich przeznaczeniu odpowiadający.

Ale prawodawcy lekarscy i nauczyciele nauk lekarskich, nie tają sobie trudności z ukształceniem osób takich połączone. Wszystkie philosophica powinny być pominięte; z nauk przygotowawczych dawane tylko to co jest niezbędnem, a nauki lekarskie praktyczne wykładane popularnie przez nauczycieli, w zawodzie praktycznym doświadczonych, którzyby się wstawić mogli w pojęcia swoich słuchaczy; a ponieważ wprawa ta najwięcej stanowić powinna, uczniowie na lekarzy takich poświęcający się, przez cały przeciąg czasu bywać powinni w szpitalach klinicznych i tam w miarę powziętych wiadomości zatrudniani. Z tego względu dobrzeby było, gdyby jeden lub kilka wielkich szpitalów, oddano pod zarządzenie Uniwersytetu, aby w nich użyci być mogli uczniowie wydziału lekarskiego tak wyżsi jako i niżsi.

Mniej dla kursów teoretycznych jak dla praktycznych udają się młodzi lekarze do Paryża i Londynu, gdzie na czele owych Hôtel Dieu, Hopital de St. Louis, Clinique de perfectionnement, owych St. Thomas, St. Bartholomaeus, Guys Hopital i t. d. umieszczeni są profesorowie lekarzy.

Wydział lekarski proponuje przeto:

a) Aby w miejsce dotychczasowych chirurgów 2-o rzędu, na przyszłość w wydziale lekarskim, sposobiono lekarzy niższych, lekarzy dla ludu, pod nazwiskiem prostem l e k a r z y.

b) Aby zapisująca nie na takowych młodzieńz składała zaświadczenie z pożytkiem ukończonej klasy IV szkół wojewódzkich.

c) Aby kurs nauk lekarskich dla osób takich był trzyletni.

d) Aby dla lekarzy takich, na wzór innych Uniwersytetów, nauki lekarskie wykładane były osobno, w języku krajowym, zastosowane do ich usposobienia i pojęcia pod tytułem „Instytucyi“ dla lekarzy niższych, według załączonego tu planu:

R o k p i e r w s z y: 1. Propedeutyka do instytucyi lekarskich. 2. Anatomia tak teoretyczna jak praktyczna. 3. Fiziologia. 4. Klinika.

R o k d r u g i: 1.— Patologia. 2. Ma-

teryja medyczna. 3. Formularz. 4. Chirurgia. 5. Klinika.

R o k t r z e c i: 1. Akuszerya. 2 Chirurgia. 3. Terapia. 4. Klinika. 5. Medycyna prawna i policyjna. 6. Choroby epizootyczne.

U w a g a. 5 i 6 dla tych tylko którzyby się zarazem na lekarzy obwodowych sposobie chcieli.

e) Aby stopień lekarzy takich był stopniem wydziałowym.

f) Aby wszelako lekarzom takim gdyby z nich który przez usilne doskonalenie się w naukach, które w wydziale lekarskim powziął, nadzwyczajnej nabył zręczności w ważnych operacjach chirurgicznych, lub sztukę wzbogacił ważnymi wynalazkami, wolno było ubiegać się za stopniem doktora chirurgii w Uniwersytecie.

Rozprawa, którąby w tym celu złożył, mogłaby być napisaną w języku polskim i w takim publicznie, według przepisanych formalności bronią.

Dla przyszłych magistrów farmacyi wydział nie upatruje ważnej zmiany, którejby ich wykształcenie wymagać mogło; dotychczasowe pozostać mogą i na przyszłość, t. j.: usposobienie szkolne z klasy IV wojewódzkiej z pożytkiem ukończonej; kurs nauk dwuletni; stopień magistra farmacyi wydziałowy. Szczególniejsze jednak talenta w zawodzie obranym, nadać magistrów farmacyi mogą prawo, ubiegać się o stopień doktora w wydziale filozoficznym.

Co do magistrów medycyny i chirurgii jako przyszłych doktorów, sądzi wydział lekar-

ski, iż czas dla nich na nauki przepisany w Uniwersytecie jest za krótki. Medycyna jest nauką ogromną, a kolos ten zanadto rozgałęziony, aby kurs czteroletni dla młodzieńca najlepiej usposobionego mógł wystarczyć do objęcia go zupełnie i tak gruntownie, jak po lekarzu skończonym wymagamy i wymagać powinniśmy. Znajomość wielkiej części oddziału nauk przyrodzonych wydziału filozoficznego, dla lekarza jest stanowczą, skąd też pochodzi iż w niektórych Uniwersytetach zagranicznych nikt na medycynę uczęszczać nie może, kto nie uzyskał stopnia magistra lub doktora filozofii; na innych absolutorium z tychże nauk jest dostateczne. Wydział lekarski proponuje zatem:

a) Aby odtąd za wzorem Uniwersytetu Wileńskiego, Wiedeńskiego i innych dobrych szkół lekarskich, nauki dla młodzieży medycynie poświęcającej się rozłożone zostały na lat pięć, według następującego planu:

R o k p i e r w s z y. Nauki główne: 1. Propedeutyka. 2. Anatomia człowieka teoretyczna i porównawcza o ile dla lekarza jest potrzebną. 3. Fizyka. 4. Chemia. 5. Botanika. 6. Zoologia. 7. Mineralogia.

R o k d r u g i. Nauki główne: 1. Antropotomia czyli rozczłonkowanie ciał ludzkich. 2. Fiziologia. 3. Farmacya. 4. Farmakologia.

Nauki pomocnicze: 1. Filozofia, encyklopedia, logika, antropologia.

R o k t r z e c i. Nauki główne: 1. Patologia ogólna. 2. Dyetetyka. 3. Materyja lekarska. 4. Tokykologia. 5. Formularz. 6. Chirurgia. 7. Nauka położnicza. (C. d. n.).

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.

Salit

Płynny związek salicylowy. Tani i szybko ból kojący środek do wcierania w reumatycznych cierpieniach. Nawet rozcieńczony dobrze przez skórę znoszony. Bez ubocznego działania na narządy wewnętrzne.

Duotal

Duotal „Heyden'a, nietrujący preparat guajakolu, bezwonny i bez smaku. Wyborny środek przeciw gruźlicy płuc i chronicznym nieżydom dróg oddechowych.

Omorol

Zupełnie niedrażniący proteinat srebra do leczenia zapalnych i zakażonych błon śluzowych gardzieli (angina, dyfteryt).

Blenal

Ester kwaso węglowy olejku santalowego wewnętrzny środek na trypra, zupełnie pozbawiony działania drażniącego, zapachu smaku olejku santalowego. Może być przyjmowany czysty.

Bismutum bitannicum

Najtańszy adstringens dla kiszek o wybitnem działaniu w przypadkach ostrych i najoporniejszych chronicznych; przyjmuje się łatwo.

Próby i literaturę dostarcza

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul — Drezno;

lub przedstawiciel Ludwik Freider, Leszno 60.

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antydifterytyczna—Merck'a
Surowica streptokokowa—Menger'a
Surowica pneumokokowa—Römer'a
Tfusdiagnosticon — Ficker'a
Jequiritol—Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

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

Paranephria

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnieżylnymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis,

Bromopin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.). Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladezka, okres zdrowienia po chorobach. Działa w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzem. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyroëdin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedow'a, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnieżylny, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obłutym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiączk., krwot.,

Literatura i próby dla pp. lekarzy

hanstadt



Opatentowany.

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny.

Łagodny.

Niezawodny.

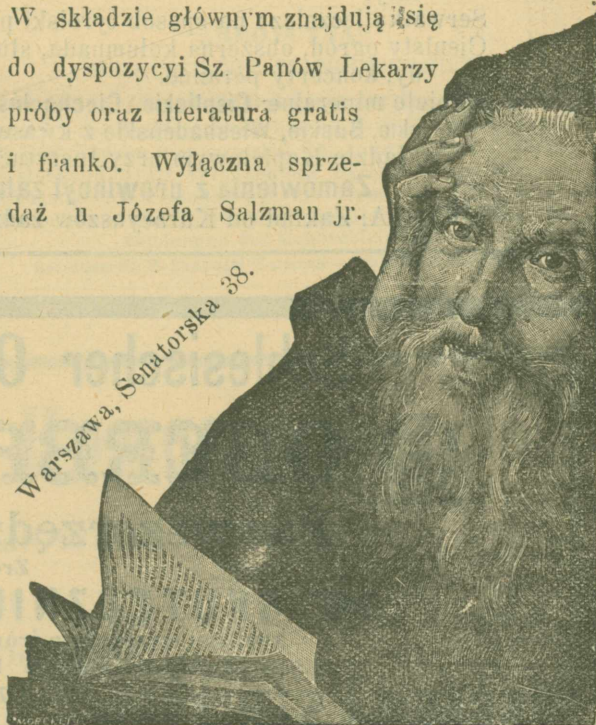
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r **Roberto Wernicke** wyniki swych badań w „Hospital de Clínicas” względem naszego preparatu „Purgen” stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

Comm. D-r **Antonio Maggiorani** lekarz nadworny Ich Królewskich Mości Króla i Królowej Włoch.

Dnia 14 marca 1904 roku.

W składzie głównym znajdują się do dyspozycji Sz. Panów Lekarzy próby oraz literatura gratis i franko. Wyłączna sprzedaż u Józefa Salzman jr.

Warszawa, Senatorska 38.



U chorych na gruźlicę, u których zmuszony byłem stosować łagodne środki przeczyszczające, posługiwałem się wielokrotnie „Purgen'em“ i byłem z łagodnego działania jego, nie wywołującego zgoła podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu

D-r **Antonio Maggiorani**

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA****Własność państwowa francuska***Właściwy dobrotę oznaczają nazwisko przepływające ujęcie Wód.***VICHY CÉLESTINS***Stabosci kataru, pęcherza, dnogiwości wżrysiach, podagra, cukrzyca.***VICHY GRANDE-GRILLE***Stabosci wątroby i organów kółt wydziałających.***VICHY HOPITAL***Stabosci kataru i kiazek**Wytworzy ze soli naturalnej otrzymanej z wód.***PASTILLES VICHY-ÉTAT***Mozolac trawienia, kwasy dwa albo trzy po jedzeniu.***COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT***Wydejca wydej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.*

Sezon kuracyjny letni W Instytucie Wód Mineralnych w Ogrodzie Saskim.

Wejście przez Ogród Saski lub przez Kantor Graniczna 14.

Telefon N° 422.

Codziennie od godz. 6-ej do 10-ej zrana wydawane są:

Wody mineralne sztuczne w źródłowych temperaturach.

Wody naturalne świeżego czerpania, doprowadzone do odpowiedniej temperatury.

Serwatka lecznicza na sposób tyrolski przygotowana.

Cienisty ogród, obszerna kolumnada, służąca do przechadzki w czasie niepogody, koncerty poranne.

Kąpiele mineralne: Cieplickie, Ciechocińskie, Kissingeńskie, Soleckie, Trenczyńskie, Buskie, Wiesbadeńskie z kwasem węglanym i inne wydaje się w Zakładzie Kąpielowym przy Instytucie i do domów.

Zamówienia z prowincji załatwia się szybko i akuratnie.

UWAGA: Zakład od Kuracuszów żadnego wpisowego nie pobiera.

Schlesischer Obersalzbrunnen



Marka-ochronna

OBERBRUNNEN

Marka-ochronna

Pierwszorządne Alkaliczne

Źródło

SKUTECZNIE STOSOWANE OD 1601 r.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła BEZPŁATNIE,

kantor ekspedycji Książących Wód Mineralnych w Obersalzbrun.

FURBACH i STRIBOLL, SALZBRUNNEN § SKŁAD we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia**D-ra K. DOBRSKIEGO**

w Warszawie, Aleja Róż 10

przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.

**Warszawski Zakład
DLA ZBOCZEŃ MOWY**

oraz cierpień jamy nosogardzieliowej dla stałych i przychodzących chorych

D-ra Ołtuszewskiego

Piękna 13.

Zakład przyjmuje również na stałe pomieszczenie dzieci upośledzone umysłowo ze zbożenia mi mowy.