

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 35.

Warszawa d. 31 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 Administracya „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. O zwiechnięciu urazowem stopy ku tyłowi (*Luxatio pedis posterior*). Napisał Aleksander Wertheim. — Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliznie w roku 1905. Napisał Wacław Orłowski. — Streszczenia i wyciągi. 46. C. G. Leo-Wolf. Ważny czynnik w powstawaniu i leczeniu niektórych zaburzeń czynnościowych. — 47. Eshle. Indywidualizowane leczenie otyłości i otłuszczonego serca — Odcinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817—1831). Zarys historyczny przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr Aleksander Wertheim. — *Luxation traumatique postérieure du pied*. 2) Wacław Orłowski. — *La statistique des inoculations préventives contre la rage en 1905*.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr Aleksander Wertheim. — *Ueber traumatische Verrenkung des Fusses nach hinten*. 2) Wacław Orłowski. — *Die Statistik der Schutzimpfungen gegen Tollwuth im Jahre 1905*.

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

PRACE ORYGINALNE.

O zwiechnięciu urazowem stopy ku tyłowi

(*Luxatio pedis posterior*).

Napisał

Aleksander Wertheim.

Literatura zwiechnięć stopy ku tyłowi nie należy do bogatych. WENDEL w roku 1898 zebrał 26 odnośnych przypadków, nie powikłanych

złamaniem kości goleni. Z ogłoszonych później przypadków FÜSTER'a, SCHANZ'a, EBEL'a i GÖMÖRY'ego jedynie dwa należały do kategorii t. zw. zwiechnięć, podczas gdy reszta, t. j. pięć, powikłana była złamaniem goleni. Wprawdzie WENDEL jedynie niepowikłane zwiechnięcia stopy łączy w grupę odrębną, a przemieszczenia, towarzyszące złamaniom kostek lub trzonu kości strzałkowej, uważa za wtórne, jednakże inni autorowie, jak np. HORFFA do kategorii zwiechnięć zaliczają bezwzględnie i te wszystkie

przypadki, którym towarzyszy złamanie obu lub jednej kości goleni. Do tych ostatnich zaliczyć muszę i swój, poniżej opisany przypadek.

A. J. 38-let. dobrze zbudowany i skądinąd zupełnie zdrowy mężczyzna, w dniu 12 lutego r. b. przechodził wpoprzek peronu na dworcu w Koluszkach, chcąc przedostać się na drugą stronę toru kolejowego. Tymczasem, z powodu panujących podówczas ciemności, chory nie spostrzegł, że plant kolejowy leży pod poziomem peronu, i potknął się tak nieszczęśliwie, iż stopa prawa zaczęła się o szynę, goleń oparła się o krawędź peronu, a on sam całym ciężarem ciała upadł w tył i cokolwiek na bok na peron. Chorego przewieziono do Warszawy, gdzie zobaczyłem go tego samego wieczora i stwierdziłem, co następuje.

Stopa prawa i cała okolica stawu obrzmiała, bolesna, pod skórą rozległe wylewy krwawe. Stopa, a raczej grzbiet jej wydaje się krótszą, niż po stronie lewej; istotnie, odległość wierzchołka kostki przysiódkowej od końca palucha wynosi na stronie zdrowej 19 ctm., na chorej zaś 16 ctm. Zprzodu, pomimo znacznego obrzmienia, widać wyraźnie występ, odpowiadający przedniemu brzegowi dolnego końca piszczeli. Pięta wystaje nieco ku tyłowi, a ścięgną ACHILLESA zarysowuje się ostro w postaci łuku, wypukłością skierowanego ku przodowi. Prócz tego na trzy palce poprzeczne powyżej kostki bocznej znajduje się punkt ograniczony, na ucisk szczególnie bolesny, w którym wyczuwa się wyraźne trzeszczenie. Stosunki powyższe dobrze uzmysławia fotografia (rys. 1) oraz rentgenogram (rys. 2), wykonany łaskawie przez kol. KORONKIEWICZA. Na podstawie objawów, opisanych powyżej, rozpoznałem zwiechnięcie stopy ku tyłowi oraz złamanie kości strzałkowej w dolnej trzeciej części, z pozostawieniem na miejscu dolnego odłamka.

Ponieważ z powodu przeszkód technicznych prześwietlenie chorego trzeba było odłożyć do dnia następnego, przeto na razie unie-

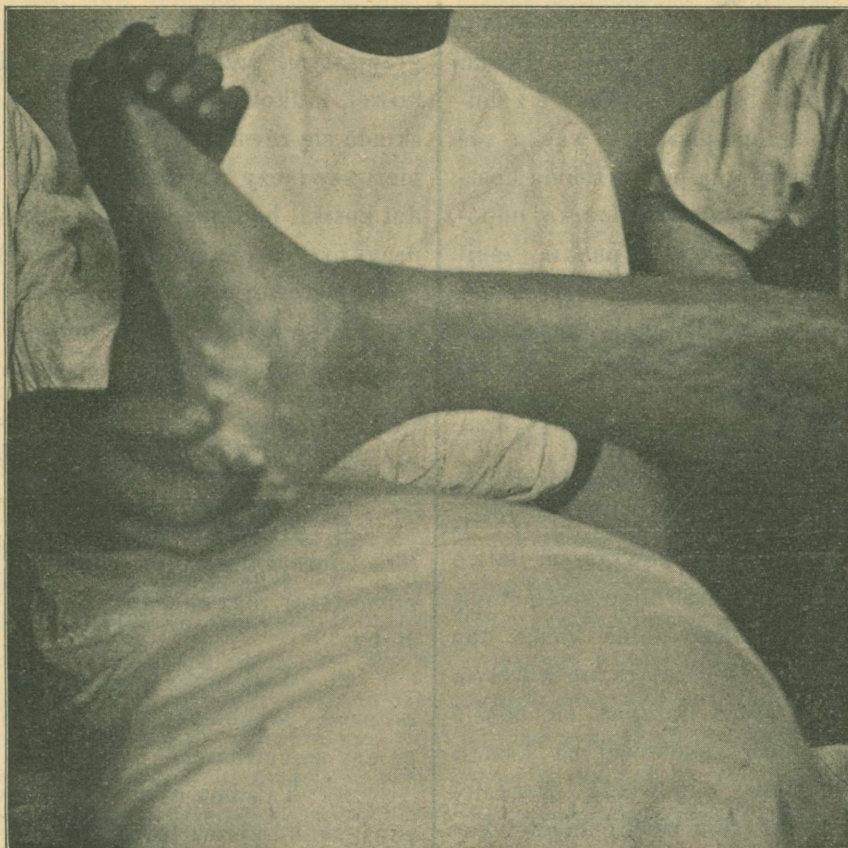
ruchomiłem tylko stopę prowizorycznie i położyłem na nią okład rozgrzewający.

Nazajutrz, t. j. d. 13. II., w uśpieniu chloroformowem nastawiłem zwiechniętą stopę, zginając ją silnie ku dołowi, a następnie ku górze i wyciągając jednocześnie w kierunku palców; zabieg powyższy nie nastroczał żadnych trudności. Następnie, celem utrzymania odprowadzonej stopy w ustawieniu właściwym, unieruchomiłem ją za pomocą dwóch bocznych tekturek, sięgających aż do kolana i przytwierdzonych bandażami krochmalnymi. Co się tyczy dalszego — zresztą prawidłowego zupełnie przebiegu, to zaznaczyć muszę, że już po upływie tygodnia opatrunek unieruchamiający zdjąłem i zacząłem stosować codziennie mięsienie stawu i mięśni goleni oraz ruchy bierne. Po każdym mięsieniu nakładałem tylko jedną tekturkę boczną, i to nie umocowując jej bardzo ściśle. Postępowanie takie sprawiło, że już po upływie niespełna 4 tygodni chory zaczął chodzić o kulach, a po 2 miesiącach bez laski, aczkolwiek pozostała jeszcze pewna sztywność i umiarkowane ograniczenie ruchów w stawie golenio-skokowym.

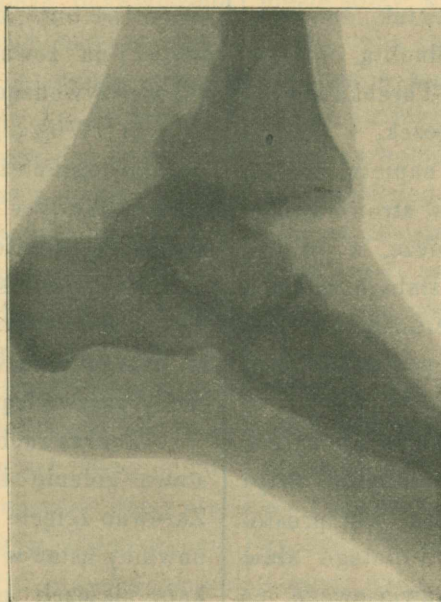
Zanim przystąpię do opisu obrazu klinicznego zajmującego nas cierpienia, niech mi wolno będzie przypomnieć anatomiczną budowę stawu golenioskokowego. Za podstawę opisu szczegółów anatomicznych posłużyły mi dzieła HEITZMANN'a-ZUCKERKANDL'a, TOLDT'a, HENKE'go i FICK'a.

W skład stawu golenio-skokowego wchodzi obie kości goleni, t. j. kość piszczelowa i strzałkowa, oraz bloczek kości skokowej.

Ten ostatni stanowi główkę stawową, połączenie zaś kości piszczelowej ze strzałkową — widlastą panewką stawową. Bloczek kości skokowej posiada gładką powierzchnię walcowatą, wyżłobioną po środku, sięgającą z przodu aż do głowy kości skokowej, z tyłu prawie aż do jej dolnej powierzchni stawowej; ta powierzchnia górna przechodzi z obu stron w



Luxatio pedis posterior, fractura fibulae supramalleolaris.



Luxatio pedis posterior, fractura fibulae supramalleolaris.

dwie boczne powierzchnie stawowe, z których zewnętrzna, przeznaczona dla kostki bocznej, rozmiarami przewyższa wewnętrzną. Górna szeroka powierzchnia bloczka styka się z dolnym wyźłobieniem trzonu piszczeli, wąska zaś wewnętrzna — z wewnętrzną powierzchnią kostki przyśrodkowej. Oś czołowa bloczka, odpowiadająca osi stawu, przebiega od punktu, znajdującego się nieco poniżej kostki przyśrodkowej do wierzchołka kostki bocznej. Boczne powierzchnie bloczka, widziane z góry, nie leżą równolegle, lecz rozchodzą się ku przodowi, co sprawia, że podczas ruchów dokoła osi poprzecznej bloczka obie kości goleni rozchodzą się nieco w chwili, gdy dosięgają przedniej, szerszej części bloczka. O powyższem łatwo się przekonać na trupie, ustawiając gołeń stopą ku górze i ściskając mocno dolne końce obu kości goleni; wówczas zwieszająca się własnym ciężarem ku dołowi stopa zaczyna się unosić ponieważ bloczek kości skokowej ma kształt klina, którego podstawa odpowiada przedniej szerokiej części i wyslizguje się z pomiędzy kostek, wykonywując równocześnie obrót dokoła osi czołowej. Dolne końce obu kości goleni połączone są ze sobą z przodu i z tyłu przy pomocy nadzwyczaj mocnych więzów, tak, że razem wzięte stanowią jakby kość jednolitą, obejmującą bloczek kości skokowej. Torebka stawowa przedstawia się jako woreczek, z przodu i z tyłu wiotki, a po bokach napięty. Sama torebka jest dosyć słaba; z obu stron wszakże wzmacniają ją więzy pomocnicze, z przodu i z tyłu zaś liczne ścięgna. Najslabsze miejsca torebki znajdują się przeto bezpośrednio pod powięzią, a zatem z przodu po obu stronach ścięgien.

Z opisu powyższego wynika, że konfiguracja stawu golenioskokowego dopuszcza jedynie takie ruchy, których kierunek jest prostopadły do osi czołowej bloczka, i dlatego staw ten uważamy za typ stawu zawiasowego, co potwierdza obecność dwóch tylko więzów bocz-

nych. Przyśrodkowa, krótsza kostka za pomocą szerokiego więzu bocznego, zwanego trójkątnym, przytwierdzona jest do kości skokowej, łódkowatej i piętowej; zewnętrzny więz składa się również z trzech pęczków, z których pierwszy łączy wierzchołek oraz odcinek przedni kostki bocznej z szyjką kości skokowej, drugi przyczepia się do wierzchołka kostki i do kości piętowej, trzeci zaś łączy tylną-wewnętrzną powierzchnię kostki bocznej z tylną-wewnętrzną częścią kości piszczelowej i skokowej:

Rola więzów powyższych jest następująca:

1) Więzy skoko-piszczelowy przedni (*lig. tibio-talare ant.*) i piszczelo-łódkowy (*lig. tibio-naviculare*) ograniczają zgięcie podszwowe stopy.

2) Wiąz pięto-piszczelowy (*lig. tibio-calcaneum*) zapobiega nadmiernemu pochyleniu goleni na zewnątrz.

2) Ta sama rola przypada w udziale więzowi skoko-piszczelowemu tylnemu (*lig. tibio-talare post.*), który nadto ogranicza nachylenie goleni ku przodowi.

4) Wiąz skoko-strzałkowy przedni (*lig. fibulo-talare ant.*), ogranicza nachylenie goleni ku tyłowi i na zewnątrz oraz zmniejsza zakres ruchów przywodzących stopy.

5) Wiąz pięto-strzałkowy (*lig. fibulo-calcaneum*) ogranicza zgięcie goleni w stawie golenio-skokowym ku tyłowi oraz nachylenie ku wewnątrz; wreszcie

6) Wiąz skoko-strzałkowy tylny (*lig. fibulo-talare posterius*) ogranicza zgięcie goleni ku przodowi, na wewnątrz i na zewnątrz, tudzież ruchy przywodzące stopy.

Zakres ruchów stopy dokoła osi czołowej stawu golenio-skokowego wynosi prawie 90°. Zarówno zgięcie podszwowe, jak i grzbietowe powinny ustać w chwili, gdy przedni lub tylny kant piszczeli opiera się o wystające krawędzie bloczka; jednakże, jako główny czynnik,

hamujący ruchy powyższe, uważać należy napięcie przednich lub tylnych pęczków więzów bocznych.

Zdaniem większości autorów zwicnięcie stopy ku tyłowi zdarza się znacznie częściej, niż ku przodowi; pomiędzy wszystkimi postaciami zwicnięć stopy zajmuje ono drugie miejsce.

Jako powód zwicnięcia stopy ku tyłowi wszyscy autorowie zgodnie podają nadmierne zgięcie podeszwowe w stawie golenio-skokowym. Jedynie co do mechanizmu tego urazu zdania ich różnią się między sobą. Według HENKE'go, podczas nadmiernego zgięcia podeszwowego tylny brzeg piszczeli opiera się o tylną krawędź kości skokowej i staw golenio-skokowy zięje z przodu. Z chwilą zaś, gdy dolna powierzchnia stawowa piszczeli i bloczek kości skokowej oddalają się od siebie, tylna krawędź piszczeli z łatwością też uleść może przemieszczeniu ku przodowi, zatrzymując się na główce kości skokowej; taki stosunek anatomiczny obu kości, wchodzących w skład stawu golenio-skokowego, klinicznie przedstawia się jako zwicnięcie stopy ku tyłowi. Jednym z pierwszych, którzy mechanizm zwicnięć stopy starali się wyjaśnić na drodze doświadczalnej, był DUPUYTREN. Unieruchomiwszy stopę trupa za pomocą szrubsztaka, przeginał on nadmiernie goleń ku przodowi lub ku tyłowi: ruchom tym stale towarzyszyło wyraźne trzeszczenie. Po wypreparowaniu stawu okazało się, że przednie lub tylne pęczki więzów bocznych były przerywane, niekiedy odłamane były wierzchołki kostek, nigdy jednak tą drogą nie udawało się wywołać zwicnięcia stopy ku tyłowi lub ku przodowi. Zdaniem DUPUYTREN'a, mechanizm zwicnięcia stopy ku tyłowi jest nieco odmienny: jeżeli stopę unieruchomimy, a goleni w któremkolwiek bądź miejscu damy stały punkt oparcia, przechylając równocześnie tułów całym ciężarem w tył, wówczas goleń stanowić będzie dźwignię, dolny koniec jej

wyparty zostanie ku przodowi, a więzy boczne ulegną częściowemu przerwaniu.

Wyniki podobne otrzymał znacznie później, bo w roku 1887, HÖNIGSCHMIED na podstawie 20 doświadczeń na preparatach, pozbawionych muskulatury. Według autora tego, nadmierne zgięcie podeszwowe stopy wywołuje z początku oderwanie więzu trójkątnego i skoko-strzałkowego przedniego; dalsze zgięcie w tym kierunku powoduje przerwanie więzu pięto-strzałkowego i skoko-strzałkowego tylnego. Kostki ulegają przeważnie złamaniu na poziomie dolnej powierzchni stawowej piszczeli. HÖNIGSCHMIED, podobnie jak i DUPUYTREN, również nie był w stanie na drodze doświadczalnej wywołać zwicnięć w stawie golenio-skokowym ku przodowi lub tyłowi. Doświadczenia DUPUYTREN'a powtórzył ROGETTA i otrzymał wyniki nieco odmiennie. Jeżeli mianowicie unieruchomić stopę trupa np. w okienku kratki żelaznej, a następnie tułów całą siłą przegiąć ku tyłowi, wówczas następuje zerwanie przednich pęczków więzów bocznych, złamanie kości strzałkowej, piszczeli lub kostek, a w miarę dalszego przeginięcia, zwłaszcza u osobników młodych, prócz tego—typowe zwicnięcie stopy ku tyłowi. Z autorów doby ostatniej HOFFA mechanizm zwicnięcia ku tyłowi objaśnia w ten sposób, że przy unieruchomionej stopie ciężar padającego ciała gwałtownie przegina goleń ku tyłowi, powodując nadmierne zgięcie podeszwowe w stawie golenio-skokowym; to ostatnie następuje również i w tym razie, jeżeli osobnik pada w tył, podczas gdy stopa ześlizguje się po równi pochyłej ku przodowi.

Co się tyczy mechanizmu zwicnięcia w moim przypadku, to uważam go za najbardziej zbliżony do typu, opisanego przez DUPUYTREN'a i przytoczonego przeze mnie powyżej. Chory mój, nie zauważywszy po ciemku krawędzi peronu kolejowego, upadł i ześlizgnął się na znajdujący się pod poziomem peronu tor kole-

jowy. Wówczas stopa uwięzła pomiędzy szyną a peronem, i chory upadł w tył, opierając równocześnie goleń o krawędź peronu; w ten sposób goleń zamieniła się w dźwignię, nastąpiło zerwanie więzu trójkątnego, przyczem dolny koniec piszczeli przesunął się ku przodowi, opuszczając bloczek kości skokowej; więz zaś boczny wytrzymał napięcie, natomiast kość strzałkowa uległa złamaniu ukośnemu powyżej kostki, która pozostała na miejscu, t. j. w zetknięciu z boczną powierzchnią bloczka kości stawowej.

Obraz kliniczny zwinięcia stopy ku tyłowi jest zazwyczaj tak charakterystyczny, że rozpoznanie nie może chyba nastręczać żadnych trudności. Cała stopa wydaje się krótszą od zdrowej: odległość kostki wewnętrznej od wierzchołka palucha jest mniejsza po stronie chorej; skrócenie to wynosi 3—4 centymetrów. Pięta wystaje ku tyłowi, a ścięgną ACHILLES'a uwydatnia się w postaci dużego, ku tyłowi wklęsłego łuku. Prócz tego przedni kant dolnej powierzchni stawowej piszczeli zarysowuje się ostro z przodu pod skórą.

Rokowanie zależy przedewszystkiem od tego, czy zwinięcie powikłane jest raną skóry, czy też nie. Podczas gdy przypadki pierwszej kategorii są cięższe, prowadzenie rzadko do zeszczywnienia stawu, przypadki niepowikłane, w których nastawienie dokonano bezpośrednio lub wkrótce po urazie, kończą się, biorąc na ogół, zupełnem przywróceniem czynności kończyny w ciągu jednego do trzech miesięcy. Leczenie polega na możliwie wczesnem nastawieniu zwinięcia, względnie na prawidłowem ustawieniu odłamków złamanej piszczeli lub kości strzałkowej. Nastawienie udaje się najłatwiej w uśpieniu przy pomocy energicznego zgięcia podeszwowego stopy, po którym następuje zgięcie grzbietowe, połączone z wyciąganiem stopy w kierunku palców. Opatrunek unieruchamiający dopełnia zabiegu. Co się tyczy dalszego przebiegu, to, zdaniem mojem, szcze-

gólny nacisk położyć należy na możliwie wczesne stosowanie mięsienia i ruchów biernych,—metodę, zapoczątkowaną przez LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a, skutecznie stosowaną później przez cały szereg autorów i niedawno jeszcze szczegółowo opisaną i popartą szeregiem świetnych wyników przez DEUTSCHLAENDER'a. Jedynie drogą stosowania tej metody *largæ manu* zdaliśmy ustrzedz chorych naszych od niemiłych następstw w postaci ograniczenia ruchomości stawu golenio-skokowego.

LITERATURA

1) DUPUYTREN. *Votraege ueber chirurgische Klinik*—1840.

2) DEUTSCHLAENDER. *Ueber funktionelle Behandlung von Fracturen der Knochen*. Berlin. klin. Woch. 1906 N. 19, 20, 21.

EBEL. *Ueber traumatische Luxationem im Talocruralgelenke*—Beitr. zur klin. Chir. T. 44. 1904.

4) FÜSTER. *Ueber einen Fall von Luxatio pedis posterior inveterata und deren Reposition*—Beitr. zur klin. Chir. T. 42.

5) FICK. *Handbuch der Anatomie und Mechanik der Gelenke* 1904.

6) GÖMÖRY. *Ueber die traumatischen Luxationem des Fusses im Talo-cruralgelenk*. Wien. med. Wochenschr. 1902 N. 17—20.

7) HENKE. *Handbuch der Anatomie und Mechanik der Gelenke* 1863.

8) HÖNIGSCHMIED. *Leichenexperimente Ueber die Zerreissung der Baender im Sprunggelenk mit Rücksicht auf die Entstehung der indirekten Knöchelfrakturen*. Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 8. 1877.

9) HOFFA. *Lehrbuch d. Frakturen und Luxationen* 4 wyd.

10) HEITZMANN · ZUCKERKANDL. *Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen* 9 wyd.

11) ROGNETTA. Recherches expérimentales sur quelques maladies des os du pied. Archives gén. de médecine 1833. T. III.

12) SCHANZ. Luxation des Fusses nach hinten. Arch. f. klin. Chir. T. 68 str. 627.

13) TOLDT-LANGER. Lehrbuch der Anatomie 1890.

14) WENDEL. Die traumatischen Luxationen des Fusses im Talocruralgelenk. Beitr. zur klin. Chir. 1898 T. 21.

Z pracowni bakteriologicznej, w Wilnie.

Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliznie w roku 1905.

Napisał

Wacław Orłowski.

W roku 1905 zgłosiło się do mego zakładu w Wilnie 775 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub o wściekliznę podejrzane. W 198 jednak przypadkach mogłem z całą pewnością wyłączyć zakażenie, i osoby te nie leczyły się zupełnie; 12 osób przerwało leczenie z własnej woli; jedna osoba leczyła się wprawdzie, lecz była pokąsana przez zdrowe zwierzę; wreszcie jedna osoba nie leczyła się, ponieważ była przywieziona do mnie w agonii. Po odliczeniu zatem tych 212 osób pozostaje 563 osoby, które cały kurs leczenia według metody PASTEUR'a ukończyły i do niniejszej statystyki zaliczone zostały.

1) Ruch miesięczny chorych:

w styczniu leczyło się 50 osób

" lutym " " 51 "

" marcu " " 60 "

MED. № 35.

w kwietniu leczyło się 56 osób

" maju " " 64 "

" czerwcu " " 52 "

" lipcu " " 74 "

" sierpniu " " 63 "

" wrześniu " " 37 "

" październ. " " 17 "

" listopadzie " " 17 "

" grudniu " " 22 "

2) Płeć chorych:

Mężczyzn leczyło się 343

Kobiet " " 220

3) Wiek chorych:

do lat 5 było 69 osób

od lat 5 do lat 10 " 126 "

" " 10 " " 15 " 86 "

" " 15 " " 20 " 65 "

" " 20 " " 30 " 81 "

" " 30 " " 40 " 64 "

" " 40 " " 50 " 43 "

" " 50 " " 60 " 20 "

" " 60 " " 70 " 7 "

" " 70 " " 80 " 1 "

" " 80 " " 90 " 1 "

4) Miejscowości, skąd chorzy pochodzili:

z gub. Wileńskiej leczyło się 165 osób

" " Kowieńskiej " " 89 "

" " Mińskiej " " 200 "

" " Grodzieńskiej " " 37 "

" " Suwalskiej " " 17 "

" " Mohyłowskiej " " 33 "

" " Witebskiej " " 1 "

" " Wołyńskiej " " 4 "

" " Czernihowskiej " " 5 "

" " Orłowskiej " " 7 "

" " Połtawskiej " " 3 "

" " Kurlandzkiej " " 2 "

Z samego m. Wilna i okolic podmiejskich leczyło się 98 osób.

5) Przebieg czasu, jaki upłynął od chwili ukąszenia do chwili rozpoczęcia leczenia:

Upłynęło mniej niż	1 dzień w	2 przypadkach
" 1 lub 2 dni	" 110	"
" 3 do 5 "	" 261	"
" 5 " 10 "	" 123	"
" 10 " 20 "	" 46	"
" 20 " 30 "	" 9	"
" 30 " 40 "	" 5	"
więcej niż 40 "	" 7	"

6) Rodzaj zwierząt kąsających:

psy	pokąsały	497 osób
koty	"	28 "
konie	"	3 "
krowy	"	12 "
świnie	"	2 "
wilki	"	19 "
ludzie	"	2 "

7) Umiejscowienie ukąszeń:

ukąszonych w głowę i twarz	było	32 osoby
" " ręce	"	318 "
" " tułów	"	7 "
" " nogi	"	144 "
" " rozm. część. ciała	"	62 "

8) Liczba ukąszeń:

ukąszeń pojedynczych	było	201
" " licznych	"	362

9) Przypalania:

wystarczające	stosowane	były w	0	przypad.
niewystarczające	"	"	35	"
nie były	"	"	528	"

10) Ukąszonych przez ubranie było 160 os.

" w nagie ciało " 403 "

11) Kategorie A, B, C:

w grupie A	było	38 osób
" " B	"	181 "
" " C	"	344 "

12) Śmiertelność w roku 1905, obliczona

na podstawie dokumentów urzędowych o stanie zdrowia osób, które się w moim zakładzie leczyły, po upływie przynajmniej 6 miesięcy od chwili ukończenia leczenia, = 0,71%; śmiertelność od roku 1897 do 1905 włącznie = 0,55%. Przy obliczaniu tych odsetek uwzględniłem tylko te

przypadki, w których śmierć nastąpiła później, niż we dwa tygodnie po ukończeniu leczenia.

Przypadków takich miałem w roku 1905—cztery, a mianowicie:

1) Bylińska Amelia lat 10, córka łowczego z majątku Bryniów pow. Mozyrskiego gub. Mińskiej, pokąsana przez psa, podejrzanego o wściekliznę, dnia 12 lutego 1905 r. Przy oględzinach znalazłem na lewym udzie 2 ranki, zadane przez psa poprzez 2 spódniczki i koszulę. Ranki niezwłocznie po ukąszeniu były wymyte octem, następnie przez cały dzień były robione okłady z wody karbolowej, nazajutrz ranki były zajodynowane. Pomimo to znalazłem udo silnie obrzęknięte, zaczerwienione, nacieczone i bolesne. Leczenie Bylińskiej rozpocząłem 16 lutego, skończyłem 1 marca, szczepiąc dwa razy dziennie po 2,0 aż do 2-dniowych rdzeni włącznie, ogółem wprowadziłem pod skórę 52,0 szczepionki.

Bylińska zachorowała 16 marca, zmarła 21 marca 1905 roku na wściekliznę.

2) Wasilewski Franciszek lat 28 ze wsi Milejkowo pow. Oszmiańskiego gub. Wileńskiej, pokąsany przez psa 23 kwietnia 1905 roku. Dwie świnie i owca, pokąsane w tym samym czasie przez tego samego psa, zdechły na wściekliznę w końcu maja. Dopiero po tem smutnem doświadczeniu Wasilewski uznał za stosowne wybrać się do Wilna i zjawił się w moim zakładzie 1 czerwca. Przy oględzinach znalazłem 2 ranki około paznoga na paluchu lewej ręki. Szczepienie rozpocząłem 1 czerwca, skończyłem 20 czerwca 1905 roku, szczepiąc 2 razy dziennie po 3,0 na dawkę aż do 2-dniowych rdzeni włącznie. W ciągu tych 20 dni Wasilewski otrzymał 111,0 szczepionki; zmarł na wściekliznę 14 grudnia 1905 roku.

3) Arluk Chaim l. 5, syn woźnicy z Wilna, pokąsany przez psa, uznanego za wściekłego na zasadzie sekcji, dnia 30 lipca 1905 roku. Przy badaniu znalazłem 7 draśnięć na obu rękach. Szczepienie rozpocząłem 4 lipca, skończyłem

15 lipca, szczepiąc 2 razy dziennie po 2,0 na dawkę aż do 2 dniowych rdzeni włącznie; ogółem wprowadziłem pod skórę 44,0 szczepionki. W ciągu następnych 9 miesięcy chłopiec był zupełnie zdrow, około 10 maja 1906 roku (dokładnie nie pamiętam) w mieszkaniu Arluków powstał w nocy pożar, i chłopiec, zawsze bardzo nerwowy, przestraszył się podobno ogromnie i długo nie mógł się uspokoić. Niezwłocznie po tym pożarze, a mianowicie 13 maja 1906 r., zachorował i zmarł na wściekliznę dnia 16 maja w żydowskim szpitalu w Wilnie, gdzie go obserwowałem.

4) Mikłuch Piotr l. 4, syn stróża ze stacyi Równe kolei poleskich (gub. Wołyńska), pokąsana przez psa, u którego wścieklizna została przeze mnie stwierdzona doświadczalnie na króliku; królik pkdł przy objawach wścieklizny na 12 dzień po trepanacyi. Mikłuch był pokąsany dnia 31 sierpnia 1905 roku. Przy badaniu znalazłem: 1 draśnięcie na czole, 8 drobnych ranek na lewej ręce i 1 draśnięcie na prawem kolanie. Ranki były przypalone lapisem w pół godziny po pokąsaniu. Leczenie rozpocząłem 1 września, skończyłem 14 września 1905 roku, szczepiąc raz dziennie po 3,0 na dawkę aż do 2-dniowych rdzeni włącznie; ogółem wprowadziłem pod skórę 41,0 szczepionki. Chłopiec zmarł na wściekliznę 21 października 1905 roku.

Prócz wymienionych, zmarła na wściekliznę jeszcze jedna osoba, która się w moim zakładzie leczyła. Nie zaliczyłem jednak tego przypadku do odsetki śmiertelności, ponieważ śmierć nastąpiła w ciągu pierwszych dwóch tygodni bezpośrednio po ukończeniu leczenia:

1) Rozenberg Gita lat 10, córka mieszczanina ze Świącian gub. Wileńskiej, pokąsana przez psa, podejrzanego o wściekliznę, dnia 8-go sierpnia 1905 roku. Przy oględzinach znalazłem dwie ranki na prawej goleni, w nagie ciało zadane. Leczenie rozpocząłem 11 sierpnia 1905 roku, skończyłem 24 sierpnia, szczepiąc dwa ra-

zy dziennie po 2,0 na dawkę aż do 2-dniowych rdzeni włącznie. Ogółem Rozenberg otrzymała 51,0 szczepionki; zachorowała 5 września, zmarła 9 września 1905 roku na wściekliznę.

O osobach, które były pokąsane przez zwierzęta wściekle, nie leczyły się jednak zupełnie i na wściekliznę zmarły, zebrałem następujące wiadomości:

1) Dnia 10 lutego 1905 roku otrzymałem z m. Merecza pow. Trockiego gub. Wileńskiej depeszę z zapytaniem, czy można stosować szczepienia ochronne przeciw wściekliznie w razie, jeżeli choroba się już rozwinęła. Widocznie ktoś w Mereczu zachorował na wściekliznę; bliższych jednak szczegółów dowiedzieć się nie mogłem.

2) Jan Uszakiewicz, dorosły, ze wsi Tokeryszki pow. Oszmiańskiego gub. Wileńskiej, ukąszony w prawą rękę (jedna ranka) w październiku 1904 roku, zachorował na wściekliznę 23 lutego 1905 roku, zmarł 28 lutego.

3) Nieznana mi z nazwiska dziewczynka z okolic m. Widz pow. Jeziorowskiego gub. Kowieńskiej, pokąsana w szyję przez wściekłego kota w początkach kwietnia 1905 roku, zachorowała na wściekliznę 20 maja 1905 r. O dacie śmierci dowiedzieć się nie mogłem.

4) Jakób Daraszkiewicz lat 11 z Wilna był ukąszony w końcu maja 1905 roku w prawe przedramię (1 ranka). Ból na miejscu ukąszenia zjawił się 16 lipca 1905 roku. Zachorował podobno 18 lipca o 4 po południu; przywieźli go do mnie 18 lipca o 11 w nocy już *in extremis*, zmarł o 12 w nocy tegoż dnia na wściekliznę.

5) Józefa Hojlewicz l. 36 z miasteczka Batygoła pow. Kowieńskiego gub. Kowieńskiej, ukąszona przez psa w nogę w maju 1905 roku, zmarła na wściekliznę 22 lipca tegoż roku.

Na zakończenie należy wspomnieć jeszcze o dwóch strasznych przypadkach, jakie się zdarzyły na wsi Hołbie postawskiej włości pow.

Dziśniewskiego gub. Wileńskiej dnia 25 sierpnia 1905 roku: Elżbieta Paczkowska l. 30 i córka jej Marya l. 8 poszły po jagody do lasu. Tutaj napadł je wściekły wilk; córkę zagryzł na miejscu, a matka zmarła w godzinę po wypadku.

Wilk był zabity i na zasadzie sekcji uznany za wściekłego.

Siedm innych osób, pokąsanych przez tegoż wilka, leczyło się w moim zakładzie i wszystkie pozostały zdrowe.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

46. C. G. Leo-Wolf. Ważny czynnik w powstawaniu i leczeniu niektórych zaburzeń czynnościowych.

W pracy swej zwraca autor uwagę na rolę, jaką wysiłki wzrokowe przy wadach refrakcji ocznej odgrywają w powstawaniu niektórych zaburzeń t. zw. czynnościowych. Wpływ wysiłków takich w sensie wymienionym udawało mu się wykazać na zasadzie bardzo licznych obserwacji osobistych, *resp.* na tegoż zasadzie opartego udatnego leczenia.

O istotnem znaczeniu wpływu tego udawało mu się także w ciągu lat ostatnich przekonać niejednego z kolegów, sceptycznie nieco na ten się zapatrujących—to też, jak się dosadnie wyraża, ma on dlań wartość równej miary, jak i bakteryjne podłoże spraw infekcyjnych.

Pozostawiając jednak rozprawy co do sposobu oddziaływania wysiłków ocznych na powstawanie rozmaitych zaburzeń czynnościowych badaniom bardziej ścisłym, ogranicza się tu autor na wyliczeniu ważniejszych z nich, jakie miał sposobność spostrzegać w szeregu lat swojej praktyki lekarskiej.

Tu przedewszystkiem wymienić należy bóle głowy, powstałe z przyczyn niejasnych i które teraz jeszcze kładą się na karb samozatrucia. Otóż w wielu z takich przypadków wysiłek wzrokowy, jako czynnik wywołujący, już oddawna uzyskał przynależne mu uznanie — a fakt ten, zdaniem autora, stał się tak powszechnie wiadomym, że wielu chorych z bólami głowy

(migreną) wprost zwraca się o pomoc, *resp.* o zbadanie stanu ich oczu, do oftalmologów.

Niektóre przypadki macinnictwa—zdaniem L.-W., szybko ustępowały pod wpływem należytego traktowania wad refrakcyjnych obok zwykle tu stosowanych sposobów leczenia.

Tenże wpływ po części odnajduje autor w niektórych przypadkach neurastenii u mężczyzn, nerwowego wyczerpania u kobiet, zwł. ze sfer zamożnych, spędzających całe dnie w półleżącej pozycji.

Niektóre przypadki płasawicy (*chorea*), przyjmowanej w ostatnich czasach za cierpienie takiejże przyrody bakteryjnej, jak i ostre sprawy reumatyczne, dają się postawić, zwł. tam, gdzie reumatyzmu, ani afekcji sercowej wykazać się nie udaje, w zależności od wysiłków, spowodowanych wadami refrakcyjnymi oczu. Na poparcie twierdzenia tego przytacza L.-W. przypadek płasawicy u dziewczyny, trwający dwa lata i bezskutecznie w ciągu tego czasu leczony zwykłymi sposobami, który ustąpił dopiero przy korekcyi wady refrakcyjnej odpowiednimi szklami obok zastosowania środków krzepiących.

Niektóre przypadki nerwobólu n. trójdzielnego spowodowywane bywają wysiłkiem oczu o wadliwej refrakcyi. Ztąd wniosek, że w przypadkach upartego nerwobólu, (w których niekiedy planuje się wycięcie zwoju GASSER'a), należy przedewszystkiem poddać oczy badaniu specjalisty.

Często przypadłości właściwe nieżyłowi nosogardzielowemu (*nasopharynx*) powstawa nie swe zawdzięczają wysiłkom ocznym (wiadomo, że już normalnie patrzenie w silne światło staje się powodem kichania).

Tu przytacza autor przypadek, w którym osobnik, dotknięty astygmatyzmem złożonym, przypadłościom takim podlegał za każdym razem, kiedy oprawa okularów jego nieco się skrzywiła. Także widywał L.-W. napady suchego męczącego kaszlu, w którego podłożu zmian miejscowych wykazać się nie udawało, ustępujące po zastosowaniu odpowiednich wadzie refrakcyjnej szkieł korekcyjnych.

Opierając się na zdobytem doświadczeniu, że bywają przypadki dychawicy (*asthma bronchiale*), wywoływane wysiłkami wzrokowymi przy wadach refrakcyjnych, autor w każdym przypadku wymienionego cierpienia przed przystąpieniem do leczenia domaga się zbadania oczu pacjenta.

Notuje on nadto przypadłości ze strony układu krwionośnego, jak *arythmiam cordis*, *tachycardiam*, objawy angiospastyczne (*angiospasmii*), wreszcie kurcze (*crampii*) w kończynach — których to przejawów źródło na drodze wspomnianej kryje się w wadliwej refrakcyi.

Blednica wraz z tak towarzyszącem jej zaparciem stolców — u młodych dziewcząt nieraz też równie, jak i to ostatnie, wzdzięcznie i szybko się leczy po zaordynowaniu odpowiednich szkieł.

Zdaniem autora, zaparcie stolca bądź to towarzyszące blednicy, bądź też samoistne często stoi w ścisłym związku z wysiłkami ocznymi przy wadliwej refrakcyi, i chorego nieraz od przypadłości *resp.* ustawicznego posługiwania się środkami czyszczącymi czy też ławatywami uwolnić się udaje przez wybór odpowiednich szkieł.

To też pewne przypadki *colitidis mucosae* autor uważa za wynik zaburzenia nerwowego ze strony kiszek, spowodowanego wysiłkiem w r o k o y m i zaparciem, na tem tle powstałym.

W poczet przypadłości, będących jakoby skutkiem wysiłku ocznego przy wadliwej refrakcyi, zalicza L.-W. rozmaite postacie niestra-

wności *resp.* spaczzonego chemizmu żołądkowo-kiszkowego.

Na karb takiegoż wysiłku w sensie wymienionym kładzie też wiele przypadków *polyuriae* i *dysuriae*, w których staranne badanie nie wykazuje ani zmian w składzie chemicznym moczu, ani zmian miejscowych w narządzie moczowym, przypadłości wymienione wyjaśnić mogących. Przypadki takie również szybko ustępują po zastosowaniu szkieł korekcyjnych.

Toż samo daje się powiedzieć o rozmaitych przypadłościach ze strony sfery płciowej, spostrzeganych u kobiet (*dysmenorrhoea*, bóle w krzyżu, grzbiecie, uczucie ciężenia w podbrzuszu, nawały ku macicy i części przydatkowych, zaburzenia w czasie *menopausis*) wraz z, w których brak zmian chorobowych miejscowych, stany powyższe należyte wyświełlających.

Notuje tu autor jeszcze przypadki krzywej szyi (*Torticollis non congenita* i *non traumatica*), które źródło swe miały w wysiłku wzro-
kowym jednego oka lub w nieprawidłowym złożonym astygmatyzmie.

Wspomina wreszcie, że niekiedy nawet źródła bocznego skrzywienia kręgosłupa doszukać się można w wysiłku ocznym, *resp.* wadliwej refrakcyi i że przy leczeniu o możliwości tej pamiętać należy.

Oto mniej więcej lista zaburzeń czynnościowych, których źródło autorowi niejednokrotnie udawało się wykazać w wysiłku ocznym, *resp.* w wadliwej refrakcyi, a które zdołał usuwać albo znacznie łagodzić drogą umiejętnej pomocy okulistycznej. Wyniki mniej pomyślne w niektórych takich przypadkach przypisuje albo niewłaściwemu doborowi szkieł, albo niestarannemu czy też niezręcznemu dopasowaniu oprawy, wzdraganiu się pacjenta co do noszenia szkieł, — u ludzi mniej zamożnych finansowej stronie kwestyi wreszcie i temu, że niekiedy dobiera szkła nie lekarz okulista, lecz optyk.

Koniec końcem, zaniedbanie czy też ta lub owa niedokładność w doborze właściwych szkieł korekcyjnych staje się powodem zaburzeń funkcyjnych, które przy właściwym traktowaniu wady refrakcyjnej łatwo dałyby się usunąć lub przynajmniej znacznie umiarko-

wać. Chorzy tedy, dotknięci tem lub owem zaburzeniem (cierpieniem) czynnościowem na tle wady refrakcyjnej, o ile wada ta została przeoczona, zaniedbana lub nie należyście traktowaną, zazwyczaj przerzucają się od lekarza do lekarza, próżno szukając złagodzenia swoich dolegliwości. Chorzy tacy albo zostają skazani na inwalidyzm, albo zwiększają szeregi trujących się narkotykami, alkoholem lub oszukiwanych przez rozmaitych szarlatanów.

Wreszcie zaburzenie, które z początku było tylko czynnościowem, z biegiem czasu, zakorzeniając się, wywołuje w danym narządzie stałe zmiany chorobowe. Kończy wreszcie autor rzecz swoją uwagą, że w przypadkach cierpień czynnościowych należałoby koniecznie poddać czy chorego badaniu specjalisty i badanie takie w pewnych przypadkach uważać za prawo wagi niemniejszej, niż badanie moczu, zawartości żołądka, i t. d. w pewnych stanach chorobowych.

(Medical Record. N. 1882. 1906 r.).

F. Gr.

47. Eschle. Indywidualizowane leczenie otyłości i otyłego serca.

Otyłość, zdaniem autora, może być trójakiego rodzaju: w zależności od nadmiernego odżywiania (hypertoniczną), braku ruchu fizycznego (*e functione minori*) i nieprawidłowości wymiany (hypotoniczną). Dla każdej z tych form zalecić należy rozmaite leczenie, zależnie od wyników badania nad sprawnością organizmu i serca, dotychczasowego trybu życia chorego i dziedziczności.

Sprawność serca należy badać po pewnym wysiłku fizycznym, gdyż często tylko wtedy jesteśmy w stanie określić, czy istnieje i jaki jest stopień niewydolności tego organu, rozumiejąc pod tem mianem niezdolność do wszelkiej pracy ponad zwykłą normę; w późniejszych okresach choroby przerost innych organów (np. rozedma płuc wskutek głębokich ruchów oddechowych, zastępujących po części pracę serca) może maskować chorobę. W ten sposób i czynność zastępczych organów rzuca światło na wydolność serca. Nakoniec musimy zwrócić uwagę na stan ogólny chorego, na jego

skargi i związek ich z działalnością serca. Na zasadzie danych, zebranych w ten sposób, określmy, do jakiej z powyżej wymienionych trzech kategorii należy chory.

Doprowadzić otyłego chorego do schudnięcia nie jest zadaniem trudnem, lecz podobny wynik nie zawsze może być nazwany uleczeniem. Rozumie się, że, zmniejszając dowolnie ilość pożywienia i zwiększając pracę fizyczną, wkrótce dopniemy celu; przy podobnej jednak gospodarce cały aparat stanie się prędko niezdolnym do dalszej pracy. To też, wążąc systematycznie chorego, powinniśmy zważać sobie sprawę, czy te wahania wagi zależą od znikania tłuszczu, czy też mięśni.

Mięśnie grają ogromną rolę w wytwórczości i rozprowadzaniu ciepła w organizmie. Rola ich nie jest mechaniczna tylko; przeciwnie, właśnie w okresie spokoju przejawia się ich działalność chemiczna, polegająca na wytwarzaniu ciepła; serce zaś jest, zdaniem ROSENBACH'a, tylko narządem, przewyciężającym tarcie. Wydatek energii na pracę fizyczną pokrywa się z zapasu jej, nagromadzonego w tkankach. Przy usilnej pracy fizycznej zapas ten niknie, a jest on bodźcem niezbędnym dla wywołania ruchów oddechowych i podtrzymania sprawności tkanek organizmu, bez tej sprawności zaś nie może istnieć prawidłowe utlenianie pokarmów. Jednocześnie organizm traci ciepło przez parowanie i pocenie, i zjawia się apetyt, naogół niepożądany u ludzi otyłych.

Ztąd łatwo wysnuć wnioski o stosowaniu leczenia pracy fizycznej; gdzie pożądanę jest wewnętrzne utlenianie w tkankach organizmu, a więc w przypadkach *plethora hypertonica* tam strzedz się będziemy wysiłku fizycznego; gdzie zaś chcemy zwiększyć utratę ciepła, którego nadmiar powstał czy to wskutek zwiększenia wytwórczości wewnętrznej *e functione minori*, czy też nieprawidłowości wymiany, a zatem w przypadkach względnej i absolutnej hypotonii, tam wzmożona praca fizyczna ma większe zastosowanie.

Wzmożenie pracy fizycznej musi być jednak stosowane w określonym okresie trawienia. Wobec niewydolności ruchowej, szczególnie częściej przy *plethora hypertonica*, staramy się pobudzić ruchy oddechowe, które pośrednio

działają również na czynność trawienia; należy jednak przeczekać okres asymilacji pokarmów w żołądku. Gdzie zaś czynność chemiczna jest upośledzona, niewielka praca fizyczna sprzyja wessaniu; tak więc w pierwszym przypadku „*post coenam stabis*“, w drugim, „*mille passus meabis*“.

Ponieważ w przypadkach *plethora hypotonica* sprawność całego organizmu pozostawia wiele do życzenia, wystrzegać się więc musimy nadmiernego wysiłku dla jakiegokolwiek organu (w tej liczbie i przewodzie pokarmowego), i okresy odpoczynku winny często zmieniać się z okresami lekkiej pracy fizycznej.

Mylny jest przegląd, jakoby ograniczanie ilości pokarmów, w ogóle da się zastosować jedynie przy *plethora hypertonica*, polegające miało na zamianie węglowodanów ciałami białkowymi. Chory, odżywiany wyłącznie białkami, nie produkuje co prawda tłuszczu, lecz jednocześnie nie wytwarza ciepła, koniecznego dla pracy fizycznej; z drugiej zaś strony, dieta wyłącznie mięsna sprzyja nagromadzaniu się w ustroju wielkich ilości produktów przemiany białka. Najlepiej więc będzie, gdy zechcemy się liczyć z przyzwyczajeniami i apetytem chorego, który jest najlepszym wskaźnikiem potrzeb jego organizmu.

Chorem więc z *plethora hypertonica* możemy dawać niewielkie ilości węglowodanów, pod warunkiem, że praca fizyczna doprowadzi do równowagi ilość wyprodukowanego ciepła. U chorych drugiej i trzeciej grupy niema wogóle zasady zmniejsza ilość pokarmów, gdyż tu-

taj idzie przede wszystkim o wzmożenie funkcji mięśni i płuc.

Przy nieprawidłowej działalności serca spotykamy często powikłania ze strony przewodów pokarmowych. Otóż lekarz, który uważa podobne zaburzenia za pierwotne i leczy je bez względu na przyczynę ich powstania, popełnia błąd; szczególnie szkodliwe są tutaj środki przeczyszczające. Należy choremu to objaśnić i skłonić go do wzmożenia funkcji trawiennych za pomocą odpowiedniej diety, nie zaś jakichkolwiek środków lekarskich.

Środki przeczyszczające można zalecić tylko w niewielkich dawkach, jako *tonicum*; szczególnie wskazanie to dotyczy trzeciej grupy, gdzie energiczne leczenie środkami przeczyszczającymi wywołuje silne osłabienie organizmu i zwiększa nieprawidłowości wymiany.

Ciepło pobudza ośrodki krążenia i oddychania, dzięki czemu powstaje prawidłowe utlenianie; zimno i nadmierne ciepło wpływają hamująco na te ośrodki, wywołując częstokroć białkomocz i rozpad ciałek czerwonych. Stąd łatwy wniosek, że raptowne zmiany temperatury wpływają na ludzi otyłych ujemnie, to też nie należy stosować energicznych zabiegów wodolecznictwa. Co się tyczy liczby godzin snu, to dla organizmów wyczerpanych, a więc przede wszystkim trzeciej kategorii, należy ją zwiększyć.

(Therapeutische Monatshefte. 1906. Nr 4).

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. 34)

Gdy starania i Oebschelwita i Rady Uniwersytetu, odnośnie przeniesienia szkoły lekarskiej do innego lokalu, nie zostały rozwiązane przez komisję oświecenia,—następca Dyhka, dziekan Mile, wystąpił do Rady z wnioskiem (14. V. 1826 Nr. 1264), aby zreorganizowano klinikę położniczą na Instytut położniczy, którego brak stolica dotkliwie uczuwała; lub też aby klinikę pozostawiono jako zakład uniwersytecki wychowawczy, a niezależnie urządzono Instytut. Dotychczasowa administracja kliniki jest w ciągłym kłopotcie: musi każdą położnicę przyjmować bez względu, czy jest miejsce wolne, czy też nie; w tym ostatnim wypadku kładzie ciężar na podłodze, między łózkami; musi ponosić koszt jej utrzymania, nie przewidziane w etacie; musi profesor akuszerki mieć klinikę otwartą przez rok cywilny okrągły i nie może, jak inni, korzystać z letnich wakacji.

Z jego czynności letnich uczniowie Uniwersytetu nie korzystają, bo ich niema; klinika więc staje się zwykłym szpitalem, instytutem miłosiernym. Nie dosyć tego, z powiększeniem się liczby mieszkańców, liczba ciężarnych tak nadmiernie przybywa, że dla wielu miejsca brakuje, co wywołuje interwencję po-

licy, chociaż ta nie osiąga skutku, dla braku miejsca...

Komisja oświecenia w reskrypcie swoim (27. IX. 1826 Nr. 14289) oświadcza Radzie Uniwersytetu, że uznaje potrzebę rozszerzenia instytutu położniczego, a nie mając w etacie na to funduszu, wzywa, aby dziekan, porozumiewszy się z profesorem, podał środki do prowadzenia z większą oszczędnością gospodarstwa w instytucie,—przez co ułatwi się pokrycie pomnażających się wydatków, a tem samem większa liczba osób, przyjmowana być może. Powyższe oświadczenie komisji nie tylko ważnej kwestyi nie rozstrzygnęło, lecz przesunęło ją na daleki plan. Raz jeszcze dziekan wydziału wyjaśnia Radzie Uniwersytetu, że powiększenie łóżek w klinice, chociażby w trójnasób, palącej kwestyi nie rozstrzyga, bo klinika to instytut naukowy, a nie przytułek miłosierny; że w stolicy potrzebny jest przytułek dla rodzących, czy to samodzielny, czy też urządzone przy jakim szpitalu; że naglejszą i odpowiedniejszą, jako instytucji naukowej, jest potrzeba powiększenia liczby łóżek w oddziale chorób wewnętrznych, np. dla obłąkanych, na co jest fundusz gotowy z legatu Staszica; jeszcze potrzebniejsze jest powiększenie liczby łóżek w klinice chirurgicznej, dla chorych ocznych, i wenerycznych, którzy powinni być oddzieleni.

Lecz wszystkie te życzenia powiększania liczby łóżek, były życzeniami pobożnemi; bo przy takiej ciasnocie, jaka panowała w klinikach, nie mogło być mowy o wstawianiu do pokoików, czyli jak Oebschelwitz pisze, do celtek klasztornych, nowych łóżek.

Było to już ostatnie wystąpienie wydziału lekarskiego w kwestyi powiększenia lokalu, dla pomieszczenia szkoły lekarskiej, klinik, gabinetów i t. d. Odtąd sama komisja rządowa zajęła się reformą gmachu szkolnego; wyznaczyła komisję, a co zrobiła ta komisja, o tem jużśmy mówili w rozdziale VIII. § 16.

5. Projekt ustawy grudniowej 1825 roku, który przedrukowaliśmy jako przypisek 6 statutu, nim jeszcze był rozpatrywany przez deputację, podlegał surowej krytyce profesorów wydziału lekarskiego. Że zaś głos ich nie był wysłuchany, dlatego projekt swój wyłożyli na piśmie i przedstawili Radzie Uniwersytetu. I profesor Szczucki i profesor Dybek przede wszystkim bronili własnej sprawy, ale obok tego podawali wnioski, które miały interes ogólny na celu, a i dla dzisiejszego czytelnika nie są bez znaczenia, gdyż informują go o ówczesnym życiu wewnętrznym wydziału i zaznaczają również, jakie stanowisko naukowe zajmowali oponenti.

Podajemy w streszczeniu pierwszy co do czasu protest Szczuckiego.

Szczucki w owym projekcie, organizującym wydział lekarski, przewiduje trzy zmiany bardzo szkodliwe. Zmiany te odnoszą się do katedr, do zniesienia stopnia lekarskiego, które za sobą sprowadzi zmniejszenie znaczenia wydziału lekarskiego w obliczu innych Uniwersytetów, a poniżenie medycyny w kraju. Rozpatruje ze swego punktu widzenia ów projekt organizacyjny, wskazuje w nim same sprzeczności.

Co do zmiany katedr. Niektóre nauki oddana będą innym profesorom. Takie zmiany profesorów, czy są z korzyścią, czy ze szkodą dla nauk i dla uczniów — zapytuje Szczucki członków Rady Uniwersytetu, również nauczycieli; — niechaj oni wejdą w położenie Szczuckiego, którym pomiatają, któremu co lat parę inne przedmioty wykładać zalecają. Iluż to katedr nie zajmował on w ciągu lat kilku! Najpierw poruczono mu katedrę terapii i kliniki; w półtora roku odebrano mu tę katedrę, a poruczono wykład patologii, materii lekarskiej i formularza; następnie dodano propedeutykę; obecnie mają odebrać patologię i propedeutykę, a zwrócić formularz, dodając jeszcze nową toksykologię. „Żaden z profesorów nie może bez płóchości powiedzieć, że jest zdatnym do wszystkich przedmiotów i, ten który dziś jest dobrym nauczycielem, jutro — po zmianie przedmiotów — może być tylko miernym. Gdyby kto tyle był pracował nad patologią, ile ja na nią poświęciłem czasu, zapewne byłby w tej mierze moim obrońcą, świadcząc że nauka ta może nie

wiele zyskać, gdy przejdzie do kogo innego; mnie zaś nowa praca narzucona doskonale zniechęci, lecz bynajmniej na lepszego jak teraz profesora, wykształcić nie potrafi. Lecz niestety, nikt moich uwag nie słucha, a na posiedzeniu często mi powtarzają, iż dla dobra ogółu powinienem zrobić ofiarę. Prawda, że łatwo jest rozkazywać drugiemu aby robił ofiary, kiedy ten co ofiary żąda, sam jej robić nie myśli. Pominawszy to wszystko zastanawiamy się, czyli ta zmiana jest potrzebną, i czyli jej rzeczywiście wymaga dobro ogółu. Co do mnie mam powody do wątplenia o tem, zważywszy punkta następujące.

Projekt rzeczony zniżając stopień nauk lekarskich, poniży oraz znaczenie wydziału lekarskiego, w obliczu innych uniwersytetów, a nawet poniży całą rzecz lekarską w kraju polskim.

Że projektowana organizacja wydziału lekarskiego zniżenie nauk za sobą pociąga, wątpić nie można, zważywszy, że uczniowie z czwartej klasy, mówię z czwartej klasy, mają się uczyć wszystkich nauk lekarskich, co gdy tak być ma ¹²⁾ — każdy łatwo się przekona, że dla tego aby owi przyszli licencyjaci z małym usposobieniem wydołali wyższym naukom lekarskim, wypadnie aby profesorowie dawali je stosownie do możliwości pojęcia niższych, przez co wyższym uczniom oczywiście dzieje się krzywda.

Do poniżenia nauk lekarskich, należy także usunięcie języka łacińskiego, w którym dziś kilka przedmiotów wykłada się. Co do tego mam honor z uszanowaniem nadmienić, iż nie dla tego obstarę przy języku łacińskim, abym miał być pedantycznym wielbicielem gramatyk i abym rozum i wiadomości ogólnie miał za-

¹²⁾ Komisya rządowa do Rady Uniwersytetu (26. VIII. 1825. N. 10650—1557).

Nim nastąpi ostateczna decyzja względem podanego pod d. 19 maja r. b N. 1343 projektu odmian w planie nauk i udzielania stopni w wydziale lekarskim, komisya rządowa stanowi: by od następującego roku szkolnego nie innych jak tylko z VI klasy szkoły wojewódzkiej wychodzących uczniów, po egzaminie dojrzałości przyjmowano. O czem zawiadamiając Radę upoważnia ją do obwieszczenia przez pisma publiczne osób interesowanych.

Stanisław Grabowski.

kładać na umiejętności łaciny; uważam je tylko jako środek do erudycji potrzebny. Wiem dobrze, iż do nauk wyższych potrzeba myśli gruntownych i wyobrażeń jasnych; wiem i to, że polak nie będzie myślał po łacinie i, że nauki w których jest więcej mechanizmu łatwiej się dają objaśnić językiem ojczystym żyjącym jak barbarismami łacińskimi—przeto nie byłoby nawet przyzwolicie aby i w medycynie wszystkie nauki dawane były w języku łacińskim; jednakże równą jest nieprzyzwoitością, jeżeli żadnej nauki w tym języku nie będzie wykładanej. Potrzeba języka łacińskiego wyłączonej jest dla medycyny, gdzie język ten stał się uniwersalnym. Sztuka lekarska w samem nawet praktycznem wykonaniu, to jest w pisaniu formuł używa języka łacińskiego, używać go nie mniej powinna w naradach, czyli tak zwanych konsultacjach lekarskich, a co największa czerpać powinien lekarz główne swe zasady z dzieł klasycznych, jakimi są dzieła Hippokratesa, Celsa, Areteusza, Tralliana etc., a nawet i innych, późniejszych bez których nauka lekarska gruntowną być nie może; dzisiejsze bowiem dzieła, wcale nie są klasyczne, mianowicie co do medycyny praktycznej¹³⁾.

Rada Uniwersytetu nie mogła przejść do porządku dziennego nad powyższym protestem. Odnosnie ponizenia nauk lekarskich przez przyjmowanie słuchaczy po ukończeniu czterech klas, nie potrzebowała się zastanawiać głębiej; był to dowód złośliwości profesora, nie więcej, albowiem, jedną z ważnych zmian proponowanych przez delegację, było zniesienie owego

podziału na niższych i wyższych, a zaprowadzenie jednakowego dla wszystkich uczniów medycyny przygotowania naukowego, to jest matury; o czem dokładnie wyjaśnia reskrypt komisji rządowej, podany przez nas w przypisku. Inna sprawa była z językiem łacińskim, o usunięcie którego starała się Rada, aby zapewnić pierwszeństwo językowi narodowemu; nie mogłaby więc uznać zarzutu Szczuckiego za słuszny, wówczas bowiem wypadłoby jej zaprzeczyć wszelkiej „erudycji“ w naukach lekarskich Anglii, Francji i Niemiec Północnych, gdzie wszystko wykładali w językach ojczystych. „Byłoby rzeczą niesprawiedliwą twierdzić, że język łaciński tak obfity w klasyczne dzieła lekarskie nie potrzebnym jest do erudycji lekarza; lecz większą jeszcze byłoby niesprawiedliwością uporeczywie zostawać przy zdaniu, że bez uczenia się patologii, materii lekarskiej i terapii w języku łacińskim, dobrym a nawet uczonym lekarzem być nie można. Co do konsultacji lekarskich jest rzeczą obojętną, w jakim te odbywają się języku, idzie tu tylko o to, aby być niezrozumiałym choremu; a lekarz rozsądny przy konsultacji i w języku ojczystym potrafi wszystko pogodzić.

Z autorów klasycznych zacytowanych przez profesora Szczuckiego, którzy także nie pisali dzieła swoje w języku łacińskim, czerpać można należycie i bez słuchania wyżej wymienionych nauk w języku łacińskim; inaczej wszelkie ważne dzieła w tym języku pisane, zostałyby martwem dla lekarzy francuskich, angielskich.

¹³⁾ Prof. Wiktor Szokalski w pamiętnikach swoich, w ten sposób pisze o Szczuckim: „Przez cały krótki przeciąg swego istnienia (Uniwersytet Warszawski) był w połowie polskim, a w połowie łacińskim, chociaż łacina wszystkim kością w gardle stała, z wyjątkiem starych profesorów pedantów, a więcej jeszcze ministerjalnych zwierzchników, którzy, sądząc, że do upadłego trzeba się bronić przed rewolucją, *purissima latinitate*, mordowali nas, biednych studentów. Do takich zasuszonych okazów zeszlowiecznej mądrości, zaliczał się wielce uczony nasz profesor S z c z u c k i, główny matador na naszym trzecim kursie medycznym, a mój jeszcze z czasów dzieciństwa znajomy z Radomia, który, nie mogąc dać sobie rady z praktyką jako fizyk wojewódzki, zapisał się

na profesora. Był to człowiek ciężko uczony, czytał bardzo wiele, ale mało i dość płytko myślał, a że wykladał Patologię ogólną, to jest naukę o ogólnych cechach, przyczynach i objawach choroby, głównie wówczas na pojęciach filozoficznych się opierającą, więc uroił sobie, że był filozofem, bujał po obłokach, spadał ciężko na ziemię, a wszystko pokrywał płaszczem eleganckiej i na puszystej łaciny. Wiele nam nadokuczał ten pedant swemi wymaganiami, to tylko Bogu wiadomo, zwłaszcza, że choć nam oświadczył, że trzymać się będzie wykładu rozpowszechnionego wówczas dzieła Rejmana, zbijał go nieustannie, chcąc na swoim postawić, tak, że obalamuceni do reszty, nie wiedzieliśmy, czego się trzymać“.

„Krytyka lekarska“ 1897, str. 246.

Zdaje się, że zanadto posunięty jest za-
pał profesora Szczuckiego dla języka łacińskiego,
gdyż żadnej niedopuszcza klasyczności dzie-
łem pisanym nie w tym języku. Co do pisania
recept nie projektował wydział, aby te w języku
ojczystym były pisane. Biorąc logicznie każda
nauka gdy ma być dla uczniów pożyteczną, w
tym samym języku powinna być wykładana, w
jakim wykładane są nauki przygotowawcze do
niej; tak stosownie będzie wykladać materię
lekarską w języku ojczystym, gdyż przygoto-
wawcze do niej nauki, jak chemia, botanika,
mineralogia, zoologia, farmakologia i farmacja
w tymże samym wykładają się języku.

W końcu co do języka i to jeszcze przy-
toczyć można iż z większym pożytkiem będzie
dla uczniów uczyć się i tłumaczyć się w języku
ojczystym; jawne tego dowody mamy w klinice
chirurgicznej i terapeutycznej, gdzie ci ucznio-
wie, którzy dokładnie opisują historię chorób
chirurgicznych, miernymi tylko są w opisywa-
niu chorób terapeutycznych. Z większą więc
korzyścią będzie wykladać w języku ojczystym
i mieć uczniów dobrych, jak wykladać w języku
łacińskim i mieć z tego powodu jedynie ucz-
niów miernych ¹⁴⁾.

Imny zupełnie charakter nosi na sobie pro-
test Dybka. Gdy Szczucki, jak widzieliśmy,
nie zapomina o sprawie własnej, lecz nie stawia
jej na pierwszym planie, a gdy go zapewniono
że będzie i nadal wykladał patologię ogólną i w
języku łacińskim, wycofał swój protest; Dybek
protest swój osnuwa na twierdzeniu, że mu się
krzywda stała, albowiem katedrę, którą dotąd
sam jeden zajmował, wydział w swoim projek-
cie między dwóch profesorów podzielił. Posłu-
chajmy w jaki sposób Dybek przypisuje temu
projektowi zacołanie i upadek nauk w Polsce.

¹⁴⁾ Z autografu Zubelewicza, prezydują-
cego w delegacji, odnośnie projektu wydziału
lekarskiego utworzonej.

Podział chirurgii na teoretyczną i prakty-
czną, jaki zaproponował wydział, jest przeciw-
ny, zdaniem Dybka, woli rządu, który zaleca
oszczędność; sprzeciwia się dobru uczniów i
wreszcie sprzeciwia się dobru samego profesora.
Podział jednej katedry na dwie nie jest dla
rządu korzystny, bo pensya dla dwóch profes-
rów będzie większa, aniżeli dla jednego; „rząd
zaś uważa za korzystniejsze powiększenie pen-
syi jednemu profesorowi i zobowiązanie go do
przybrania materii, jak drobnić nauki (!).

Aby nie pozostawić w wątpliwości nikogo,
wyjaśnia Dybek, że poważne szkoły lekarskie,
na wzór których warszawska została urządzoną,
tegoż samego trzymają się planu odnośnie chi-
rurgii, jak było dotąd w Warszawie; w Wilnie
jeden tylko profesor wyklada chirurgię. Uniwer-
sytet Wiedeński dla tej nauki ma tylko p. Ker-
na, a szkoła Józefińska p. Lange. Są to uni-
wersytety dawne, a zatem naśladowania godne.
Szkoly Niemiec niższych służyć nie mogą za
wzory, bo ich urządzenie różni się zupełnie od
urządzenia Warszawskiego Uniwersytetu; a je-
żeli Paryż ma kilka profesorów chirurgii, to na-
leży pamiętać że szkoła licząca około 6000 ucz-
niów medycyny rocznie, w porównanie iść nie
może z wydziałem, który ich zaledwo ma 70.

Zwolennicy podziału chirurgii na dwie ka-
tedry, utrzymywać zapewne zechcą, że chirur-
gia przez dwóch profesorów wykładana, będzie
wyłożoną obszerniej, lepiej; że profesorowie bę-
dą wchodzili w szczegóły; lecz czy takie roz-
drobnienie przyniesie korzyść uczniom i tak już
obciążonym przeróżnemi naukami?—o tem wąt-
pi prof. Dybek.

Utrzymuje on, że daleko lepiej i praktycz-
niej będzie naprowadzać tylko ucznia na drogę
prawdy, a dalsze zabiegi pozostawić własnej
inicytywie i dobrej woli, aniżeli wprowadzać go
do labiryntu, z którego nie każdy profesor sam
się może wyplątać.

(C. d. n.).

Wiadomości bieżące.

— Od kol. ORZECZOWSKIEGO z Wiednia otrzymaliśmy list następujący:

Niebawem ma zacząć wychodzić w Groningen (Holandia) międzynarodowe czasopismo z zakresu biologii narządu nerwowego p. t. „*Folia neuro-biologica*”. Na zaproszenie redaktora objąłem dział sprawozdawczy z dotyczącej polskiej literatury. We Wiedniu, gdzie stale przebywam, rozporządzam jednak tylko w części bieżącą polską literaturą lekarską i przyrodniczą. Mogę przeto sprostać memu zadaniu sprawozdawczemu j e d y n i e przy pomocy autorów polskich prac z pomienionej dziedziny, względnie przy pomocy czasopism i wydawnictw naukowych polskich, prace te pomieszczających. Zbyteczne niemal byłoby wskazywać na znaczenie tego rodzaju sprawozdań; pomieszczane w piśmie międzynarodowym, wydawanem w czterech t. zw. światowych językach, uprzedniają owe zdobycze naszej nauki badaczom całego świata.

Zwracam się przeto z uprzejmą prośbą do autorów prac polskich, omawiających zagadnienia, będące w jakimkolwiek związku z biologią układu nerwowego, i do czasopism i wydawnictw przyrodniczych i lekarskich o łaskawe przesyłanie mi dzieł oryginalnych, artykułów, wykładów, sprawozdań z posiedzeń towarzystw i t. d. za rok 1907, a później w miarę pojawiania się ich pod niżej załączonym adresem. Upraszam o przysyłanie mi prac w oryginale albo ujętych w krótkie, ale wyczerpujące streszczenia, np. wykładów z posiedzeń towarzystw. Proszę

wreszcie o rychłe nadsyłanie prac, wnet po ich ogłoszeniu.

Folia neuro-biologica zamieszczać będzie sprawozdania z następujących działów:

1. Anatomia, histologia i embryologia układu nerwowego.
2. Fiziologia ogólna i doświadczalna, farmakologia doświadczalna i elektrofiziologia układu nerwowego.
3. Chemia ogólna i fizykalna w związku z fiziologią i patologią układu nerwowego. Chemiczne i fizykalno - chemiczne podstawy utrwalania i barwienia układu nerwowego.
4. Psychologia.
5. Patologia ogólna, anatomia i histologia patologiczna i patologia doświadczalna układu nerwowego.
6. Metodyka i technika.

Prace z zakresu szczegółowej neuro- i psychopatologii i terapii będą tylko wtedy uwzględniane w sprawozdaniach do *Folia neuro-biologica*, o ile zawierają będą szczegóły, rozszerzające znajomość nauki neuro-biologicznej.

Upraszam polskie czasopisma lekarskie i przyrodnicze o powtórzenie tej odezwy, a kolegów przyrodników i lekarzy o zwracanie uwagi na jej treść pracującym na polu biologii układu nerwowego.

Kazimierz Orzechowski.

Wien IX Währingerstr. 13. Neurol. Inst. Hofr. Obersteiner.

Od Redakcyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1907 i o uregulowanie zaległych rachunków.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wyśmienite wyniki w angielskiej chorobie, żółtacz, ogół. osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypy i in. chorobach.

Odznacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu bornego i salicylowego i wszelkich innych środków antibakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kali, natri i lecytynę), prócz tego niemniej ważne białkowe związki surowicy w czystej skoncentrowanej postaci bez żadnego rozkładu. Jako środek odtwarzający krew, dyetyczny i wzmacniający, zawierający żelazo, hematogen nie da się zastąpić przy wszystkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych.

Absolutny brak laseczników gruźliczych zagwarantowany wielokrotnie opisanym przez nas sposobem przygotowania przy zastosowaniu możliwie wysokiej temperatury. Takiej gwarancji nie dają nigdy sposoby przygotowania w chłodzie (zapomocą eteru i t. d.)

—Ostrzegamy przed fałszerstwem i prosimy zawsze zapisywać **Hematogen D-ra HOMMELA.** —

Dawki dobowe: Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju); dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych 1—2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy **bezpłatnie** i z **bezpłatną przesyłką** próbne ilości.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

NIKOLAI i K-o. Petersburg. Smolenska ulica 33. Zurych, Hanau nad Menem, Londyn.

Glycosal

Tropaeocalin

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum



Surowica antydifterytyczna — Merck'a
Surowica streptokokowa — Menzer'a
Surowica pneumokokowa — Römer'a
Tifusdiagnosticum — Ficker'a
Jequiritol — Jequiritolserum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozłaniny, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozłaniny 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.

Paranephrin

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

Zelatyna sterylizowana

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

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskazania: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. uboc. morderczy i innych pochodn. tejże

Bromipin 10%

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

Hämogallol

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

Jodipin 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:** żółty, kaszel oskrzelowy emphysem. Nie ma ubocznego działania KI.

Jodipin 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:** trzęsiorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphysema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin 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 obłitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapływa się obficie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiąc. krwot., przy zatrzymanej mles., obite miesiąc. krwotoki

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**
Własność państwowa francuska*Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisywającego używając WOD.***VICHY CÉLESTINS**Słabości kośćca,
porażenia,

dniegiwości wkrzyśach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabości wątroby i organów śluz wydzielających.

VICHY HOPITALSłabości kośćca i
kiszekWytworzy ze soli naturalnej o smaku
z wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Można trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydające wyśnej jakości wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.**Aspirin****Aspiryna**

Najlepszy środek, zastępujący salicylaty.

Rp. Tabletki Aspiryny à 0,5 g. № XX.
(Oryginalne opakowanie Bayera).**Salophen**Najłagodniejszy preparat salicylowy
najlepszy w praktyce u dzieci

bez zapachu i bez smaku, bez wszelkiego działania ubocznego.

SPECYFIK: przeciw Influenzy, nerwowym bólom głowy (Migrena).

Tabletki Salophenu à 0,5 g. № X.
(Oryginalne opakowanie Bayera).**Pastyłki Kefirowe**

DO PRZYGOTOWANIA KEFIRU W DOMU WYRABIA

Apteka E. GESSNERA w Warszawie.

Pudełko zawiera 40 sztuk i kosztuje Rb. 1.

Pracownia analityczno-lekarska**D-ra Stanisława Mutermilcha**Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
ściowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-
Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego,
Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona,
Ryłki, Thiemego, Tyrchowskiego i Wi-
nawera. Przyjmuje osoby, dotknięte cho-
robami kobiecymi, jako też spodziewa-
jące się słab. za opłatą od 1.50 do 5 rs.
dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa.