

krwi, dają się wykryć i pozwalają na ustalenie rozpoznania wtedy, kiedy inne objawy nie dają nam jeszcze stanowczej w tym względzie odpowiedzi. W całym szeregu przypadków wreszcie ściśle rozpoznanie cierpienia nie tylko w okresie początkowym choroby, ale i w późniejszym jej przebiegu byłoby absolutnie niemożliwe, gdybyśmy się nie posługiwali badaniem bakteriologicznem krwi, jak to np. miało miejsce w następującym przypadku o niezwykle pod wieloma względami przebiegu klinicznym.

Adam P., 34-letni ślusarz, zachorował d. 12 listopada 1906 r. Choroba rozpoczęła się nagle od silnej gorączki bez wyraźnego dreszczu; gorączka ta zmusiła chorego od razu do nieopuszczania łóżka. Jednocześnie wystąpiła biegunka w postaci 1—2 zupełnie płynnych stolców na dobę. W ciągu dwutygodniowego pobytu w domu objawy chorobowe nie ulegały prawie żadnej zmianie, a lekarz miał oznajmić choremu, że ma tyfus brzuszny. D. 26 listopada chory zapisał się do szpitala, a badanie dnia następnego wykazało, co następuje.

Chory skarży się jedynie na gorączkę i twierdzi, że poza tem nie mu nie dolega. Nie kaszle, jako też kaszlu nie miał i dawniej, krwią nigdy nie pluł, nie poci się. Apetyt upośledzony, pragnienie wzmożone; wypróżnienia raz na dobę zupełnie płynne. Bólu głowy nie ma, nie miał go też i poprzednio; żadnych zresztą sensacji nienormalnych, a specjalnie w brzuchu przez cały czas trwania choroby nie było. Przed wybuchem obecnej choroby był stale zdrow. Alkoholu nie nadużywał. *Lues negatur*. Żona chorego nigdy nie ronila.

Status praesens. Chory jest zupełnie prawidłowo zbudowany i pomimo długotrwałej gorączki względnie nieźle odżywiany. Sensorium nie jest zajęte: chory odpowiada na pytania zupełnie logicznie i dokładnie, jakkolwiek sprawia wrażenie nieco odurzonego. Na skórze górnej części klatki piersiowej z przodu rozla-

ne zaczerwienienie, istniejące jakoby już od wielu lat. Zaczerwienienie to zajmuje przestrzeń wielkości dwóch dłoni, blednie przy ucisku palcem, stopniowo przechodzi w normalne zabarwienie skóry, która nie jest w tem miejscu zaogniona, ani obrzękła, ani bolesna. Na plecach nieliczne pryszczyki acne. Poza tem żadnych innych wykwitów na skórze niema, w szczególności zaś *roseoli*, na co specjalną zwracałem uwagę, nigdzie dopatrzyć się nie można. Błony śluzowe nie nienormalnego nie przedstawiają. Język bardzo czerwony, zupełnie suchy, bardzo przypomina t. zw. język tyfusowy. Gruczoły nigdzie nie powiększone. Tętno przyspieszone — 112 uderzeń na minutę — małe, miarowe. Gorączka. Badanie płuc nie wykazuje w nich nic nienormalnego. Granice tępości serca normalne, tony ciche, lecz czyste. Brzuch cokolwiek wzdęty, nigdzie nie bolesny. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Żrenice reagują dobrze, odruchy kolanowe normalne.

Mocz zawiera ślad białka, a w osadzie nieliczne leukocyty i płaskie komórki nabłonkowe. *Odczyn diazowy EHRlich'a w moczu nie występuje.* Zalecono choremu płynną dyetę, przeważnie mleczną i *Sol. Acidi muriat dil. e 2,0—180,0. S.* 3 łyżki dziennie.

29. XI. Stan chorego nie uległ żadnej zmianie. Gorączka znaczna o charakterze stałej (*febris continua*). Śledziona nie wyczuwa się; żadnych wogóle zmian w organach wewnętrznych. Stolce płynne raz na dobę; wygląd ich bardzo przypomina t. zw. stolce tyfusowe; badanie drobnowidzowe kału nie wykazuje w nim nic nadzwyczajnego.

30. XI. Objawy absolutnie nie zmienione. Tętno małe, miarowe, 108 minutę. Liczba białych ciałek we krwi wynosi 9500 na 1 mm. sz.

1. XII. Stan bez zmiany. *Odczyn FICKER'a na aglutynację tyfusową*

wą daje wynik ujemny w rozcieńczeniu 1:50 i 1:100.

2. XII. Odczyn FICKER'a na aglutynację paratyfusu A i B w rozcieńczeniu 1:50 i 1:100 daje wynik ujemny. Temperatura spadła do 36,6. Chory nie pocił się. Tętno przyspieszone: 120 uderzeń na minutę, bardzo małe, czasem ledwie wyczuwalne. Dobowa ilość moczu 650 ctm. sz., c. g. 1017; mocz zawiera ślad białka, w osadzie nieliczne wałeczki szkliste i leukocyty. Odczyn diazowy EHRlich'a nie występuje. Badanie oftalmoskopowe żadnych zmian na dnie oka nie wykazuje.

Zalecono wstrzykiwania *Ol. Camphorati*, wewnątrznie: *Coffeini natrosal.* 0,25; *Camphorae tritae* 0,06. DS. 4 proszki dziennie.

3. XII. Tętno cokolwiek lepsze, ale jeszcze b. małe, 100 uderzeń na minutę. Temperatura wczoraj wieczorem podniosła się do 38,1, dziś zrana spadła do 36,8.

4. XII. Stolec w dalszym ciągu raz na dobę, zupełnie płynne, o charakterze tyfusowych. Język suchy, śledziona nie wyczuwa się, brzuch nie bolesny. Tętno 100, małe. Sensorium nie zajęte. W organach wewnętrznych żadnych zmian patologicznych wykryć nie można. Samopoczucie niezłe. Mocz 800 ctm.³ na dobę; mocz zawiera około $\frac{1}{4}$ ‰ białka, w osadzie nieliczne wałeczki, leukocyty i płaskie komórki.

6. XII. Stan bez większych zmian. Chory nie doznaje poza gorączką żadnych zgoła dolegliwości. Wypróżnienia płynne raz na dobę. Temperatura podlega znacznym wahaniom. Tętno 112 uderzeń na minutę, małe. Chory porusza się zupełnie swobodnie. Mocz 840 ctm.³ na dobę, c. g. 1008, odczyn diazowy nie występuje. Białka w moczu 1‰.

Posiew krwi, otrzymanej przy pomocy przekłucia żyły w przegubie łokciowym, dał wynik dodatni. Kol. KARWACKI, któremu za

uskutecznienie tego posiewu niniejszem dziękuję, stwierdził obecność we krwi badanej hemolizującego gronkowca złocistego (*staphylococcus pyogenes aureus*).

Choremu zalecono: *Methylenblau med.* 0,1; *pulv. nucis moschatae* 0,2. DS. 3 proszki dziennie.

7. XII. Stan bez zmiany. Tętno 108, małe. Mocz 1150 ctm.³ na dobę, c. g. 1010, białka $\frac{1}{2}$ ‰. Język suchy, znaczne pragnienie, które chory gasi nastojem kwiatu lipowego, wypijając go po kilkanaście szklanek dziennie. Absolutny brak łaknienia. Po wypiciu mleka wymiotował.

8. XII. Mocz 1750 ctm.³ c. g. 1009. Wypróżnia nie było. Pragnienie znaczne.

9. XII. Dobowa ilość moczu 4700 ctm. sz.; c. g. 1003. Ogólny stan bez zmiany

10. XII. Od 3 dni zaparcie stolca. Gorączkuje w dalszym ciągu wieczorami; pragnienie nieco mniejsze, język wilgotniejszy. Tętno 96 na minutę, cokolwiek pełniejsze, ale jeszcze małe. W organach wewnętrznych żadnych zmian niema.

Wobec braku jakiegokolwiek wpływu błękitu metylenowego dalszego stosowania tego środka zaniechano; chory otrzymywał od tej pory tylko *Sol. acidi mur. dil.* i kofeinę z kamforą w proszkach.

12. XII. Wypróżnienia normalne raz na dobę. Tętno 92, małe, miarowe. Gorączka mniejsza; język wilgotny. Dobowa ilość moczu przeszło 4 litry; c. g. 1003; ślad białka w moczu. Niebieskie zabarwienie moczu po błękitcie prawie znikło. Na łydkach kilkanaście małych wylewów krwi w skórze wielkości ziarnka prosa.

13. XII. Tętno 80, małe; gorączka mniejsza. Chory prawie nie nie jada, nawet mleka nie pije; wypija natomiast ogromne ilości nastoju kwiatu lipowego dla złagodzenia pragnienia. Dobowa ilość moczu 5150 ctm. sz. o c. g.

1002. Mocz zawiera ślad białka, w osadzie nieco płaskich komórek i leukocytów.

15. XII. Dobowa ilość moczu 4300 ctm. sz. o c. g. 1004. Żadnych nowych objawów nie ma. Gorączka mniejsza.

17. XII. Stan ogólny bez zmiany. Gorączka co raz mniejsza; pragnienie mniejsze; zaparcie stolca.

19. XII. Po dwudniowym zaparciu normalne wypróżnienie. Pragnienie znacznie mniejsze. Dobowa ilość moczu 1500 ctm. sz. o c. g. 1010. W moczu ślad białka. Apetyt nieco lepszy.

21. XII. Stan podgorączkowy. Apetyt poprawia się. Tętno 100, pełniejsze.

Zalecono: *Decoc. Cort. Chinae* e 15,0—180,0; *acidi murdil* 2,0 MDS. 3 łyżki dziennie.

22. XII. Stan podgorączkowy. Dobowa ilość moczu 900 ctm. sz. o c. g. 1010; ślad białka w moczu; w osadzie nieco leukocytów i płaskich komórek nabłonkowych.

24. XII. Temperatura normalna. Stan ogólny b. dobry. Waga ciała 60,75 kilo.

28. XII. Chory czuje się zupełnie dobrze. Jada coraz więcej. Temperatura normalna. Żadnych zmian w organach wewnętrznych nie znajdujemy. Wybroczyny krwawe w skórze na łydkach znikają; naskórek na nich zlekka się łuszczy. Tętno lepsze, ale jeszcze przyspieszone—90 i więcej na minutę.

29. XII. Stan dobry. Tętno 84 na minutę, wciąż jeszcze niewielkie.

1. I. 07. Chory jada normalnie, zaczyna wstawać, czuje się zupełnie dobrze; osłabienie coraz mniejsze.

3. I. Dobowa ilość moczu 1200 ctm. sz. o c. g. 1014. Mocz białka nie zawiera.

7. I. Waga 63,0 kilo. Tętno 96. Chory wypisuje się, czując się zupełnie dobrze.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z kilku względów. Przedewszystkiem przedstawiał on dość duże trudności dyagnostyczne.

Przyznaję, że pierwszego dnia po zbadaniu chorego, a przed dokonaniem pomocniczych badań klinicznych, byłem prawie przekonany, że mam do czynienia w danym przypadku z durerem brzuszny. Wprawdzie nagły początek choroby przemawiał do pewnego stopnia przeciwko takiemu przypuszczeniu, natomiast długotrwała gorączka, o ile można było wnioskować z opowiadania chorego, o typie mniej więcej stałym, płynne wypróżnienia, pewne wzdęcie brzucha, suchy, powiedziałbym nawet charakterystycznie tyfusowy język, brak innych objawów chorobowych, a przedewszystkiem ogólny wygląd chorego, który jakem wspominał, był zupełnie przytomny, a jednak jakby nieco odurzony — wszystko to nadzwyczaj przypominało tyfus brzuszny. Nie można się też wcale dziwić, że takie rozpoznanie zrobił lekarz, który widział chorego w domu.

Poza nagłym początkiem choroby były jednak jeszcze inne dane, które mogły wzbudzić powątpiewanie co do słuszności przypuszczanego rozpoznania. Tak np. brakło w danym przypadku najmniejszego zakatarzenia oskzeli, stanowiącego względnie częsty objaw tyfusu brzusznego, brakło bolesności brzucha nawet w okolicy dołu pachwinowego prawego, brakło *gargouillement*, brakło wysypki, bólu głowy i t. p. objawów, towarzyszących zazwyczaj typowym przypadkom duru brzusznego. Tętno także znacznie się różniło od tego, jakie zwykle w tyfusie znajdujemy: zamiast mianowicie tętna pełnego, z mniejszym lub większym dykrotyzmem, z rozluźnioną ścianą naczyń mieliśmy tętno wybitnie małe, częste. Wprawdzie nieobecność wspomnianych objawów sama przez się nie wystarcza do obalenia rozpoznania tyfusu, zniewala jednak do tem baczniejszego poszukiwania dowodów, któreby rozpoznanie takie potwierdzały. I oto zaraz pierwszego dnia wątpliwości dyagnostyczne wzrosły wobec tego, mianowicie, że odczyn diazowy

EBRLICH'a w moczu chorego nie występował. Według badań licznych badaczy, jako też według własnych naszych obserwacji w oddziale dr a DUNINA, reakcję tę znajdujemy w tyfusie stale. Jeszcze bardziej zachwiał przypuszczałą dyagnozę tyfusu fakt, iż liczba białych ciałek krwi wynosiła w naszym przypadku 9500 na 1 mm.³, podczas gdy według danych leukopenia należy do częstych objawów duru brzuszno-go. Własne nasze badania także przemawiają za zmniejszeniem liczby białych ciałek w większości przypadków tego cierpienia: znajdowaliśmy niejednokrotnie wybitną nawet leukopenię, a mianowicie po 3, 2½, 2 tysiące białych ciałek w 1 mm. sz. krwi; w omawianym natomiast przypadku nie tylko nie mieliśmy leukopenii, ale bołał nawet nieznaczną leukocytozę.

Te dwa fakty: brak diazoreakcyi i brak leukopenii bardzo poważnie przemawiają przeciwko rozpoznaniu tyfusu brzuszno-go. Tem większą zatem wagę musieliśmy przypisać specyficznej reakcyi — reakcyi WIDAL'a, którą wykonywamy w oddziale w ostatnich latach przy pomocy odczynnika FICKER'a. Zgodnie z wynikiem dwóch poprzednio wymienionych prób odczyn na aglutynację tyfusową dał wynik ujemny, nawet w rozcieńczeniu 1 : 50, pomimo że chory znajdował się już w trzecim tygodniu choroby. Przypuszczenie, że mamy do czynienia z paratyfusem zostało obalone zaraz nazajutrz przez dokonanie próby na aglutynację pałeczek paratyfusu A i B. Obiedwie te próby dały znowu wynik ujemny. Tak tedy rozpoznanie tyfusu, ewentualnie odmian jego paratyfusu A lub B było prawie wyłączone. Dla ostatecznego przekonania się, czy pomimo wszystko nie jest to przypadek duru brzuszno-go, postanowiliśmy zbadać bakteryologicznie krew chorego. Przy pomocy szprycy otrzymaliśmy z żyły w przegubie łokciowym 10 ctm. sz. krwi; część jej została posiana na bulionie, a część użyta do sprawdzenia aglutynacyi tyfusowej (kol. KAR-

WACKI). Aglutynacja dała i tym razem wynik ujemny. Posiew krwi atoli dał wynik, zupełnie wyłączający rozpoznanie tyfusu i ustalający jednocześnie zupełnie inną dyagnozę: we krwi okazały się jedynie hemolizujące gronkowce złociste (*staphylococcus pyrogenes aureus*). Wynik podobny pozwolił nam wyłączyć jeszcze jedno nasuwające się rozpoznanie, a mianowicie cierpienie, przypominające nieraz tyfus brzuszny, a cierpieniem tem jest ostra gruźlica prosówkowa.

Badanie bakteryologiczne krwi przekonało nas zatem, że mieliśmy do czynienia z zakażeniem drobnoustrojem ropotwórczym — z septicemią. Tem dziwniejszy jednak wobec takiego rozpoznania był przebieg kliniczny omawianego przypadku.

Sprawy septyczne mogą być wywołane przez rozmaite drobnoustroje, a mianowicie, przez łańcuszkowce, gronkowce, pneumokokki, pałeczki okrężnicy, rzadziej przez gonokokki i wrzescie przez kombinacje drobnoustrojów; w tym ostatnim przypadku mówimy o zakażeniu mieszanem. Według częstości pierwsze miejsce zajmują tu łańcuszkowce, inne rodzaje zakażeń są o wiele radsze. Jeżeli dla przykładu przytoczę tu statystykę własnych obserwacji LENTHARTZ'a, to na 218 jego przypadków zachorowań septycznych 163 przypadki na zakażenia łańcuszkowcowe, co stanowi prawie 75% ogólnej liczby; zaledwie 20 przypadków stanowiły zakażenia pneumokokkowe, czyli wszystkiego 9%, jeszcze mniej przypadało na sprawy gronkowcowe, było ich bowiem 18 czyli niecałe 9%, resztę stanowiły zakażenia pałeczką okrężnicy — niecałe 4%, gonokokkami — ½% i zakażenia mieszane — 3%.

(C. d. n.)

SŁÓW PARĘ W SPRAWIE POSTĘPOWANIA CHIRURGICZNEGO W ZAPALENIACH ROPNYCH UCHA ŚRODKOWEGO.

Podał

Andrzej Alfred Hejman.

Kiedym w Petersburskiem Towarzystwie Pedyatrów wygłosił rzecz swoją p. t. „Leczenie ropotoków ucha środkowego z punktu widzenia bakteryologicznego“, wyraziłem poglądy swoje, iż granica między postępowaniem terapeutycznym a operacyjnym w tych przypadkach ropotoków tylko z punktu widzenia bakteryologicznego ustanowiona być winna. W wynikach swoich posunąłem się nawet tak daleko, iż uznałem za stosowne orzec, że „jeśli p r z y n a s i l e n i a c h w ropotokach ucha środkowego znajdujemy gronkowce, sprawa po części obyć się może bez uciekania się do operacji, gdy zaś łańcuszkowce, z operacją nigdy zwlekać nie powinniśmy“. W odpowiedzi natomiast usłyszałem znane komunały, iż „ucho operuje się często, aby zapobiedz mającym powstać powikłaniom, iż operacja jest jedynym panaceum w celu wyleczenia ropotoku ucha środkowego, iż przy powikłaniach z operacją zwlekać nie wolno, gdyż ryzykujemy życie chorego i t. d. i t. d.“ Są to poglądy, dobrze znane nam wszystkim, które w rezultacie odnajdziemy w pierwszym lepszym podręczniku, lecz sami też wiemy, iż w praktyce sprawy się nieco odrębniej przedstawiają, niż w teorii.

Gorączka operacyjna w otyatrii, dzięki udoskonaleniu techniki, przed laty kilku dosięgła wielkiego rozkwitu. Zdawało się wtenczas w istocie, iż trepanacja wyrostka sutkowego, szczególnie zaś t. zw. „operacja doszczętna“, jest jedynym ostatecznym środkiem

ku zwalczeniu ropotoków ucha środkowego, a zarazem środkiem ochronnym przeciw powikłaniom. Nie dziw więc, iż był cały szereg takich otyatrów, co operowali każdy przypadek ropienia, jaki dostawał się w ich ręce, i do dziś jest bardzo wielu jeszcze specjalistów, którzy tej zasadzie hołdują.

Jeśli mowa tutaj o zabiegach operacyjnych, to, rozumie się, mam jedynie na myśli trepanację (wydlutowanie) wyrostka sutkowego i t. zw. „operację doszczętną“. Jak wiadomo, druga z tych operacji jest jakby ciągiem dalszym pierwszej, mianowicie, przy niej staramy się po wydlutowaniu wyrostka sutkowego usunąć z ucha wszystko, co chore, i ognisko ropne ze wszech stron obnażyć w ten sposób, „aby ropa nigdzie zatrzymywać się nie mogła“. W tym celu według pierwowzoru SCHWARTZE'go, ZAUFAL'a i STACKE'go tworzymy jedną jamę z przewodu słuchowego zewnętrznego, jamy bębnowej, sutkowej i zachyłka. Niektórzy jeszcze, stosownie do wskazówek KUESTRA, usuwają i kostki słuchowe, lecz obecnie rękoczyn ten zarzucono (GRUNERT, SIEBENMANN, SCHEIBE).

W sprawach ostrych ograniczamy się po części otwarciem wyrostka sutkowego, w przewlekłych zaś otwieramy wyrostek i jamę sutkową, albo wykonywamy operację doszczętną. Wskazanie do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrych sprawach ropnych, według SCHWARTZE'go, stanowią: bolesność przy obmacywaniu wyrostka sutkowego lub pewnych odcińków jego, trwająca w przeciągu dni 8 pomimo wszelkich środków leczniczych; uparte, obfite ropienie z ucha, lub, jeśli ropienie nie jest zbyt obfite, lecz towarzyszy mu stała, zwalnająca lub przepuszczająca gorączka. „Tembardziej otworzenie wyrostka sutkowego powinno być jaknajśpieszniej wykonane, skoro do powyższych objawów przylączą się objawy podrażnienia opon mózgowych“ (T. HEJMAN).

Jeśli porównamy zapatrywania różnych autorów na tę sprawę operowania, to przekonamy się, że poczęści jedności nie znajdziemy, gdyż jej w istocie być nie może. Nie mówiąc już o tem, że termin 8-dniowy, wskazany przez SCHWARTZE'go, ogólnie uważany jest za zbyt wczesny, bolesność na wyrostku sutkowym, trwająca i dłużej nawet, nie dowodzi jeszcze niczego, gdyż w każdym ostrym zapaleniu ucha środkowego prawie zawsze jest współzajęty i wyrostek sutkowy, a więc i bolesny. Czy zaś w danym przypadku mamy do czynienia li tylko z przekrwieniem komórek sutkowych, czy też z ropieniem w wyrostku, o zdyagnosowanie którego nam najglówniej chodzi, tego określić nie jesteśmy w stanie, gdyż sposoby badań naszych nie są jeszcze na tyle udoskonalone, abyśmy tę różnicę z całą pewnością ustalić mogli. Dlatego zadowolić nas w tym względzie nie mogą i wskazówki, podawane przez innych autorów, jak nap. SCHMIEGELOW'a, który radzi natychmiast operować, o ile konstatujemy zatrzymanie się ropy; RIMINI'ego — jeśli mamy do czynienia z empyematem wyrostka sutkowego, MUELLER'a — który otwiera wyrostek sutkowy w przeciągu dni 14, gdy nie następuje znamienna poprawa; KUESTER'a — który uważa zapalenie okostny na zewnętrznej powierzchni wyrostka sutkowego jako wskazanie do trepanacji i t. d. i t. d. Te wskazówki, powtarzam, są dla nas zupełnie niedostateczne, gdyż wiemy doskonale, że w bardzo wielu przypadkach ropienie w wyrostku sutkowym samoistnie ulega wessaniu.

Przypatrzmy się teraz statystycznym danym, aby się przekonać, jaki wogóle mają przebieg ostre ropne zapalenia ucha środkowego. Jak wiadomo, ropienie z ucha najczęściej towarzyszy chorobom zakaźnym, szczególnie wieku dziecięcego. Otóż, cierpieniu temu podlega około 8% chorych na odrę, od 15% — 28% — chorych na szkarlatynę, przeszło 30% przy in-

fluenzy, około 2% — 4% chorych na tyfus brzuszny, od 0,2% — 1% chorych na ospę, około 8% chorych na gorączkę powrotną (*febr. recurrens*), około 11,5% przy zółtach i około 2% — 4% przy zapaleniu płuc. Pomimo takiej dość znacznej odsetki, wszędzie prawie spotkać się możemy ze zdaniem, iż ostre ropienia ucha środkowego przebiegają prawie zawsze zupełnie prawidłowo, bez wszelkich groźnych powikłań. Wyjątek, być może, stanowią zapalenia ucha w influenzy i nierzadko błonicy, które często wklajają się z zapaleniem ropnem wyrostka sutkowego. Tak, na 208 przypadków ropień z ucha przy influenzy SCHWARTZE zmuszony był wykonać trepanację wyrostka sutkowego 18 razy, JANSEN na 105—25 razy, HESSLER na 47 — 12 razy i t. d. Rozumie się, że i w innych chorobach zakaźnych ropienia z ucha dawać mogą powikłania ze strony wyrostka sutkowego, lecz w tych przypadkach mamy najczęściej do czynienia z ciężką formą choroby zakaźnej lub z organizmem charłaczym, zółzowatym lub t. pod., oprócz tego powikłania te zdarzają się b. często tam, gdzie w chorobach zakaźnych nie zwraca się bacznej uwagi na ucho. To ostatnie jest także powodem, dlaczego wielka liczba ostrych ropień przechodzi w stan przewlekły.

W sprawach przewlekłych „operację doszczetną” według STACKE'go wykonać należy, jeśli konstatujemy ropę w jamie sutkowej (*antr. mastoid.*) albo wejściu do jamy (*aditus ad antr.*), albo w zachyłku, o ile ropienie uważać należy za nieuleczalne, lub jeśli podejrzewamy ziarninowe zapalenie kości, guz perlisty, zgorzel lub ropień w wyrostku sutkowym.

Ma rację zupełną KREBS, zapytując, co znaczy „ropienie nieuleczalne”. Jest to zdanie, według naszych pojęć, ogromnie elastyczne, i pewno niejednemu specjaliście zdarzało się napotykać chorych, skazanych na operację, jako nieuleczalnych, a pomimo to zapewne nie jeden z nas wyleczył zupełnie takiego chorego,

nie uciekając się do operacji. Zresztą czyż my jesteśmy w stanie stanowczo określić, gdzie jest umiejscowione dane ropienie? Z drugiej strony znowu „operacja doszczętna” nie jest takim sobie bezpiecznym, nie nie znaczącym dla życia chorego rękoczynem. SCHWARTZE opisuje, że stracił 3 chorych na zapalenie mózgu po operacji doszczętniej na 96 operowanych; w klinice TRAUTMANN’a notowano nawet 70% śmiertelności z tejże samej przyczyny, ja widziałem 2 przypadki zapalenia mózgu z zejściem śmiertelnem na 63 operowanych. JANSSEN powiada, że po operacji tej nierzadko rozwija się zapalenie opon mózgowych, toż samo twierdzi LUCAS, który uważa, iż operacja doszczętna daje gwarancyi zupełnego wyleczenia i b. łatwo prowadzić może do zejścia śmiertelnego.

Jeśli uprzytomnić sobie jeszcze, iż leczenie pooperacyjne wymaga miesięcy, szczególnej kontroli lekarskiej, a w rezultacie nie daje gwarancyi wyzdrowienia, nietrudno przyjdzie nam zgodzić się ze STETTER’em, iż nie należy wykonywać operacji doszczętniej li tylko dlatego, aby w przyszłości uniknąć powikłań ze strony mózgowia.

Przedstawiając tutaj sprawy te, bynajmniej nie miałem, rozumie się, na myśli, iżby należało wykreślić operacje na wyrostku sutkowym z liczby zabiegów naszych, i owszem, muszę tak, jak pewno i wszyscy, przyznać zba-

wienne znaczenie tym operacyom, szczególnie zwyczajnej trepanacji wyrostka sutkowego. Jeśli pewne kwestye uważałbym za sporne, to jedynie wskazania do tychże operacji. Jako środek profilaktyczny przeciw mogącym pojawić się powikłaniom uważać ich nie należy, gdyż posiadamy cały szereg innych środków i rękoczynów, którymi doskonale podzielać możemy na sprawę ropną i tym sposobem przeciwdziałać interwencji operacyjnej, szczególnie gdy chory znajduje się stale pod opieką lekarza i stosuje się do jego wskazówek. Na ten szczegół ostatni zbyt mało zwraca się uwagi, a bezwarunkowo wypadnie się zgodzić, iż wiele jest winy chorych samych, jeśli sprawa ropna w uchu przyjmuje przebieg nieprawidłowy.

A zatem wskazanie do natychmiastowego otworzenia wyrostka sutkowego powinno pozostać takie, jak określił je TRÖLTSCHE jeszcze w 1867 r., mianowicie: operować należy wtenczas, jeśli w przebiegu ropienia z ucha pojawiają się objawy ropniacy lub objawy ze strony mózgowia, w sprawach zaś przewlekłych — jeśli w istocie wszelkie środki możliwe nie okazały żadnego wpływu ani na zmuieszenie się wydzieliny, ani na jej charakter. Lecz w tych razach konieczne jest bakteryologiczne badanie ropy, które jedynie, pomimo tych danych, ostatecznie kwestyę rozstrzygnąć może, jak to starałem się dowieść w badaniach swoich.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

55. Richardson. Powstrzymany rozwój umysłowy.

Poza przypadkami niedorozwoju umysłowego, kładzionymi na karb dziedziczności, w których więc z tych lub owych względów winowajcami okazują się rodzice, istnieje szereg innych, w których momentu przyczynowego doszukiwać się należy już w życiu indywidualnem, pozapłodowem danego osobnika. I tak, choroby ostre, zwłaszcza w pierwszych trzech latach życia, stają się często przyczyną zmian, wpływających ujemnie na umysłowy i fizyczny rozwój dziecka. Rzeczą wszak ogólnie jest wiadomą, że po ciężkim przebiegu niektórych chorób infekcyjnych, właściwych wiekowi dziecięcemu, jak po odrze, płonicy, koklusz, spostrzega się nieraz stopniowo ujawniające się upośledzenie w rozwoju umysłowym: dziecko może nie okazywać się głupkowatym, sprawia jednak wrażenie osobnika, którego rozwój umysłowy pozostaje niejako w tyle, nie odpowiada wiekowi — krócej mówiąc, pod względem umysłowym sprawia wrażenie młodszego, niż rzeczywiście jest. Dojrzałość tu się opóźnia, a i umysłowość, choć wraz z wzrastaniem ustroju też się wzmaga, nigdy jednak nie osiąga stopnia doskonałości właściwego osobnikowi normalnemu. W innych przypadkach rozwój dziecka jeszcze bardziej upośledzony — aż do wyraźnych objawów głupkowatości i idiotyzmu. Otóż w przypadkach tego rodzaju zdaje się być więcej niż prawdopodobnem, że upośledzenie takie zależy od niedostateczności *resp.* cyrrotycznego stanu gruczołu tarczowego, stanu, będącego następstwem infekcji w przebiegu wspomnianych wyżej ostrych spraw chorobowych. Kiedy więc w okresie dojrzałości płciowej zapotrzebowanie ustroju ze strony gruczołu tarczowego staje się większem, a gruczoł *ex re* wspomnianych zmian zadość mu uczynić nie może — rozwija się stan

właściwy obrzękowi śluzowemu, który, jeśli zaradzić mu się nie udaje, doprowadza do kretynizmu, prawie że nie dającego już nadziei wyleczenia.

W innej kategorii przypadków przyczynę niedorozwoju umysłowego odnajduje się w zaburzeniu przyswajania (*assymilicji*), przemiany materii (*metabolizmu*). Tutaj zazwyczaj w następstwie ostrej sprawy chorobowej — w soku żołądkowym stwierdzić się daje bądź to brak kwasu solnego, bądź to brak fermentów trawiennych. Braki owe, wpływając ujemnie na trawienie kiszkowe — drogą upadku odżywiania ogólnego oddziałują też ujemnie na rozwój cielesny i umysłowy — sprzyjają upośledzeniu umysłowemu (niedorozwojowi). — U osobników takich spostrzega się zazwyczaj uparte rozwolnienie i mizerną *assymilację* tłuszczu.

Niemalą też rolę w powstawaniu niedorozwoju umysłowego grają zaburzenia cyrkulacyjne. W przypadkach więc, w których szwankuje energia mięśniowa serca, ta ostatnia w stojącej czy też siedzącej pozycji osobnika, tak upośledzonego, może się okazać niedostateczną dla propulsji krwi ku mózgowi. U dzieci takich zazwyczaj stwierdzić się daje należyty rozwój tułowia i kończyn — głowa tylko, a prztem i wyraz twarzy każą wnioskować o jakimś braku, niedorozwoju. — Rzeczą tę autor objaśnia tak: przyjąć można, że ogólna masa krwi, zaopatrująca ustrój *resp.* każdy rządek, rozdzielić się daje na trzy ilości, mianowicie — *nutrycyjną*, *funkcyjną* i *rozwojową* — (określone tak ze względu na swoje przeznaczenie). O óż w przypadkach ze słabą energią mięśniową serca, o ile dany osobnik leży, krew rozdziela się po ustroju równomiernie, o ile jednak znajduje się on w pozycji wyprostnej, serce nie jest w stanie pchnąć dostatecznej ilości jej do wierzchołkowej części ustroju, t. j. głowy, tak, że aczkol-

wiek ilość, którą tu dosyła, może się okazać dostateczną dla odżywiania, nie wystarcza jednak do należytego podtrzymania funkcji i rozwoju.

Choroby ostre typu, wyżej wspomnianego, mogą też stawać się przyczyną upośledzenia umysłowego drogą afekcji poszczególnych zmysłów. Ośrodki intelektu w mózgu pozostają w ścisłym związku z ośrodkiem mowy — mowa i myśl również pozostają ze sobą w takimże związku; nauczyć się mówić niepodobna (?) bez pośrednictwa słuchu — w przypadkach więc, w których wskutek infekcji narządu słuchowego słuch zostaje upośledzony, i myślenie się upośledza, i funkcja mowy także staje się niemożliwą.

Choć dziecko z brakiem słuchu może jeszcze w pewnym zakresie okazywać się względnie roztropnym i wyrażać potrzeby swoje na migi, jednakże niedorozwój umysłowy wyraźnie się tu zaznacza i, o ile upośledzenie słuchowe usunąć się nie daje — pozostaje dalej w swoich prawach.

Szwankujący wzrok również skutkiem wysiłków ocznych staje się nieraz czynnikiem, powstrzymującym rozwój umysłowy dziecka, i może nawet stać się źródłem padaczki, sprzyjającej z kolei jeszcze większemu otępieniu umysłowemu.

Bardzo też jest prawdopodobnem, że niedostateczność nadnerczy, jak również i brak sekrecji jądrowej (testykularnej) także ujemnie oddziałują na rozwój ciała i umysłu.

Pasorzyty kiszkiowe, ze względu na to, że wytwarzają substancję, niszczącą enterokinazę czyli ferment, którego zadaniem jest zamieniać nieczynną trypsynogenę wydzieliny trzustkowej w czynną trypsynę, a tem samem oczywiście, upośledzając trawienie kiszkiowe substancji białkowych, nieraz w takimże niepożądanym na rozwój umysłowy oddziałują kierunku.

(Medical Record. 1901—1907 r.).

F. Gr.

56. M. Boinet. Choroba nurków. (*La maladie des scaphandriers*).

Nurkowie oraz ludzie, pracujący w keso-
nach, podlegają swoistego rodzaju przypadło-

ściom, zależnym od zbyt szybkiej resp. nagłej dekompresji powietrznej. Autor w pracy swojej podaje wiele takich przypadków, które ze względu na przebieg dzieli na: I przypadki, szybko lub nagle kończące się śmiercią, oraz na II przypadki mniej lub więcej ciężkie o zejściu odmiennem. Z kategorii pierwszej (I) wynotowujemy następujące:

S p o s t r z e ż e n i e 1. Bóle dotkliwe w mięśniach i członkach, śmierć nagle za trzeciem zanurzeniem.

Sp. 2. Dekompresja zbyt szybka — syncope i śmierć po 8 u godzinach.

Sp. 3. Żywe bóle w członkach po każdorazowym zanurzeniu, silne bóle w kończynie górnej lewej po czwartym zanurzeniu — śmierć po kilku minutach.

Sp. 4. Porażenie obustronne (*Paraplegia*) z zatrzymaniem moczu, śpiączka, śmierć naza-jutrz.

Sp. 5. Syncope, stan śpiączkowy, śmierć po pięciu godzinach.

Sp. 6. Porażenie połowiczne (*hemiplegia*) *aphasia*, śmierć po 12-tu godzinach.

Sp. 7. Paraplegia, zatrzymanie moczu, śmierć na dwunasty dzień.

Do kategorii drugiej (II) — przypadki, nie kończące się śmiercią — należą: a) przypadki porażen i afazji, jak: s p o s t r z. 8. Porażenie połowiczne prawe, afazja — wyleczenie.

Sp. 9. Porażenie kończyny górnej prawej, afazja, potem paraplegia z utratą czucia, która to utrata przeszła następnie w nadczołłość całego ciała — wyzdrowienie.

Sp. 10. Porażenie połowiczne i afazja — trwale.

b) monoplegiae. W notowanych poniżej trzech przypadkach porażenia ograniczone pozostały nieuleczalnymi: sp 11. Bóle po całym ciele, wybroczyny podskórne (*ecchymoses*), porażenie z zanikiem i przykurczeniem kończyny dolnej prawej.

Sp. 12. Porażenie i zanik kończyny dolnej.

Sp. 13. Porażenie drgawkowe (*Paralysie spasmodique*) kończyny dolnej lewej.

c) Porażenie obustronne (*Paraplegiae*).

Sp. 14. Siedm napadów kolejnych wskutek nagłej dekompresji. Porażenie obustronne.

ne postaci drgawkowej (*Paraplegie spasmodique*) nieuleczalne.

Sp. 15. *Paraplegia* z jednoczesnym brakiem czucia.

W przypadkach, wyżej notowanych, o ile dochodziło do oględzin pośmiertnych, niejednokrotnie wykazać się udawało, że przyczyną przypadłości, spostrzeganych za życia, były ogniska wybroczynowe w rdzeniu, a nieraz też i oponowe.

Powstawanie ognisk takich i łącznej z nimi nekrobiozy wewnątrzrdzeniowej jest następstwem zmiany w ciśnieniu powietrza: pod wpływem spotęgowanego ciśnienia, t. j. kompresji, gazy — według prawa DALTON'a — rozpuszczają się we krwi w ilości niezwyklej, następnie zaś z chwilą szybkiej dekompresji owa zwiększona ilość ich, wyswabdzając się nagle, wytwarza w naczyniach typu tętniczego istotne zatory gazowe. — Zatory gazowe, składające się według BERT'a przeważnie z azotu, stojąc na przeszkodzie swobodnej cyrkulacji krwi, bądź to sprzyjają powstawaniu w rdzeniu miejscowej małokrwistości (*ischaemia*), rozmięczeniu i wytworzeniu się zawału (*infarctus haemorrhagicus*), bądź to wprost stają się powodem wybroczyn drogą pęknięcia ścian naczyniowych.

Sposób powstawania sprawy wybroczynowej (*haematomyelie*) u ludzi, pracujących w kesonach, równie jak i u nurków, opiera się na jednej i tejże samej zasadzie — szybkiej dekompresji. — W obu kategoriach przypadków przypadłości powstałe skutkiem zmiany ciśnienia atmosferycznego znajdują swój wyraz w silnych bólach mięśniowych, bólach brzusznych, krwawieniach z nosa, krwiopłuciu, nawałach do płuc, wymiotach, mdłościach, porażeniach, a szczególnie w porażeniach obustronnych (*paraplegiae*), bądź to przemijających, bądź trwałych, w omdleniach, drgawkach, a nawet w naglej śmierci.

Co się tyczy patogenezy, to zdaje się, że teoria zatorów gazowych sprawy powyższe wyjaśnia należycie, zresztą usprawiedliwić się ona daje doświadczalnie: jeśli bowiem rozpatrywać po naglej dekompresji błonę międzypalcową u żaby — pod mikroskopem, to już po kilku minutach spostrzega się, że krwiobiegi w jej naczyniach włosowatych staje się wolniejszym, ciała krwi zdają się okazywać jakby pewne

wahanie w posuwaniu się swoim, wreszcie zjawia się pęcherzyk gazowy, wypełniający naczynko na dość znacznej przestrzeni.

Nadto sposób ten objaśnienia znajduje poparcie w zbawiennym wpływie profilaktycznym dekompresji powolnej, zapobiegającej wywiązywaniu się w naczyniach owych pęcherzyków gazowych, jak również w niektórych świeżych przypadkach w oddziaływaniu leczniczem rekompresji stopniowej, natychmiastowej, z następczą wielce ostrożną, resp. powoli dokonywaną dekompresją. CATSARAS doradza wtedy rekompresję 15-minutową w głębiny 20-tu metrów z powolną następnie dekompresją, mającą na celu z jednej strony rozpuszczenie wytworzonych zatorów gazowych, rozsianych w naczyniach włosowatych i tkankach, z drugiej zaś — powiększenie ilości tlenu we krwi tętniczej — spotęgowanie sprawy utlenienia, a tem samem sprzyjanie regeneracji włókien nerwowych mniej lub więcej zmienionych. (Pomyślny wpływ takiej rekompresji z następczą stopniową dekompresją szczególnie zaznacza się w spostrzeżeniu XIII).

Dla pracujących w kesonach czas trwania dekompresji ogranicza się zwykle do 3 minut, lecz u nurków (*scaphandriers*) ze względu na wymagania i warunki ich zajęcia trwa on zazwyczaj krócej. Bądź jak bądź, nie powinien on nigdy wynosić mniej niż minutę na ciśnienie jednej atmosfery. W warunkach zwykłych jednak nurkowie, pracujący w głębokości 40-u metrów, powracają na powierzchnię co najwyżej w minutę, a nawet w celu przyspieszenia jeszcze powrotu pozwalają powietrzu rozciągnąć skafander — nadto wielu z nich po wydostaniu się z wody każe sobie jeszcze szybko zdejmować kask, narażając się tem samem na wszelkie niebezpieczeństwa, związane z nagłą dekompresją — jak to miało miejsce w przypadkach, wyżej notowanych, zakończonych śmiercią. Pod wpływem naglej dekompresji znaczna ilość gazów wywiązuje się w naczyniach włosowatych płuc i ośrodków nerwowych. W ten sposób objaśnia się nagłość śmierci, przypominająca w pewnych przypadkach śmierć, spowodowaną przedostaniem się powietrza do żył.

Pojawieniu się przypadłości właściwych „chorobie nurków“ sprzyja starszy wiek, alkoholizm, obfite przyjęcie pokarmów przed zanur-

rzeniem, wyczerpanie pracą, wielka głębia — a powstają one zawsze pod wpływem szybkiej dekompresji. Pojawienie się żywych bólów, szerzących się po mięśniach, powinno służyć za wskazówkę do natychmiastowego przerwania pracy (zanurzeń), pojawienie się zaś porażeń przemijających zagraża wystąpieniem innych przypadłości ciężkich, resp. ostrzega o niebezpieczeństwie zanurzeń, przenoszących 25 metrów. Jeśli wspomniane przypadłości zapowiednie albo raczej ostrzegawcze stwierdzić się dają przy zanurzeniach nieznacznych, to nurek powinien bezwzględnie rzemiosło swoje zarzucić.

Kończy wreszcie B. pracę swoją wzmianką o rozmaitego rodzaju używanych przez nurków skafandrach i porównaniem ich wartości praktycznej. Otóż skafandry dawnego typu — DELANGE'a i ERYNOUX'a, CALIROL'a, DENAYROURE'a — mają jedną wspólną wadę — brak im dostatecznie sztywnej powłoki kauczukowej, skutkiem czego nurek wystawiony bywa na niepożądane następstwa wysokiego ciśnienia ze strony otaczającego żywiołu, — bolesne urazy, i z tego to względu nurkowi, o ile tenże opuszcza się w większą głębię, należy w celu zneutralizowania tego wpływu do-

syłać powietrze pod bardzo znacznem ciśnieniem. Lepszym okazuje się przyrząd ROQUEROL-DENAGROUZE'a, który pozwala bezpiecznie przebywać w głębinie 40—45 metr. Wreszcie nowy rodzaj skafandra BOUCHANAN-GORDON'a zasługuje na polecenie, gdy nurkowi wypadnie spuszczać się w głębiny większe, niż 50-metrowe. Składa się on z pancerza miedzianego, sięgającego do pasa, zaopatrzonego w rękawy i nogawice, zrobione ze spiralnych sprężyn z metalu Delto, pokryte materyą mocną i nieprzenikliwą. W przyrządzie takim, zaopatrzonym w przystosowanie, pozwalające niejako dowolnie regulować ciśnienie powietrza, nurek zabezpieczony jest od zbyt silnego ciśnienia, może oddychać powietrzem gęstości prawie normalnej i tem samem unika niebezpieczeństw, związanych z kompresją w głębi i dekompresją na powierzchni wody. Posługiwanie się ostatnio wymienionym przyrządem ma jeszcze tę zaletę, że pozwala przebywać w znacznej głębokości przez czas względnie długi (nurek Walka przebywał 50 minut w głębinie 56 metr.).

(Archives Generales de Medecine Nr. 37—1906).

F. Gr.

ODCINEK.

WYDZIAŁ LEKARSKI
Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego
(1817 — 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr 43).

Na posiedzeniu 11 marca 1831 dziekan doniósł, że uczniowie nauk lekarskich pięcioletni

„którzy ledwie przez trzy miesiące nauki na ten rok przeznaczone pobierali, a więc kursu nauk nie skończyli (dziekan nie wspomina, że od 6 grudnia Uniwersytet był zamknięty), przeciwnie § 163 urządzenia Uniwersytetu, z zalecenia Komisji oświecenia z dnia 9 lutego r. b. przypuszczeni zostali do składania całokursowego egzaminu, a mianowicie: Zieliński Jan, Krajewski Kazimierz, Zerkowski Wojciech, Niemirowski Michał, Zagrodzki Antoni, Moldenhawer Alfred, Oświecimski Jan, Łuszczkiewicz Stanisław, zdali takowy podług tu złożonych wykazów, nie składając egzaminu z Terapii, ponieważ im wydał profesor terapii Kaczkowski świadectwa przeciwne art. 144 urządzenia Uniwersytetu, że egzamin z terapii przyjmuje;

wydział nie uznał takowego świadectwa, lecz Komisya oświecenia reskryptem z d. 24 lutego r. b. poleciła wydziałowi, aby uczniowie wymienieni uwolnieni zostali od egzaminu z terapii; wydział postanowił na posiedzeniu odbytem dnia 24 lutego ukończyć najprzód egzamin ile można, decyzyi zaś w udzieleniu stopni zażądać od Rady Uniwersytetu.

Co do kursu operacyjnego, ten odbyli pp. Niemirowski, Oświecimski, Zieliński, Moldenhawer i Zagrodzki — otrzymali postępowanie na magistra medycyny i chirurgii; pp. Krajewski i Zelkowski na magistra medycyny. Chorych terapeutycznych leczonych w klinice przez tych uczniów historii spisanych, mimo dwukrotne wezwanie adjuunkta kliniki terapeutycznej, od 4 marca, dziekan nie mógł otrzymać; chorych leczonych w klinice chirurgicznej także nie otrzymał historii, od profesora kliniki chirurgicznej, chociaż był o to proszony. Wydział postanowił, aby zdać Radzie Uniwersyteckiej raport, iż wymienieni uczniowie złożyli w większej części całokursowy egzamin, gdy zaś dopełnią jeszcze innych warunków potrzebnych do ukończenia tego egzaminu, t. j. gdy złożą egzamin z terapii, gdy złożą historie leczonych chorych w klinice terapeutycznej i klinice chirurgicznej natenczas do pozyskania stopnia akademickich prawa nabędą.

Że ta decyzja wydziału lekarskiego była ostateczną i stanowczą, dowiadujemy się o tem z ostatniego posiedzenia Wydziału lekarskiego Królewskiego Uniwersytetu, jakie się odbyło, już po zajęciu Warszawy i po faktycznem zamknięciu Uniwersytetu przez cesarza Mikołaja 12 listopada 1831 roku. Na tem posiedzeniu dziekan Roliński wniósł, że kandydat medycyny Jan Zieliński, który w początku roku 1831 po największej części złożył całokursowy egzamin na stopień uniwersytecki, prosi o pozwolenie onego dokończenia. Zapytany rektor Uniwersytetu czyli egzamina te przedsięwzięte być mogą przed otwarciem wydziału lekarskiego, przychylną udzielił odpowiedź.

Wydział postanowił: „Może być przypu-

szezonym w dniu 20 listopada o godzinie 3 z południa; do egzaminu z Terapii uproszony został profesor Patologii (Szczucki), na ten jeden raz. Na tem ostatniem posiedzeniu byli obecni: Roliński, Celiński, Szczucki, Fijałkowski, Mile, Janikowski, Woyde.

Na zakończenie wypadu dodać, że przedostatnie posiedzenie wydziału lekarskiego odbyło się 15 czerwca, było ono z kolei w r. 1831 dziesiąte.

Stosunki profesorów z publicznością były ciągle, ze względu na zajęcie lekarskie. O takich więc stosunkach mówić nie będziemy. Właściwie tylko dwóch profesorów Roliński i Fijałkowski zasługiwaliby, ze względu na charakter tych stosunków, na uwzględnienie; lecz Rolińskiego sprawa była ściśle prywatna, charakteru kryminalnego; dlatego zaś o niej nawiasowo wspominam, ponieważ oskarżyciel, jako jeden z motywów podał, że Roliński jako dziekan wydziału większą pokazywał w rozchodzie ilość trumien, niż było zmarłych w klinikach i trupów w prosektoryum. Sprawa ciągnęła się długo, Roliński wygrał sprawę; nie poszukiwał krzywdy na oszczerecy, ponieważ wybuchła rewolucya, która podobnego rodzaju sprawy umorzyła.

Innego rodzaju była sprawa Fijałkowskiego. W chwili, gdy profesor wybierał się na lekcję do Instytutu położniczego, wezwany został do rodzącej — odmówił. Zaskarżony i osądzony został na karę według praw obowiązujących.

Sprawa była ważna, każdy bowiem z profesorów lekarzy mógł się znajdować w podobnem położeniu, w każdej chwili. Komisya oświecenia zwróciła się do Rady Administracyjnej, do ministra sprawiedliwości; zaleciła Radzie, aby ta zwróciła się do prokuratora przy sądzie kryminalnym województwa mazowieckiego i kaliskiego. Ożywiona korespondencya trwała ze dwa miesiące; skończyło się na tem: że profesor wydziału lekarskiego ma sobie dozwolone tam tylko spieszyć z pomocą dla chorych prywatnych, „gdzieby przez to nie cierpiała bynajmniej służba publiczna rządowa, do której wykonywania jak najściślej, bo pod utratą etatowej pensyi i osobistą odpowiedzialnością zobowiązany; i Rada uniwersytecka zobowiązana jest do pilnowania służby publicznej.

i wzbronienia wszelkiej praktyki, która byłaby połączoną z jakowąbądź przeszkodą w pełnieniu najpierwszej powinności profesora zakreślonej”.

Powyższe odczytano dla wiadomości i zastosowania się, na posiedzeniu wydziału lekarskiego 16 listopada 1827, z reskryptu Komisji rządowej z dnia 1 września 1827 Nr. 14406—1921.

5. R a d a o g ó ł n a l e k a r s k a powstała za Księstwa Warszawskiego; była ona ostatnią instancją w kwestyach lekarskich, pod względem naukowym i administracyjnym. Stanowiła wydział w komisji spraw wewnętrznych i policyi; miała swego prezesa i kilku członków. Kiedy utworzyła się w Warszawie Akademia lekarska, a niektórzy jej profesorowie byli równocześnie członkami Rady ogólnej — wówczas kolizyi nie było między obu instytucjami, i sprawy załatwiano z obustronnem zadowoleniem.

Gdy w r. 1817 kilku profesorów wystąpiło z Akademii, a wszyscy byli członkami Rady ogólnej — wówczas Komisya oświecenia, obawiając się, aby Rada ogólna nie zechciała korzystać ze swych atrybucyi, na szkodę wydziału lekarskiego, co z łatwością mogłoby nastąpić — wyjednała u Namiestnika Królewskiego postanowienie (14. X. 1817): że członkami Rady Ogólnej wraz z prezesem mogą być tylko profesorowie wydziału lekarskiego.

Na zasadzie powyższego postanowienia Rada ustąpiła, a na miejsce ustępujących weszli członkowie wydziału lekarskiego. Zmieniły się osoby, lecz nie duch instytucyi. Między atrybucyami Rady były egzamina pro licentia i zdania lekarskie ostateczne w sprawach kryminalnych. Wydziałowi szło o to, aby te atrybucye, na mocy cytowanego postanowienia Księcia Namiestnika, przeszły do wydziału lekarskiego. Motywowano swój wniosek w sposób następujący:

W krajach, w których profesorowie Uniwersytetu płatni są od uczniów, za wykładane im nauki — w których znaczne opłaty od egzaminów pro gradu, również stanowią część dochodów profesorskich; — w których rząd sam mniej się opiekuje kształceniem młodzieży na użytecznych dla kraju obywateli — ustanowio-

ne zostały osobne kontrole, w których młodzieńiec ubiegający się o pozwolenie praktycznego wykonywania w Uniwersytecie nabytych umiejętności, — powtórny raz udowodnić winien swą zdatność.

W innych zaś, w których wychowanie szkolne młodzieży jest rzeczą rządu; w których profesor tylko od rządu płatny, — temuż z postępu swych uczniów corocznie zdaje sprawę — kontrola ta jest zbyteczną. Potrzebną zaś jest dla osób z zagranicznych Uniwersytetów przybywających — lecz ta ostatnia znajduje się za zwyczaj przy Uniwersytetach krajowych, jako najwyższych instytutach w rzeczy naukowej, które uczniom swoim z stopniami zarazem udzielają prawo praktycznego wykonywania nabytych sztuk i umiejętności.

Zaufaniem takim udarował monarcha uniwersytety w państwie rosyjskiem; prawa takiego używają uniwersytety i akademie austriackie, francuskie i t. p. Z prawa podobnego korzystają cztery wydziały Uniwersytetu Warszawskiego; tylko wydział lekarski warszawski i uniwersytety Niemiec północnych, ulegają prawu innemu.

Dopóki w Warszawie nie było Uniwersytetu, słuszną było rzeczą iż dla lekarzy z zagranicy do kraju przybywających i w nim osiąść zamyślających — w Radzie lekarskiej krajowej, ustanowiono kontrolę celem zapewnienia rządu o zdatości potrzebnej do wykonywania sztuki lekarskiej osób, którym zdrowie obywateli swoich powierzyć zamyślał. Obecnie kontrola ta mniej jest potrzebną dla lekarzy w Uniwersytecie warszawskim kształcących się, albowiem osoby do tej kontroli wchodzące, są profesorami Uniwersytetu; i kiedy rząd postanowieniem Księcia Namiestnika Królewskiego z dnia 19 czerwca 1819 nawet dyplomowanym na uniwersytetach zagranicznych, poleca usprawiedliwienie stopnia nabytego przed uniwersytetem krajowym, kontrola ta z dwóch względów nie jest potrzebną: przedewszystkiem okazuje ona nieufność rządu do Uniwersytetu; powtóre, utrudnia młodzieży krajowej nabywanie nauk lekarskich i tak nader kosztowne i mozolne, przez powtórna opłatę za egzamina kwalifikacyjne; a którym to egzaminom żaden duchowny, prawnik, filozof, ani zwolennik nauk i sztuk pięknych nie ulega. Kilka już lat istnieje

je Uniwersytet, komisya rządowa przekonać się mogła o ścisłości egzaminów w wydziale lekarskim, stosownie do istniejących przepisów odbywanych, tak praktycznych jak i teoretycznych. Gdy dotąd Rada lekarska składała się z osób wydziału lekarskiego, przeto odbywanie w niej powtórnego egzaminu, po otrzymanem świadectwie magistra, nie powodowało żadnych kolizyj, ani uwłaczało powadze wydziału i uniwersytetu, a co nastąpić może przy nowem urządzeniu Rady lekarskiej. Na zasadzie powyższego Rada Uniwersytetu zwróciła się z przełożeniem do Komisji rządowej (11. IV. 1822 Nr. 1909), o wyjednanie u K ięcia Namiestnika Królewskiego dekretu uwalniającego uczniów wydziału lekarskiego, jak również egzaminowanych w Uniwersytecie warszawskim lekarzy zagranicznych, od egzaminu powtórnego pro licentia; to jest o wyjednanie prawa nadawania z stopniem naukowym razem i pozwolenia do wykonywania nabytych umiejętności w Królestwie Polskiem, a zatem prawa z jakiego korzystają inne wydziały warszawskie i inne Uniwersytety w Rosyi. Zamiast wszelkiej innej opłaty do kas rządowych, mógłby być zaprowadzony stempel do dyplomatów, jak to jest zaprowadzone w niektórych krajach ościennych.

Komisya oświecenia wystąpiła z przełożeniem do Namiestnika Królewskiego 3 maja 1822 Nr. 3477, w którym przekłada albo zreformowanie Rady lekarskiej, albo przyjęcie wniosku wydziału lekarskiego. „Gdy jednak wykonywanie sztuki lekarskiej jest nader ważnem w swych skutkach, przeto wypadaloby zachować w swej mocy art. 22 wspomnianego postanowienia, w ten sposób: wydane zaświadczenia zdatności wszystkich osób powołania lekarskiego, posyłać się mają do Komisji rządowej spraw wewnętrznych i policyi, która stosowne wydaje pozwolenie do praktyki“.

I druga jeszcze kwestya ważna podniesioną została przez wydział lekarski, mianowicie odnośnie potwierdzenia w Radzie lekarskiej stopnia doktora uniwersytetów zagranicznych. Wobec bowiem urządzeń policyi lekarskiej z dnia 21 czerwca 1817, a mianowicie art. 8, Rada lekarska takich doktorów medycyny i chirurgii, przybywających z obcych Uniwersyte-

tów, uwalniała od egzaminów, którzy dostateczne złożyli dowody swojej nauki. Tymczasem doświadczenie przekonało, że artykuł ten podlega znacznemu ograniczeniu, jeżeli, naturalnie Uniwersytet warszawski ma nadal zachować powagę praw swoich. Każdy bowiem uczeń warszawski, chociażby najzdatniejszy, jak również i najniedoleźniejszy — zechce po skończonych naukach, udać się do jakiegobądź zagranicznego Uniwersytetu, w celu uzyskania bez trudności i natychmiast stopnia doktora, którego Uniwersytet warszawski tylko magistrowi po odbytej dwuletniej praktyce przyznaje. Dla zapobieżenia podobnym nieprzyjemnościom, należy wyjednać postanowienie, aby żaden doktor zagraniczny nie został nznany, dopóki nie podda się egzaminowi w wydziale lekarskim, lub przed Radą ogólną lekarską nie udowodni, że prawnie ten dyplom posiada.

Nadto, aby świeżo promowani za granicą doktorowie, prócz egzaminu do tego tytułu przyznanego, mieli zatrzymane sobie dyplomata, w przeciągu dwóch lat, które praktyce poświęcić są obowiązani.

Takim formalnościom podlegają w Uniwersytecie Wiedeńskim doktorowie zagraniczni, tam ograniczenia są jeszcze większe, albowiem zagraniczni doktorowie przed nabyciem prawa do praktyki, są zmuszeni przez dwa lata zwiedzać kliniki i następnie podlegają egzaminowi. Uniwersytet zaś berliński wydał rozporządzenie, iż na przyszłość nikogo z zagranicznych doktorów promować nie będzie, któryby na innym Uniwersytecie pozyskał dyplom doktorski.

I jeszcze jedna kwestya żywo poruszała umysły odnośnie stosunku Rady lekarskiej do Wydziału lekarskiego. Mianowicie, gdy członkowie wydziału lekarskiego otrzymywali polecenie zasiadania w Radzie lekarskiej, wówczas, bez żadnego wynagrodzenia dotakowego zobowiązani byli do spełniania wszystkich tych czynności, jakie były przepisane dla Rady; a czynności te były dwojakie: naukowe i administracyjne; przedmiotem były egzamina pro licentia i ekspertyza w sprawach kryminalnych; do drugich zaś, rewizya aptek, zarazy bydła, świade-

ctwa dla osób niezdolnych do służby publicznej i policja lekarska.

Co do egzaminów pro licentia osób leczeniem i lekarstwami trudniących się wszelkiego stopnia, te odbywać i nadal obowiązywał się wydział lekarski, bez osobnego wynagrodzenia, prócz tego jakie mu zapewniają §§ 169, 170 Urządzenia tymczasowego Uniwersytetu, kładąc ten warunek, aby celem oszczędzenia wszelkiej dalszej korespondencji, dyplomata kandydatom egzaminowanym udzielane, w przyjętej przez Uniwersytet formie, były uważane od Rządu, jako ostateczne świadectwo zdolności do praktyki.

Co do ostatecznych wniosków w kwestyach kryminalnych, które we wszystkich krajach, gdzie osobnych rad lekarskich nie ma, bywają poruszane za osobnem wynagrodzeniem wydziałom lekarskim uniwersyteckim; — za tę moralną a nader ważną dla kraju pracę żądał Wydział lekarski 3000 złp., w gotowych pieniądzech, bez obowiązku zdawania z nich rachunków Rządowi.

Czynności zaś administracyjnych i policyjno lekarskich, o których powyżej była mowa, jako nie będących w ścisłym związku z rzeczami naukowemi, Wydział nie zobowiązywał się do przyjęcia ich na siebie. Czynności te, zdaniem Wydziału, może spełniać inna osoba, jako referent Rady, obeznana z rzeczą lekarską, a należąca do Komisji spraw wewnętrznych i policji.

Powyższe zdanie Wydziału lekarskiego przedstawiła Rada Uniwersytetu Komisji oświecenia 27 lutego 1823 r. Nr. 2589, nadmieniając, że życzeniem jest Wydziału, ażeby we wszystkich czynnościach, których uskutecznienie pod wymienionymi wyżej warunkami, na siebie Wydział przyjmuje, miał prawo używać pieczęci i tytułu, nie Rady Ogólnej lekarskiej, lecz Wydziału lekarskiego.

Te stosunki Wydziału lekarskiego z Radą lekarską nie były nigdy jasno zakreślone i nie raz dawały powód do rozległej nawet korespondencji, której ostatecznym rezultatem był *status quo ante*.

Podaliśmy powyżej dezyderata Wydziału, które nie były przyjęte; gdy więc Komisya

spraw wewnętrznych odwołała się do Komisji oświecenia, aby w czasie feryi profesorowie Szczucki, Roliński i Woyde bywali na posiedzeniach Rady lekarskiej przez czas niebytności zastępcy prezesa — wymówili się: Szczucki wyjazdem do wód. Roliński pilnemi pracami w gabinecie anatomicznym, który zamierzał otworzyć dla publiczności, Woyde zaś wymawiał się nieznajomością rzeczy, albowiem nie zasiadając nigdy w Radzie lekarskiej, nie ufa sobie, aby przyzwoicie jako prasydujący mógł kierować jej czynnościami (31. VII. 1823). Było to nieuniknionem, gdy wymagania Komisji spraw wewnętrznych były z jednej strony naturalne, aby wydział jej podległy prawidłowo funkcyonował rok okrągły; z drugiej żądanie niesprawiedliwe, bo Komisya nie nie płaciła profesorom za ich zajęcia, a fundusze budżetem przeznaczzone na utrzymanie Rady lekarskiej, na inne cele przeznaczała.

Komisya Spraw wewnętrznych wziawszy na uwagę iż niemal wszystkie osoby trudniące się sztuką lekarską, które z państw ościennych do Królestwa przybywają, Warszawę na swoje zamieszkanie obierają; a z drugiej strony, że niedostatek lekarzy coraz mocniej czuć się daje po województwach, wniosła do Rady Administracyjnej projekt, mocą którego osoby lekarskie wszelkiego stopnia, z któregokolwiek kraju przybywające, po wykazaniu ich zdolności zastrzeżonych postanowieniem Namiestnika Królewskiego z dnia 21 czerwca 1817: „o administracji policji lekarskiej“; i, z dnia 19 czerwca 1819 (od których jednak wyłączałyby się lekarze w państwie rosyjskiem stopniami akademickimi zaszczytzeni), tylko w tych województwach i miejscach praktykować by mogli, w którychby Komisya spraw wewnętrznych uznała tego potrzebę i udzieliła im stosowne pozwolenie.

Rada Administracyjna skłaniając się do uwag w materji tej przełożonych przez ministra oświecenia, wstrzymała stanowczą decyzję i zażądała stosownej w tej mierze ze strony Komisji rządowej oświecenia opinii; skutkiem czego, wezwany został rektor Uniwersytetu (14. XI. 1827. Nr. 19724), ażeby po zasięgnięciu właściwego w tej mierze zdania Wydziału lekarskie-

go, przedstawił Komisji rządowej swe uwagi i spostrzeżenia.

Zapytany o zdanie dziekan Wydziału lekarskiego, oświadczył że projekt powyższy uznaje w zasadzie dobrym, ale nie wykonalnym: albowiem, lekarze przybywający z zagranicy, chcąc uniknąć zastosowania się do podobnych przepisów, udadzą się do któregośkolwiek z uniwersytetów cesarstwa, tam pozyskają stopień naukowy, z którym przybywszy do Królestwa, nie będą już podlegać projektowanym przepisom.

„Wszakże już teraz doświadczenie nauczyło iż dla uniknienia dotąd istniejących przepisów, postanowieniami Księcia Namiestnika Królewskiego objętych, lekarze zagraniczni już używają tego sposobu.“

Gdy urząd municypalny miasta Warszawy 26 listopada 1828 r. przesłał raport Komisji spraw wewnętrznych i 24 butelki wody mineralnej naturalnej, wziętej w handlu Gordonowej, wraz z pismem doktora Wersznery wykazują

cem w szczegółach szkodliwość tej wody; — Komisya spraw wewnętrznych przesłała i wodę i owe pismo do Rady Uniwersytetu z zaleceniem, aby profesor właściwego Wydziału dokonał spiesznego rozbioru tej wody i żeby Rada udzieliła Komisji szczegółowej, z każdego gatunku wody, wynik analizy. W odpowiedzi na reskrypt Rada 4 grudnia 1828 r. Nr. 4761 oświadczyła: że między gatunkami wód do rozbioru poleconych, nie ma właśnie tej, którą dr. Wersznery ze szkodliwą dla zdrowia uważa, t. j. Pillnaer Bitter Wasser. Powtóre, że ścisłe śledzenie wód tylu gatunków jakie nadesłane zostały, wymaga wiele mozolnej pracy i czasu długiego; przeto profesor chemii Uniwersytetu mający czas i przedmiot swych zatrudnień jedynie na korzyść uczniów rozłożone, bez uszczerbku złąbie publicznej, temu ubocznemu zatrudnieniu poświęcić się nie może; że zatem Rada Ogólna lekarska jako władza czuwająca nad bezpieczeństwem zdrowia, tą czynnością właściwie zająć się powinna.

C. d. n.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów i księgarnie o uregulowanie zaległych rachunków za rok 1907 i o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1908.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Energiczny środek odtwarzający krew.

Daje wysmienite wyniki w angielskiej chorobie, żołądkach, ogół. osłabieniu, bezkrwistości, przy osłabieniu serca i nerwów i u rekonwalescentów po zapaleniu płuc, grypie i in. chorobach.

Odnacza się przyjemnym smakiem. Doskonale przyjmują go dzieci.

Bez dodatku kwasu borowego i salicylowego i wszelkich innych środków antybakteryjnych; zawiera prócz zupełnie czystej hemoglobiny wszystkie sole świeżej krwi, a szczególnie nadzwyczaj ważne sole kwasu fosforowego (kalis, 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 gruczołowych 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 fałszywem 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

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatam



Surowica antydiftery-
tyczna — Merck'a
Surowica streptokoko-
wa — Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa — Römer'a
Tifusdiagnosticon —
Ficker'a
Jequiritol — Jequiritolse-
rum.

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 dentyficznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

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

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

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskazani: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. uboc. morderczy i innych pochod. także

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, bladeńka, 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: żoły, kaszel oskrzelowy emphyzema. 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.

**Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.**

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 przeciw padaczce, 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 obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapinuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz. krwot. miesiączk., krwot., przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki



Opatentowany.

PURGEN

Nowy idealny środek
przeczyszczający.

dla dorosłych

dla dzieci

dla obłożnie chorych

Smaczny. Łagodny.
Niezawodny.

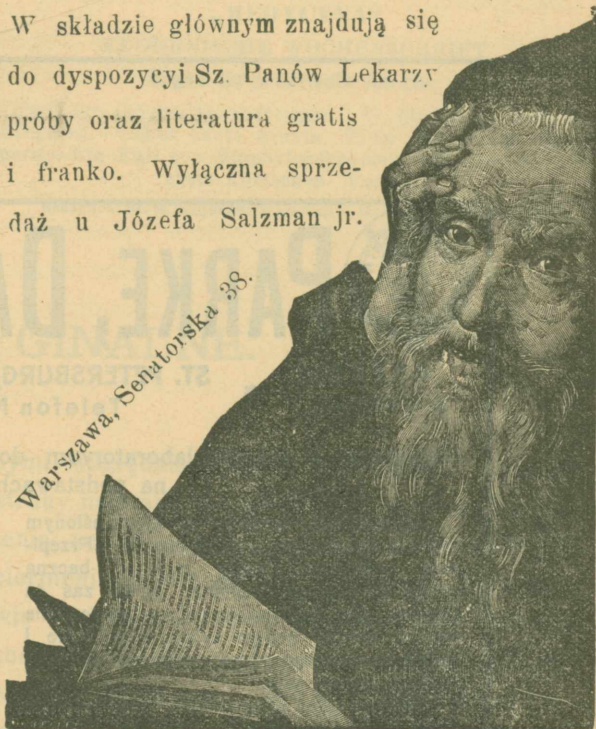
W „Annales del Circulo Medico“, Buenos-Aires, Lipiec 1904, ogłasza znany profesor D-r Roberto Wernicke wyniki swych badań w „Hospital de Clinicas“ względem naszego preparatu „Purgen“ stosowanego u 50 chorych. Autor uznaje nasz preparat stanowczo za najlepszy ze wszystkich znanych dotychczas środków przeczyszczających.

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 zgola podrażnienia jelit, wielce zadowolony. Mojem zdaniem, środek ten ma przed sobą przyszłość najdoskonalszego laxansu.

D-r Antonio Maggiorani

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
ELBERFELD.

Isopral

Isopral

doskonały środek nasenny

Zarazem zastępujący bezpiecznie Chloralhydrat.

Chroni serce i system naczyniowy, działa skutecznie,
wolny od ubocznego działania.

Wskazanie: Nerwowa Agrypnia wszelkiego rodzaju.
Eklampsja u dzieci.

Dawka: 0,5 — 1 g. przy lżejszych agrypniach
1,5 — 2 g. przy stanach podrażnienia
w roztworze do 3% w wodzie) albo w najwygodniejszej i w najprzyjem-
niejszej formie t. j. Dragées.

Rp. Isopral-Dragées à 0,5 u. à 0,25 g. Nr. X rsp. XX
(Oryginalne opakowanie Bayer'a).



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,

B. Koniuszenna
19/8.

Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich
na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym
składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepl-
sując lekarstwa należy zwracać baczną
uwagę na siłę ich działania, jeżeli zaś ta
ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie
takiego środka będzie tylko empiryczne i
będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie
ściśle rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający
ściśle określenie wartości leczniczej danego
lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób
ten polega na poprzednim zbadaniu chem-
icznym i fizyologicznym. Po licznych samo-
dzielnych badaniach udało nam się oznaczyć
działanie wielu środków za pomocą chemicz-
nych i fizyologicznych sposobów. Próby
surowych lekarstw bada się przedewszyst-

kciem na zwierzętach; w razie otrzymania do-
datnich wyników dopiero z nich wyrabia się
preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego
preparatu bada się następnie fizyologicznie i
chemicznie i sprowadza się je do określonego
działania. W ten sposób możemy ręczyć za
pełne i zawsze stałe, określone działanie
wszystkich naszych preparatów bądź w
postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku
lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p.
Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu
sposobowi przygotowywania, udało nam się
osiągnąć tego, że nasze preparaty: **Adre-
nalina, Acetozon, Brometon, Chlo-
reton, Kaskara-Sagrada, Taka-
Diastaza** i t. d., zyskały sobie zupełnie
zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.