

GAZETA LEKARSKA

TRESC. Ś. p. TEODOR DUNIN. — B. METZ. Badanie metodyczne cewki. Str. 324. (C. d.).
Dział sprawozdawczy. 66. L. SAUVÉ. Pancreatetomia cephalica. Str. 327. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

Ś. p. Teodor Dunin

[ur. 1-go kwietnia 1854—zm. 16 go marca 1909].

Jeżeli w społeczeństwach szczęśliwych, bogatych i dobrze urządzonych ubytek wybitnych jednostek wywołuje żal głęboki i długą nieraz żalobę, to dla społeczeństw ubogich, walczących o najelementarniejsze prawa istnienia, śmierć ludzi, którzy się wznieśli nad poziom pospolitej szarzyzny, którzy zajaśnili nauką, tęgością charakteru i obywatelskimi cnotami, jest nieraz katastrofą. Bo w duszy każdego z nas rodzi się trwożliwe pytanie, czy i kiedy znajdzie się człowiek, który ich zastąpi, czy warunki, które, niestety, nie są lepsze, a pod wielu względami nawet gorsze, od tych, w jakich te jednostki pracowały, pozwolą na wyrobienie się ludzi im równych.

Przedwczesna śmierć ś. p. TEODORA DUNINA, który odszedł od nas w sile męskiego wieku, w chwili największego rozkwitu swojej działalności, porzucając rozpoczęte prace naukowe i społeczne, przejęło nas żalem najgłębszym i trwogą. Był to mąż wielkiej miary, wielkiego polotu, człowiek niepospolity w najlepszym znaczeniu tego wyrazu.

Zanim godniejsze pióro oceni wszechstronnie Jego działalność, jak na to zasługuje, pozwalamy sobie nad świeżą jeszcze mogiłą rzucić garść faktów i wspomnień na łamach tego pisma, którego był jednym z założycieli, a przez długie lata gorliwym pracownikiem, chlubą i ozdobą.

Ś. p. TEODOR DUNIN urodził się dnia 1-go kwietnia 1854 r. w majątku rodzinnym Wygnanowie w ziemi Kieleckiej z ojca Bolesława i matki Maryi z Wolskich. Szkoły przeszedł w Pińczowie ze złotym medalem; wydział lekarski w Uniwersytecie Warszawskim ukończył w r. 1876. Ludziom z tego okresu czasu wiadomo, na jak niskim poziomie stała wówczas najwyższa uczelnia w kraju tak co do środków naukowych, jak i sił wykładowych. Zaledwie tu i ówdzie z katedr uniwersyteckich rozbrzmiewały echa współczesnej nauki europejskiej, a ubożuchne i ciasne pracownie zaledwie wystarczały dla najpilniejszych potrzeb dydaktycznych. Trzeba było mieć dużo silnej woli, rzetelnego zamiłowania i pragnienia wiedzy, ażeby w tych warunkach kształcić się w kierunku naukowym. A tymczasem na Zachodzie otwierały się nauce medycyny nowe olbrzymie widnokręgi, które do gruntu wstrząsnęły gmachem wiedzy lekarskiej, prowadząc do głębokich przewrotów w poglądach na powstawanie i leczenie chorób. DUNIN był jednym z tych, którzy te nowe prądy zrozumieli, postarali je sobie przyswoić i dzielić się z nimi z ogółem, nie oglądając się na trudność warunków i ograniczonosć środków.

Z żelazną wolą i uporem samouka wziął się DUNIN do pracy, sam wybierając przewodników, którzy Mu się wydawali najodpowiedniejsi. Zaraz po skończeniu uniwersytetu został asystentem klinicznym prof. LEWITSKIEGO, dla którego sumienności i krytycyzmu zawsze zachował dobre wspomnienia. Jednocześnie był stałym gościem w pracowni ś. p. prof. BRODOWSKIEGO, któremu wiele pod względem naukowym zawdzięczał, gdzie wykonał kilka poważnych prac i zdobył technikę mikroskopową. Z małemi przerwami DUNIN pracował tu lat 7. Obok obowiązków asystenta klinicznego, które pełnił przez lat 4, DUNIN przez 2 lata był lekarzem miejscowym w szpitalu D. Jezus i na tem skromnem stanowisku pozostawił ślady swojej działalności w postaci pracy: O statystyce szpitalnej, wykonanej razem ze ś. p. CHEŁMIŃSKIM. W r. 1881 obronił rozprawę doktorską na temat: Poszukiwania patologiczne nad zapaleniem nerek, a na rok przedtem [1880] zdobył drogą konkursu publicznego stanowisko ordynatora szpitala D. Jezus, na którem pozostał do końca życia, przerywając je tylko z rozporządzenia administracyi kraju na lat trzy [1883—1886]. W okresie przymusowego bezrobocia szpitalnego tem usilniej pracował u prof. BRODOWSKIEGO i odbył dłuższą wycieczkę naukową za granicę, uczęszczając najpilniej na klinikę CHARCOT'a.

Pierwsze dziesięciolecie po skończeniu wydziału lekarskiego upłynęło DUNINOWI na niezmiernie owocnej pracy w klinice i w pracowni, na przyswajaniu sobie wszelkich zdobyczy, w które ówczesna nauka lekarska tak obfitowała. Choć czytał dużo, a miał pamięć fenomenalną, nie poprzestawał nigdy na wiedzy książkowej choćby z najlepszych źródeł, tylko przerabiał i spostrzegał samodzielnie, co tylko się przerobić i spostrzegać dało, stąd krytycyzm i pomysłowość DUNINA, które go cechowały przez całe życie. Pracując przez lat 4 nad mło-

dzieżą uniwersytecką w klinice i obcując z nią w pracowni BRODOWSKIEGO, zaprawiał się do działalności pedagogicznej. Nie mógł jej wprowadzić nigdy w całej pełni rozwinięć, gdyż nie sądzono Mu było zająć katedry uniwersyteckiej, ale pokazał—i to jest Jego wielką zasługą—że i bez katedry, na skromnym stanowisku ordynatora szpitalnego, w naszych—a więc w najgorszych, jakie sobie można wyobrazić—warunkach, można oddziaływać dobroczynnie na całe pokolenia młodych lekarzy, można ze skromnego materiału szpitalnego wydobyć całą kopalnię prac naukowych, jakichby się nie powstydziała niejedna klinika uniwersytecka.

W tym pierwszym okresie—prawdziwym *Sturm- und Drangperiode*—ogłosił DUNIN 32 prace oryginalne, mnóstwo sprawozdań, przetłumaczył 600 stronic Anatomii HOFFMANN'a, koło 1000 Patologii Szczegółowej JACCOUD'a, oraz popularne dzieło LUYs'a „Duch i mózg.“ Do tego okresu należą najlepsze ściśle naukowe prace DUNINA, jak wspomniana wyżej rozprawa doktorska, wykonana w pracowni BRODOWSKIEGO, stojąca na wysokości współczesnej nauki i ceniona przez krytykę, dalej praca wysokiej wartości naukowej: „O zmianach anatomicznych w płucach przy ich ucisku“, a nadewszystko praca, która zjednała DUNINOWI imię w nauce europejskiej: „O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzuszego.“ Zakażenie mieszane to fakt, wykryty i nazwany przez DUNINA,—fakt, który wywołał cały szereg badań i prac naukowych, co nie tak często jest udziałem naszych produkcji umysłowych. Zastosowanie lewara do wypuszczania płynów z opłucnej i wogóle leczenie operacyjne wysięków opłucnowych spopularyzowane zostało u nas przez prace DUNINA, przez rozprawy prowadzone przez Niego w Tow. Lek. Nawet opisy kazuistyczne, pisane przez młodego podówczas DUNINA, odznaczały się niezwykłą ścisłością i jasnością, a opis epidemii tyfusu powrotnego w Warszawie czyta się, jak piękny wykład z podręcznika wytrawnego klinicysty.

Na ten okres przypada także założenie przez grono, równie jak DUNIN myślących Jego kolegów, pisma [Gazeta Lekarska], które stało się organem „młodej medycyny“, a przewodniczył tej młodzieży najmłodszy duchem, nigdy niezapomniany ś. p. prof. HOYER. DUNIN był żywym srebrem tego grona, gorliwym współpracownikiem, niewyczerpanym sprawozdawcą najlepszych prac, ostrym krytykiem, inicjatorem wydawnictw. On to [w późniejszym okresie] redagował przez lat kilka Odczyty Kliniczne, wkładając w nie wiele pracy własnej. Zachęcał do pisania prac oryginalnych, wybierał prace do tłumaczeń, sprowadzał książki, łożył nawet na wydawnictwo z własnej kieszeni.

Takim był DUNIN, kiedy po kilkoletniej przerwie objął na nowo oddział w szpitalu w r. 1886. Wybitna Jego indywidualność zarysowała się już wtedy wyraźnie na tle naszego życia lekarskiego. Miał poza sobą szereg prac poważnych, niepospolitą erudycję, gruntowną znajomość współczesnej wiedzy lekarskiej tak teoretycznej, jak praktycznej, przedziwną bystrość, która zawsze w porę potrafiła zastosować rzetelne zdobycze wiedzy, krytycyzm w stosunku

do siebie i innych. To wszystko było okraszone gorącym temperamentem i żywością, charakteryzującą ludzi czynu.

Przed dwudziestu kilku laty słabo tliło życie naukowe, jeżeli wogóle gdzie istniało, na oddziałach szpitalnych, zwłaszcza też na oddziałach medycyny wewnętrznej. Żądni wiedzy i mogący się dalej kształcić lekarze stawali się o miejsca w klinikach i w pracowniach, a nie mogąc się do nich dostać z jakichkolwiek bądź względów, poprzestawali na czytaniu i samokształceniu się bez żadnego kierunku. Z czasem, gdy liczba lekarzy wzrosła, a na kliniki trudno było się dostać, a zwłaszcza, gdy się okazało, że na klinikach niewiele można się nauczyć, zaczęto szukać przewodników w wybitniejszych lekarzach szpitalnych. DUNIN, MATLAKOWSKI, SOKOŁOWSKI, a w późniejszych czasach KRAJEWSKI stali się nauczycielami „z wyboru“ naszej młodzi lekarskiej. Naokoło DUNINA z początku powoli, po jednym — lękano się Jego szorstkości — potem coraz szybciej zaczęła się skupiać garstka młodych adeptów medycyny. DUNIN nie rozporządzał wtedy żadną pracownią, ale bardzo prędko zjawił się na oddziale mikroskop, odczynniki, zgłębnik żołądkowy, przyrządy do badania krwi, maszyna elektryczna. Za nimi przyszedł sfigmograf, mikrotom, wagi, tak że wkrótce stół „za parawanem“ na sali chorych okazał się za małym, a szafka za szczupłą do pomieszczenia tego „zarodka“ pracowni. Badania anatomo-patologiczne były prowadzone w pracowni BRODOWSKIEGO lub we własnym mieszkaniu DUNINA. *Tantae molis erat...* stworzenie pracowni! Dopiero w czwartym roku ordynatury [1890] udało się DUNINOWI wyprosić u władz szpitalnych na pracownię mały nieopalany pokój obok oddziału, a jeszcze później obszerniejsze pomieszczenie na drugim piętrze po zwiniętym oddziale dla chorych zakaźnych. Tu już można było założyć „prawdziwą“ pracownię, zaopatrzoną [„naturalnie“ z własnych funduszy] mniej więcej we wszystko, co do badań kliniczno-naukowych jest potrzebne — jak o tem wspomina DUNIN z zadowoleniem w przedmowie do wydania prac i spostrzeżeń, dokonanych w jego oddziale od r. 1886—1896. Prac, wykonanych w takich mizernych z początku warunkach zebrało się jednak 32, z tych 9 napisanych przez samego DUNINA, jedna wspólnie z prof. BRODOWSKIM, dwie z asystentami, a 20 przez samych asystentów. Surowy zwykle krytyk E. BIERNACKI ocenił w swoim czasie bardzo pochlebnie to nieznanne dotychczas u nas wydawnictwo [Kryt. Lek. 1907].

Była jakaś siła przyciągająca w tym profesorze z Bożej łaski, który w najobojętniejszych nawet i najleniwszych umiał wzbudzić zapal do nauki, do pracy, który otwierał szersze widnokreśli, budził szlachetniejsze aspiracje, wybiegające daleko poza szare ramki codziennej walki o byt. To szczere umiłowanie prawdy, ta niepohamowana dążność do stworzenia choćby małych ognisk prawdziwej nauki u siebie, na naszym gruncie, tak pięknie wyrażona w Memoryale, złożonym Towarzystwu Naukowemu niedługo przed śmiercią, były tą siłą, tym niewidzialnym magnesem, który do Niego przyciągał. DUNIN nie był „zdobywcą serc ludzkich“ w płytkim rozumieniu tego słowa, był raczej szorstkim, zamkniętym w sobie, z pozoru zimnym. Nikogo nie „protegował“, nie obiecywał i nie dawał „praktyki“ swym asystentom, ale

w najwyższym stopniu dbał o to, aby ich nauczyć wszystkich arkanów wiedzy lekarskiej, aby w nich obudzić zamiłowanie do ścisłej obserwacji, do pedantycznego badania, do logicznego myślenia. Wpajał w nich przekonanie—co stwierdzał własnym przykładem—że tylko tą drogą powinno się zdobywać stanowisko w nauce i w życiu.

Z niesłychaną cierpliwością, dziwną przy Jego żywym temperamencie, prostował błędy, powtarzał najelementarniejsze rzeczy, ażeby naprowadzić na właściwą drogę swoich słuchaczy. Doskonałą a prawdziwą charakterystykę tych nauczycielskich zalet DUNINA znajdujemy w życiorysie Tegoż, skreślonym w Księżce Jubileuszowej przez WŁ. JANOWSKIEGO.

Nie poprzestawano w oddziale DUNINA na kazuistycę, choć i ona, o ile jest sumiennie i szeroko opracowana, nie pozostaje dla nauki bez znaczenia. Takiej poważnej kazuistyki nie brak w pracach z oddziału DUNINA, zwłaszcza z czasów, gdy pracownia istniała tylko w zaczątkach, że wspomnę tu najważniejsze, jak: „*Gastritis phlegmonosa diffusa*“, „Przypadek niedostateczności nerek przemijającej“, „Nieorganiczna niedostateczność aorty“, „Otrucie ołowiane z rzadkimi objawami“, „Rzadki przypadek histeryi u młodego chłopca“, „Surowicze ostre zapalenie opon mózgowych“, „*Tics convulsifs*“, „*Monoplegia spinalis*“ i kilka innych. Ale kazuistyka małą stosunkowo częśćkę zajmowała w pracach oddziału. Zajmowano się tam gorliwie przyswajaniem sobie i sprawdzaniem nowych metod klinicznych w miarę tego [zwykle dość prędko], jak się zjawiały na horyzoncie nauki; opracowywano wszelkie bieżące kwestye naukowe lub naukowo-praktyczne, dotyczące się chorób serca, nerek, żołądka, dotyczące się krwi, moczu, żółci i kału. Praca w oddziale DUNINA była zawsze żywym odbiciem ogólnego ruchu naukowego, przerastając o wiele zakres zwykłego oddziału szpitalnego, a zbliżając się raczej do kliniki uniwersyteckiej i to w niepoślednim gatunku. Żeby nie być gołosłownym, przytoczę tytuły prac najważniejszych, znanych zresztą ogółowi lekarskiemu: „O drobnoustrojach zimnicy“, „O flagellatach“, „O etyologii dysenteryi“, „O metodach określania wolnego kwasu solnego w zawartości żołądka“, „O klinicznym znaczeniu badania tętna“. Badania krwi należały do ulubionych tematów DUNINA. Sam się niemi zajmował i pisał o stanach anemicznych. Tu należą wykonane u Niego prace: „Morfologia i geneza białych ciałek krwi“, wyżej wspomniana praca o zimnicy, oraz „badania doświadczalne nad alkaliznością krwi i zatruciem kwaśnem“, „O wpływie pocenia się na skład krwi“, „O zawartości chlorków we krwi zdrowych i chorych“, „O ciśnieniu osmotycznym krwi i moczu u ludzi chorych i zdrowych“, „O zawartości acetonu we krwi i narządach“. Pracowano również dużo nad nerkami i moczem: „Badania nad sprawnością nerek zapomocą błękitu metylowego“, „O rozczłonkowaniu azotu u ludzi zdrowych i chorych“, „O nowej teorii powstawania moczu w świetle faktów i krytyki“. Nie wahano się tam podejmować prac nad przemianą materyi i wywiązywano się z nich znakomicie, jak to widzimy z prac takich, jak „Zachowanie się chlorków“, „O zachowaniu żelaza w ustroju“, „O przemianie ciał purynowych w ustroju ludzkim, oraz wpływ na

nią alkoholu“. Ogółem wyszło z oddziału i pracowni DUNINA prac 85 [nie licząc Jego własnych].

Zaiste, takiej spuścizny mógłby pozazdrościć DUNINOWI niejeden profesor kliniki europejskiej!

Mógłby ktoś powiedzieć, że jest w tem zasługa nie DUNINA, lecz tych kilku ludzi, którzy tak umiejętnie i tak wytrwale przy Nim pracowali. Na to odpowiem, że zasługą Jego pozostanie niewzruszoną, iż umiał takich ludzi wybrać, umiał im stworzyć warsztat i atmosferę naukową, umiał ich natchnąć zamiłowaniem do pracy, do swego oddziału, a to dzięki właśnie tym przymiotom, o których powiedzieliśmy wyżej. Nic więc dziwnego, iż uczniowie DUNINA otaczali go fanatycznym uwielbieniem, czego wyrazem była książka, ofiarowana Mu w dzień Jego jubileuszu lekarskiego. Uczcili Go w sposób dla Niego najmiłszy—przez pracę, przez wydrukowanie 24-ch artykułów oryginalnych, napisanych przez tych, którzy w danej chwili lub dawniej w Jego oddziale pracowali. Taki zaszczyt spotykał dotychczas tylko zasłużonych profesorów. Przykład DUNINA i wyżej wymienionych pierwszych nauczycieli-ordynatorów był zaraźliwy. Obecnie trudno sobie wyobrazić oddział szpitalny bez asystentów, bez jakiego choćby surogatu pracowni, bez ogłaszania jakich takich spostrzeżeń klinicznych.

Wyżej była już mowa o twórczości naukowej DUNINA. Można powiedzieć, że na pierwsze dziesięciolecie przypadła największa jej wydajność tak ilościowa, jak jakościowa. Rozwijająca się z początku bardzo powoli i opornie, potem dość nagle i w niesłychanie szybkim tempie praktyka prywatna, bardzo gorliwe pomimo to zajmowanie się oddziałem i pracownią, wpłynęły ujemnie na produkcję własną DUNINA. Od r. 1886—1896 DUNIN ogłosił jednak 19 prac, z których jedna stała się może najgłośniejszą przez oryginalność poglądów i niezwykle zajmującą, u nas prawie nieznaną, formę wykładu, przypominającą najlepsze wykłady TROUSSEAU'a. Był to odczyt kliniczny o habitualnem zaparciu stolca—praca bardzo ceniona w literaturze europejskiej. Do tego okresu należy bardzo sumiennie napisana praca [łącznie z prof. BRODOWSKIM] „O chorobie WEIL'a“, oraz studjum anatomo-patologiczne „O przyczynach t. zw. rozklejania się komórek mięśnia sercowego“, a także „Uwagi nad powstawaniem nerki wędrującej“. Na jednym ze Zjazdów DUNIN referował dawniejsze swe studia nad zakażeniem mieszanem. Z prac czysto klinicznych, mających doniosłe znaczenie praktyczne, należy wymienić po raz pierwszy przez DUNINA stosowany, a następnie ogólnie przyjęty sposób leczenia blednicy [leżenie obok stosowania żelaza], oraz zwrócenie uwagi internistów na leczenie bliznowatych zwężeń odźwiernika drogą operacyjną. Rozprawa DUNINA „O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii“, wywołała żywą wymianę myśli między Nim a KRAJEWSKIM i przyczyniła się niemało do ustalenia poglądów w tej dziedzinie. DUNIN, jak wiadomo, był u nas gorącym rzecznikiem interwencji chirurgicznej w chorobach wewnętrznych. Od r. 1897 do końca życia DUNIN ogłosił 22 prace, z których najważniejsze dotyczą neuraszty. Opierając się na bogatym własnym materiale obserwacyjnym, DUNIN zwrócił szczególną uwagę na psychiczną patogenezę i leczenie psychiczne tej

choroby, schodząc się [zupełnie nieświadomie] z takimiż poglądami znakomitego profesora berneńskiego DUBOIS. Pisał także o badaniu ciśnienia krwi i etyologii miażdżycy tętnic, ale główną uwagę Jego w tym okresie pochłonęła walka z gruźlicą, której się oddał całą duszą. Pisał o niej dużo i pięknie, przemawiał publicznie, zwiedzał najlepsze zakłady, a to wszystko dlatego, aby swoim zwyczajem słowo w czyn zamienić—zbudować sanatorium dla niezamożnych suchotników u nas w kraju. Ta myśl pochłonęła Go całkowicie, w niej szukał zapomnienia po stracie żony, przez nią zapomniawszy i zaniedbawszy nurtującą Go chorobę. To było ostatnie Jego dzieło, do którego wciągnął cały ogół, całe nasze społeczeństwo. Jest to dzieło Jego rozumu, Jego uczucia i temperamentu. Z jaką dumą szlachetną powiedział dnia 29-go listopada r. z. na poświęceniu Rudki: „przekonaliśmy się, że i u nas własnymi siłami można stworzyć rzecz dobrą, w niczem nie ustępującą zagranicy, tylko trzeba umieć chcieć“.

Z powodu Rudki nie mogę się powstrzymać od przytoczenia drobnego na pozór faktu, charakteryzującego DUNINA. Przed wielu laty leżał na Jego oddziale młody rzeźbiarz, pełen talentu, który stworzył już kilka dzieł niepopospolitej wartości. Młody był, biedny i dotknięty wysokiego stopnia gruźlicą. Ratowaliśmy go, jak mogli w ohydnych warunkach ówczesnego szpitala Dzieciątka Jezus, między innymi odżywiłszy go forsownie przez zgłębnik żołądkowy. Biedak poprawił się o tyle, że można było myśleć o wysłaniu go do Meranu, ale ku naszemu zmartwieniu zmarł wkrótce po wyjściu ze szpitala. DUNIN bardzo bolał nad jego śmiercią a zwłaszcza nad tem, że ludzie tej wartości giną wskutek braku odpowiednich sanatoriów tu na miejscu. W dniu otwarcia Rudki mimochodem przypominał mi tego rzeźbiarza i powiedział—„teraz możebyśmy go wyratowali“.

DUNIN niezmiernie dbał o swych chorych szpitalnych, sprawiał im za własne pieniądze wygodniejsze łóżka, lepsze jedzenie, droższe lekarstwa. Wiadomo powszechnie, jak bajecznie był bezinteresownym.

W ostatnim okresie swego życia DUNIN piastował kilka wysokich urzędów honorowych: był pierwszym przewodniczącym sekcji szpitalnej Towarzystwa Hygienicznego, prezesem Towarzystwa Lekarskiego przez lat trzy, był pierwszym prezesem Stowarzyszenia Lekarzy, wreszcie członkiem Towarzystwa Naukowego. Wszędzie wnosił wysokie przymioty swego ducha—wiedzę, energię, gorący temperament i dobrą wolę.

Cała Jego dusza wyraziła się w memoryale, który niedługo przed śmiercią wystosował do Towarzystwa Naukowego ¹⁾.

W memoryale tym DUNIN wyraża obawę, żeby Tow. Naukowe nie rozwinęło się wyłącznie w kierunku rozpraw, gdyż, krocząc tą drogą, nie przyczyni się zbyt wiele do rozwoju nauk u nas. „Towarzystwa Naukowe, powia-

¹⁾ Memoryał ten miałem w rękę dzięki uprzejmości sekretarza Tow. Nauk, kol. Wz. JANOWSKIEGO.

da DUNIN, nie tworzą nauki, nie posuwają jej naprzód. Są one tylko zwierciadłem, w którym się przegląda nauka danego kraju lub miasta i mają o tyle racyę bytu, o ile nauka kwitnie. Gdzie nauka upada, tam i Towarzystwa Naukowe umierać muszą; dzielą one pod tym względem los pism naukowych, których są niejako uzupełnieniem“.

Bardzo pesymistyczne, ale, niestety słuszne, jest zapatrywanie się DUNINA na stan nauk u nas w dobie obecnej. „Kto tylko uważniej przypatrzy się życiu umysłowemu w prowincjach polskich, pod zaborem rosyjskim będących, tego musi uderzyć zupełny niemal zanik wszelkiej samodzielnej pracy“. „Nawet w tych dziedzinach, w których robi się może więcej, niż w innych, jak na przykład w dziedzinie medycyny, dotyka się przeważnie praktycznej strony przedmiotu. To, co stanowi podstawę każdej nauki, wiedza teoretyczna, zupełnie niemal nie znajduje u nas pracowników. Życie naukowe, w ścisłym tego słowa znaczeniu, nie rozwijało się u nas nigdy zbyt bujnie, a to głównie dlatego, że rwało się co chwila, podcinane wypadkami politycznymi“. „Bywały chwile lepsze, mieliśmy ludzi oddanych wyłącznie pracy naukowej, jak to widzimy zarówno w epoce pierwszego Uniwersytetu w Warszawie, jak i za czasów Szkoły Głównej. Od lat 40-u blisko praca naukowa zaczyna powoli wygasać, aż wreszcie dziś doszła do zupełnego niemal zaniku. Przyczyny tego są zupełnie jasne. Od lat 40-u odcięci jesteśmy zupełnie od wszelkiego ogniska wiedzy wyższej. Dziś niema u nas prawie ani jednego człowieka, którego zadaniem i obowiązkiem byłoby zajmowanie się samodzielną pracą naukową. Zajmują się nią ludzie, którzy szukać muszą sposobu do życia w innych zajęciach: są więc urzędnikami, nauczycielami prywatnymi, lekarzami praktycznymi i tylko z wielkim mozolem i zaparciem się siebie muszą używać kawałka drogiego swego czasu dlatego, aby się zająć pracą naukową. Następstwa tego zaniku wiedzy są już dziś widoczne i stawać się będą coraz widoczniejsze. Pozbawieni własnej nauki, ograniczeni jesteśmy do roli przezuwaczy cudzych myśli. Stąd grozi nam zupełne wyjałowienie umysłowe, zbanalizowanie. Myśl nasza, ulegająca obcym i co chwila innym wpływom, nie może się wcale przejawiać w swym oryginalnym narodowym charakterze. Patrzymy cudzemi oczami; myślimy cudzemi mózgami. Myśl, nie podniecona naukową pracą, powoli przestaje działać, zanika. Pozbywamy się wszelkiej śmiałości myślenia, wprost boimy się wypowiadać nasze własne myśli i wolimy powtarzać to, cośmy słyszeli lub czytali. Nie tylko w nauce, ale nawet w przemyśle, rolnictwie i t. p. nie możemy zająć żadnego samodzielnego stanowiska, dziś bowiem i one opierać się muszą na badaniach naukowych, których wcale u nas niema. Nie pomogą na to ani pisma, ani Towarzystwa, ani Zjazdy naukowe, bo one są tylko odbłaskiem tego, co się dzieje w społeczeństwie. Nie pomogą też stypendya dla wyjeżdżających za granicę. Nam potrzeba stworzyć źródła wiedzy u nas, w domu. Trzeba nam, aby ludzie pracowali nad czystą nauką tutaj u nas, aby około nich gromadziła się młodzież, która by się uczyła myśleć samodzielnie i co wię-

cej myśleć po polsku. Jednym słowem potrzeba nam stworzyć wyższą instytucję naukową. Nie chodzi tu bynajmniej o stworzenie prywatnego uniwersytetu, któryby nauczał i wydawał dyplomy. Wydawanie tych ostatnich, upoważniających do uprawiania zawodów praktycznych, nie ma właściwie nic wspólnego z nauką. Znamy wszak uniwersytety, które wydały dużo dyplomów, a dla nauki nic nie zrobiły. Nam nie potrzeba instytucji, któraby wydawała dyplomy, nawet nauczanie stałoby tu na drugim planie; głównem zadaniem tej instytucji winno być uprawianie samodzielnej nauki. Takie instytucje nie są bynajmniej nowością, istnieją one we wszystkich krajach, a najpierwszym niedoścignionym ich wzorem jest *Collège de France* w Paryżu, które ściągają do siebie najpierwszych uczonych francuskich i przeznaczone jest głównie do uprawiania nauki“.

„Taki instytut musi stworzyć nasze społeczeństwo, jeżeli nie chce, abyśmy spadli ze stanowiska, jakie zajmować chcemy i nie zeszli do rządu narodów mniejszej wartości“. „Na początek należałoby stworzyć 4 katedry: biologii [np. fizjologii], matematyki [np. fizyki lub chemii fizycznej], filozofii [np. psychologii doświadczalnej] i prawa teoretycznego“. „Licząc koszt utrzymania takiej katedry na 6000 rub. rocznie [wynagrodzenie profesora, asystenta, lokal, pomoce naukowe], wypadaloby rozporządzać rocznie sumą 25000 rubli, co przedstawia kapitał pół miliona rubli. Jest to suma niewątpliwie duża i niejednemu może się wydać niemożliwą do osiągnięcia. Ale tak nie jest. Zawsze będą się znajdowali ludzie, którzy część, a nawet i cały majątek zechcą ofiarować na cele ogólne.

Widzimy, że na pomnik Mickiewicza zebrano z górą 200 tysięcy rubli, na sanatorium w Rudce tyleż, na Filharmonię pół miliona, a kasa MIANOWSKIEGO zebrała też zapewne niewiele mniej. Trzeba tylko społeczeństwu wykazać potrzebę takiego instytutu i gorąco go poprzeć, a powoli znajdą się środki, które ciągle wznatać będą“. Taki jest duchowy testament DUNINA.

Tak woła do nas z za grobu głos jeremiaszowy człowieka, który kochał kraj swój, kochał naukę i bolał nad jej chwilowym, miejmy nadzieję, upadkiem u nas, ale był to żal męża czynu, który na wszelkie zło szuka rady. Sam się w nauce doskonalił, dobrym był siewcą światła, nie miał frazesu na ustach, tylko umiał chcieć. Nie sterła Jego ducha walka życiowa, nie wyjąłowiło powodzenie, skoro tak mógł, prawie nad grobem stojąc, przemawiać.

Jak w sercu każdego Polaka, musiały grać w Jego duszy słowa wieszczą:

„Niechaj żywi nie tracą nadziei
I niosą przed narodem oświaty kaganiec“.

Że wierzył w przyszłość naszego społeczeństwa i w jego zwycięstwo przez wiedzę, przez czyn — cześć Jego pamięci!

SPIS PRAC ORYGINALNYCH ś. p. TEODORA DUNINA.

1. Przypadek otrucia aniliną. Med. 1877, Nr. 52, str. 824.
2. Ropne zapalenie opłucnej. Przedziurawienie przepony, Ropień postrzałowy (*Emphyema pulsans*). Gaz. Lek. 1878, Nr. 23, str. 332.
3. Suchoty płucne—porażenie nerwu krtaniowego dolnego wskutek ucisku powiększonym gruczołem chłonnym. Gaz. Lek. 1878, Nr. 8, str. 57.
4. Zwężenie żołądka i poprzecznicy [wskutek ich przyrośnięcia do wątroby]. Med. 1878, Nr. 37 i 38, str. 577 i 593.
5. Niedokrwistość postępująca złośliwa. Gaz. Lek. 1878, XXIV, 19, 38.
6. Ruch i ćwiczenie ciała. Zdrowie 1879, Nr. 1, 2, 13, 14, str. 1, 19, 156 i 172.
7. Trzy przypadki cierpienia mózgu [nowotwór istoty białej, zapalenie wieloogniskowe istoty białej mózgu, wylew krwawy w tylnej części wzgórka wzrokowego]. Med. 1880, Nr. 3 i 4.
8. Epidemia tyfusu powrotnego w Warszawie. Med. 1880, VIII, 417, 433, 449, 465, 481, oraz Pam. Tow. Lek. Warsz. 1880 LXXVI, 729, Prot. pos.
9. CHEŁMIŃSKI R. i T. DUNIN. O statystyce szpitalnej. Kronika Lek. 1880, Nr. 13, 14, 15, 16, str. 183, 195, 210 i 220.
10. Przyczynek do nauki o t. zw. dużej białej nerce, powikłanej przerostem serca. Kron. Lek. 1880, Nr. 21, str. 273.
11. O zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z opłucnej. Med. 1880, Nr. 41.
12. Jeszcze kilka uwag w kwestyi zastosowania lewara do wypuszczenia płynów z worka opłucnej. Med. 1880, Nr. 41.
13. Nagła śmierć w suchotach płucnych wskutek wstąpienia powietrza do naczyń. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1881 LXXVII, 577, oraz Prot. pos. Gaz. Lek. I, Nr. 21.
14. Wypadek niedokrwistości złośliwej (*anaemia perniciosa progressiva*). Gaz. Lek. 1881, Nr. 1 i 2.
15. O istocie niedokrewności postępującej złośliwej. Diennik. III Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie, 1881, str. 70.
16. Poszukiwania patologiczne nad zapaleniem nerek. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1881, LXXVII, str. 62 i 293.
17. Z kazuistyki chorób nerwowych [wylew w *Pons Varoli*, czy też histerya]. Pam. Tow. Lek. Warsz. LXXVII, 249, Prot. pos.
18. Opis znieczulenia połowicznego u histeryczki. Pam. Towarz. Lek. Warsz. 1882, LXXXII, str. 115.
19. Lejek HEGAR'a i lewar w usługach medycyny. Gaz. Lek. 1883, Nr. 3 str. 61.
20. O operacyjnem leczeniu wysięków opłucnowych. Gaz. Lek. 1883, III, Nr. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, str. 297, 301, 320, 359, 377, 401.
21. Projekt zmiany dotychczasowego leczenia ropnych wysięków opłuc-

nej oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej. *Gaz. Lek.* 1282, Nr. 47 i 48. To samo w *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1883, str. 195 i 205.

22. Sfygmograf HOŁOWIŃSKIEGO. *Gaz. Lek.*, 1883, III, 556.

23. Trzy przypadki zjawiska oddechowego CHEYNE-STOKES'a [z rys.]. *Gaz. Lek.* 1883, Nr. 49, str. 945.

24. O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teorii pasożytniczej. *Gaz. Lek.* 1883, Nr. 43, 44, 45 i 46.

25. O zmianach anatomicznych w płucach przy ich ucisku [z rys.]. *Ks. pam. prof. Hoyer'a*, 1884, str. 249.

26. O otruciach, spowodowanych wessaniem produktów gnilnych trawienia. *Gaz. Lek.* 1084, Nr. 45, str. 857.

27. Najnowsze poglądy na istotę cholery [ref. zbior.]. *Wiad. Farm.* 1805, XII, str. 121, 121.

28. O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzuszego. *Gaz. Lek.* 1885, Nr. 13 i 14, str. 251, 271.

29. Kilka uwag o gorączce zimniczej ciągłej, mianowicie zaś powikłanej niezłym oskrzeli (*bronchitis malarica*). *Gaz. Lek.* 1885, Nr. 25 i 26, str. 487, 513. Polemika z RAJKOWSKIM i ARNSZTEJNEM, tamże, 724, 727, 839, 927, 929

30. Wiąd rdzenia kręgowego zakończony śmiercią w okresie przedatakcyjnym. *Gaz. Lek.* 1885, Nr. 32, str. 611.

31. Jeszcze parę uwag o zakażeniu wtórnym przy tyfusie brzuszonym. *Gaz. Lek.* 1886, Nr. 11.

32. Parę uwag o przebiegu zapalenia opłucnej u suchotników. *Gaz. Lek.* 1886, Nr. 40, str. 812.

33. Uwagi nad powstawaniem nerki wędrującej. *Gaz. Lek.* 1887, Nr. 1 i 2, str. 7 i 39.

34. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala Żydowskiego. *Gaz. Lek.* 1887, Nr. 37, 38 i 39, str. 833, 852 i 874.

35. O padaczce częściowej bez zmian anatomicznych w mózgu, oraz kilka uwag o symptomatologii mocznicy. *Gaz. Lek.* 1888, Nr. 41, str. 863.

36. O chorobie WEL'a. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1889, LXXXV, 528, *Gaz. Lek.* 1888, Nr. 37, str. 779.

37. Influenza w Warszawie. *Gaz. Lek.* 1889, IX, str. 1030.

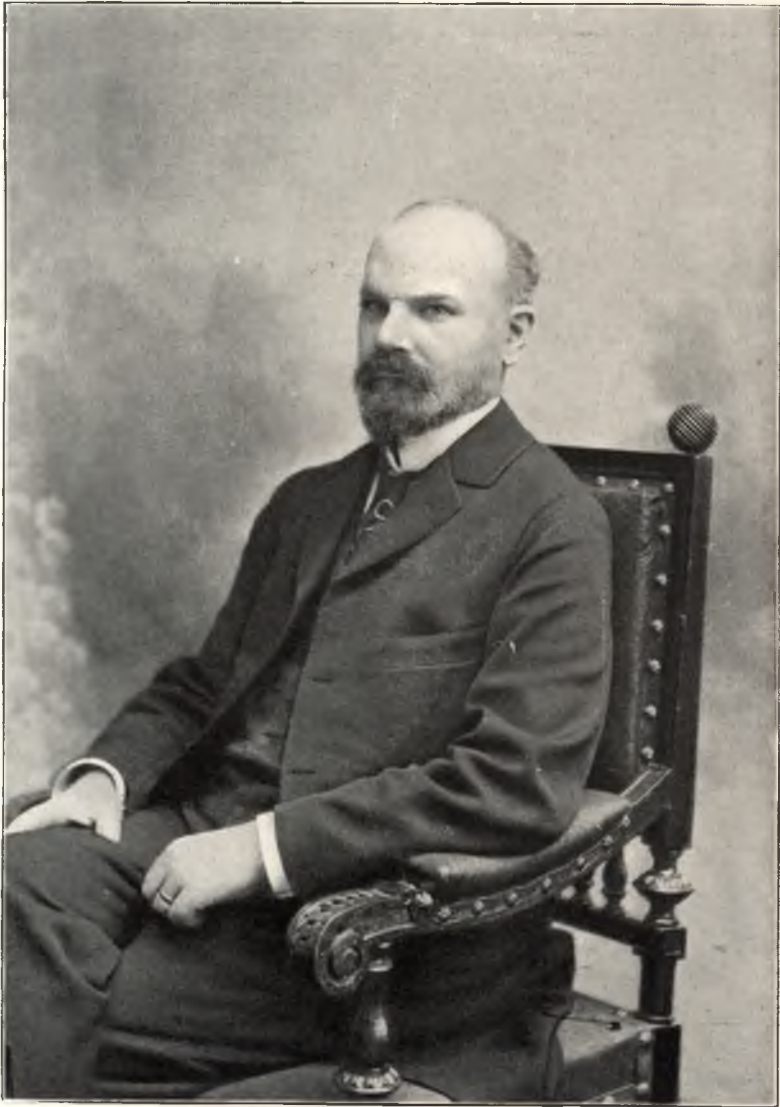
38. O habitualnem zaparciu stolca, jego przyczynach i leczeniu. *Odcz. Klin. serya 2.* Warszawa 1890, Nr. 12 [453—487].

39. Kilka uwag o t. zw. nerwicach traumatycznych. *Gaz. Lek.* 1890, Nr. 16, 17, 18, str. 307, 330, 355, oraz *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1890, LXXXVI, str. 299.

40. Otrucie spowodowane zabawkami, zawierającymi sole chromowe, *Zdrowie* 1891, Nr. 1, str. 7.

41. DUNIN i DĄBROWSKI. Badanie histologiczne płuc w jednym przypadku leczonym metodą KOCH'a. *Gaz. Lek.* 1891, Nr. 23, str. 439, [z tablic. chromolit.].

42. Kilka słów o tak zwanem zakażeniu mieszanem. *Gaz. Lek.* 1891, Nr. 40, str. 786.
43. Czy tajemny skład płynu Koch'a powinien nas powstrzymywać od stosowania go w praktyce? *Gaz. Lek.* 1891, Nr. 3, str. 42.
44. Przyczynek do leczenia blednicy (*chlorosis*). *Nowiny Lekarskie* 1892, Nr. 1, str. 4.
45. O wynikach gastroenterostomii, dokonywanej z powodu bliznowego zwężenia odźwiernika. *Gaz. Lek.* 1893, Nr. 15 i 16, str. 388 i 422.
46. Kilka uwag o przyczynach t. zw. rozklejania się komórek mięśnia sercowego. *Księga jubileuszowa prof. W. BRODOWSKIEGO*, Warszawa 1893, str. 39.
47. O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii. *Przegl. Chirurg.* 1793, t. 1, z. 1.
48. O stanach anemicznych. *Odczyty Klin.* 1895, Nr. 74, str. 32.
49. DUNIN T. i NOWACZEK S. O wydzielaniu kwasu moczowego w przebiegu krupowego zapalenia płuc. *Gaz. Lek.* 1896, Nr. 18 i 19, str. 476 i 517.
50. O leczeniu kamicy żółciowej (*cholelithiasis*) zapomocą jodku potasu. *Gaz. Lek.* 1896, Nr. 22, str. 581.
51. Kilka uwag o leczeniu blednicy. *Gaz. Lek.* 1896, Nr. 42 i 43, str. 1129 i 1159.
52. Przyczynek do patologii układu mięśniowego (*Polyomyositis acuta benigna*). *Now. Lek.* 1897, Nr. 2, str. 112.
53. WŁADYSŁAW MATLAKOWSKI. Wizerunek pośmiertny. *Kryt. Lek.* 1897, Nr. 1 i 2, str. 33 i 66.
54. O neurastenii peryodycznej [neurastenia peryodyczna, kołowa i naprzemienna, *neurasthenia periodica, circularis et alternans*]. *Gaz. Lek.* 1898, Nr. 1 i 2, str. 1—7 i 37—44.
55. Walka z gruźlicą. *Odczyty Klin.* 1899, serya XI, Nr. 121 i 132.
56. Narodowość w nauce. *Krytyka Lek.* 1899, Nr. 6, str. 169.
57. Czy obecny stan nauki pozwala nam na przyjmowanie dyatezy artrytycznej i moczanowej. *Gaz. Lek.* 1900, Nr. 43, str. 1125.
58. Słówko w sprawie analizy moczu. *Krytyka Lek.* 1900, Nr. 11, str. 289.
59. O potrzebie reformy naszej prasy lekarskiej. *Kryt. Lek.* 1900, Nr. 11.
60. O neurastenii. *Odczyty Klin.* 1901, Nr. 10 i 12.
61. O sanatoryach dla suchotników, dla niezamożnych chorych w Berlinie. *Zdrowie* 1901, Nr. 2, str. 131.
62. Parę uwag w sprawie praktyki wśród ludu wiejskiego. *Czas. Lek.* 1902, Nr. 11, str. 492.
63. Materiały do nauki o stwardnieniu tętnic. *Gaz. Lek.* 1903, Nr. 48, 49 i 50.
64. W sprawie pomocy lekarskiej dla ludu. *Zdrowie* 1903, Nr. 2, str. 168.



Teodor Nowak

65. Przewlekłe ropienie na palcach rąk z osadzaniem się węglanu wapnia. Gaz. Lek. 1904, Nr. 48, str. 1185.
66. O wczesnem operowaniu w chorobach wewnętrznych. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1905, Nr. 3, str. 644.
67. O dezynfekcyi lekarzy w praktyce prywatnej. Zdrowie 1905, s. II, zes. 3, str. 237.
68. O etyologii stwardnienia tętnic. Pam. Towarz. Lek. Warsz. 1906, str. 903.
69. O istocie neurastenii. Gaz. Lek. 1906, str. 99, 123.
70. Z powodu pracy dra MĘCZKOWSKIEGO o szpitalnictwie. Kryt. Lek. Nr. 38.
71. O zadaniach Stowarzyszenia lekarzy. Med. 1906, str. 929 i 951.
72. WŁADYSŁAW KRAJEWSKI. Życiorys. Warszawa 1907.
73. Życiorys prof. HOYERA. Medycyna 1907.

Oprócz powyższych 73 ch prac oryginalnych DUNINA, są jeszcze następujące demonstraeye chorych, sprawozdania ze Zjazdów, streszczenia oraz przekłady:

Sprawozdanie ze Zjazdu III lekarzy. Gaz. Lek. 1881, I, str. 655.

DUNIN T. i KRAJEWSKI WŁ. Przyczynek do chirurgii mózgu. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890, LXXXVI, str. 278.

Hemispasmus et hemiparesis facialis hysterica. Demonstracya i dysku-ya. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1892, str. 882.

DUNIN i KRAJEWSKI. Ropień mózgowy, wyleczony zapomocą trepanacyi [z demonstracją chorego]. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1893, str. 493.

Zjazd lekarzy i przyrodaików we Lwowie. Gaz. Lek. 1894, Nr. 94, str. 913 [podpisano X].

Długi szereg referatów w Przeglądzie Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego pod redakcyą spr. dra ROGOWICZA. DUNIN pisał w tem wydawnictwie referaty przez lat 8, a mianowicie w tomie 1—4-go i 6 do 9-go. W roczniku 4-ym 50 stronic, w roczniku 6-ym 46 stronic, w roczniku 7-ym 38 stronic, w roczniku 8-ym i 9-ym 8 stronic.

Przełożył na język polski:

- a) Tom trzeci anatomii ciała ludzkiego HOFFMANN'a 600 str.
- b) Duch i mózg LUY'S'a.
- c) Tom trzeci Patologii i Terapii szczegółowej JACCOUD'a z górą 960 str.
- d) HEUBNER'a. Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie. Pierwszy odczyt kliniczny. 1889.

BADANIE METODYCZNE CEWKI.

Napisał

Dr B. Motz [Paryż].

[Ciąg dalszy. — Patrz N°. 12].

W celu przekonania się nadto o zmianach w uchyłkach gruczołowych, *resp.* o zapaleniu sterczu gruczołowem, należy zbadać płyn, otrzymany przy wyciśnięciu gruczołu. Ażeby jednak zdać sobie dokładnie sprawę ze stanu zawartości sterczowej, należy najpierw przemyć dokładnie cewkę i pęcherz płynem przezroczystym [np. $\frac{1}{3000}$ cyankiem tlenu rtęci], pozostawić pewną ilość tego płynu w pęcherzu i zalecić oddanie moczu po mięsieniu sterczu i pęcherzyków nasiennych. Wtedy nawet gołem okiem z wyglądu samego można zdać sobie sprawę dość dokładnie o składzie produktu, otrzymanego przy wyciśnięciu sterczu; badanie jednak mikroskopowe dopiero może wykazać dokładnie obecność lub brak ropy i drobnoustrojów w zrazikach sterczu. Zdarza się często, że pomimo obecności znacznej liczby leukocytów na preparatach z roz-tartej zawartości nie widać drobnoustrojów. Fakt ten zależy, jak już o tem wspominałem poprzednio, od maceracyi, wskutek zalegania, mikrobów we wnętrzu uchyłków gruczołowych. Aby otrzymać wynik dodatni, należy przeprowadzić hodowle tak przy, jak i bez dostępu tlenu, gdyż niema zapaleń gruczołu krokowego, jak i zapaleń cewki bez drobnoustrojów.

W pewnych przypadkach otrzymuje się przy wyciskaniu sterczu i pęcherzyków nasiennych płyn równomiernie mętny. Należy dodać nieco kwasu octowego albo się przekonać, że męt, który znika natychmiast, zależy od soli zawartych w nasieniu zagęszczonym, napotykanym u osób, które od dłuższego czasu nie spółkowały. Powtarzam, że tylko obecność ropy w cieczy sterczowej upoważnia do rozpoznania zapalenia sterczu gruczołowego.

Często pożytecznem okazuje się badanie okolicy sterczowej i szyjki pęcherza zapomocą oświetlenia elektrycznego. Dzięki wziernikowi cewnikowemu mojego przyjaciela GOLDSCHMIDT'a, badanie cewki tylnej może być z łatwością przeprowadzone. Czasami udaje się zauważyć obok zmian zapalnych błony śluzowej i wzgórnka nasiennego obecność nowotworzeń brodawkowych.

Badanie cystoskopowe pozwala nam z drugiej strony stwierdzić, oprócz wyniosłości, powstałych wskutek nienormalnego rozwoju sterczu, zmiany na trójkącie pęcherzowym i szyjce, które w przebiegu zapalenia sterczu i zapalenia pęcherzyków nasiennych przewlekłego, są nabrzmiące, wyniesione i sil-

nie przekrwione. Staranne zbadanie trójkąta dać może wskazówki co do zmian zapalnych w tych właśnie gruczołach około-pęcherzowych.

Wydzielina cewkowa. Wydzielina cewki może być widoczna albo w wylocie cewki albo w moczu. W wylocie można zauważyć kroplę płynu czystego, lepkiego, który jest tylko wydzieliną gruczołową lub kroplę płynu mniej lub więcej mętnego. Męt zależy może od obecności bądź komórek nabłonkowych zniszczonych, bądź od nasienia, bądź też od leukocytów. Sprawę tę rozstrzygnąć może tylko badanie histologiczne, przy którym do kropli wydzieliny dodaje się pikrokarmínu RENVIER'a. Wydzielinę należy zbierać zrana, lub przynajmniej w 6 do 7-u godzin po ostatniem oddaniu moczu. Zdarza się często, że chorzy w ciągu dnia oddają mocz prawie przezroczysty, zrana zaś mocz zawierający pierwiastki komórkowe i bakteryjne. Wtedy zauważyć można, wyniki następujące: chory oddaje mocz mętny w pierwszym naczyniu, przezroczysty w drugim; mętny w obu naczyniach; przezroczysty ze strzępkami w pierwszym, przezroczysty w drugim, przezroczysty z nitkami w obu naczyniach; mętny z nitkami w pierwszym, przezroczysty w drugim naczyniu; mętny i z nitkami przed-wszystkiem w drugim naczyniu i t. d.

Jakież więc jest znaczenie wyglądu moczu, przypuszczając, że męt zależy od obecności leukocytów. Mętny, lub opalizujący wygląd moczu wskazuje, że istnieją nacieczenia powierzchowne, t. j. nacieczenia błony śluzowej lub podśluzowej i że leukocyty mogą przenikać przez powłokę nabłonkową do przewodu cewki, skąd mocz je wymywa. Obecność nitek wskazuje prawie zawsze na zakażenie gruczołów cewki, t. j. na zapalenie gruczołów. Po tych uwagach zasadniczych z łatwością tłómaczy się różny wygląd moczu, o którym była mowa.

Czy zbieranie moczu do dwu naczyń może dać wskazówki co do umiejscowienia zaburzeń? Długo zastanawiano się co do wartości tej próby i proponowano wiele innych sposobów, dążących do jej udoskonalenia. Znaczenie, jakie przypisują często tej próbie, zależy od niedokładnego badania cewki. Ja zwykle posiłkuję się tą próbą, lecz w niej nie szukam wskazówek dokładnych i pewnych, których ona dać nie może odnośnie do umiejscowienia w cewce. Jest to tylko jeden ze sposobów rozpoznawczych; tylko bowiem wszystkie sposoby razem wzięte mogą doprowadzić do rozpoznania pewnego tak istoty, jak i umiejscowienia zaburzeń.

Zachodzi pytanie, czy u chorego, u którego zrana niema wydzieliny i którego mocz w obu naczyniach jest przezroczysty, można uważać cewkę z gruczołami za zdrową?

Mówiłem już poprzednio, że obecność leukocytów w moczu wskazuje na zaburzenia powierzchowne, i że leukocyty mogą przechodzić przez powłokę nabłonkową. Wrazie zmian głębokich, umiejscowionych na pewnej odległości od błony śluzowej, leukocyty mogą nie przedostać się do kanału cewki; nie ukazują się również wtedy, gdy przy zmianach powierzchownych nabłonek jest zrogowaciały. Toż samo ma miejsce w razie ucisku lub zatkania przewodów gruczołów wydzielniczych. Czasami zadziwiającem jest, że przy le-

czeniu systematycznym cewki, zwiększa się w ciągu pewnego czasu liczba nittek, co zależy od poprawy stanu warstwy powierzchniowej i zniknięcia ognisk zapalnych na przebiegu przewodów gruczołów wydzielniczych.

Istnienie nacieczeń cewki, które z łatwością rozpoznać można przez omacywanie, i które nie powodują wydzielania pierwiastków histologicznych, objaśnia nam ten fakt, że sprawa dochodzi nieraz do zwężeń bez zwrócenia uwagi na istnienie przewlekłego zapalenia cewki. To nam objaśnia t. zw. „nerwobole cewki“ u osób, u których niema wydzieliny cewkowej i których mocz jest zupełnie przezroczysty. Przy badaniu systematycznym zauważyć można nacieczenie głębokie, które z łatwością objaśniają te nerwice. Wogóle należy przyjąć, że mogą istnieć bardzo przykre zaburzenia w ścianach cewki, t. j. zapalenia cewki przewlekłe przy braku wydzieliny i moczu przezroczystym. Są to zapalenia skryte, które prowadzą często do zwężeń nawet nitkowatych.

Obok badania gołem okiem i badania histologicznego, należy dokonać koniecznie dochodzenia bakteryologicznego wydzieliny cewki.

Badanie bakteryologiczne powinno czynić zadość trzem zadaniom. Czy są gonokoki, czy jest ich wiele lub mało, czy są inne drobnoustroje?

Absolutną pewność co do obecności gonokoków dają tylko hodowle na podłożu WERTHEIM'a. Z punktu widzenia praktycznego, klinicznego można mieć wyniki zadowalające na drodze barwienia błękitem metylenowym lub w razie wątpliwości — metodą GRAMA.

W razie niewykania gonokoków u chorego w przebiegu leczenia, należy przerwać, leczenie aby można było dokładnie o tem przekonać się. W przypadkach wątpliwych użycie znacznej ilości piwa lub wkroplenie azotanu srebra [2%] ułatwia przejście gonokoków, usadowionych w pewnem oddaleniu od błony śluzowej. Te środki dają możliwość prawie zawsze przekonać się, czy są lub niema gonokoków; nie należy jednak zapominać o przypadkach, w których dopiero po dłuższej obserwacji klinicznej można wykryć ich obecność. To też nie należy zbyt szybko wyrażać zdania w przypadkach wątpliwych i w oczekiwaniu wyników lekarz powinien zachowywać się w ten sposób, jak gdyby były gonokoki. Po sprawdzeniu obecności lub braku ich w wydzielinie, należy szukać w preparatach innych drobnoustrojów; szukać ich należy nawet w przypadkach zakażenia gonokokowego. Zauważyłem, że powikłania są częste w przypadkach, w których poza gonokokami znajduje się wiele innych mikrobów.

W zapaleniach cewki przewlekłych, w których rzadko spotykają się gonokoki, poszukiwanie mikrobów wtórnych posiada pewne znaczenie z punktu widzenia rozpoznania i leczenia. Jeżeli wydzielina cewki zawiera wiele mikrobów, można być pewnym, że zmiany w cewce, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie są powierzchowne. Są to właśnie przypadki, w których jakikolwiek środek dezynfekcyjny [sublimat 1 : 20000] daje dobre wyniki. W tego rodzaju przypadkach przed przeprowadzeniem kompletnego badania zapomocą różnych narzędzi, należy kilkakrotnie zastosować środki dezynfekcyjne. W wię-

kszości zapaleń cewki przewlekłych wydzieliną bywa bardzo uboga w drobnoustroje. Czasami liczba ich jest tak mała, że trudno je wykryć przy zwykłym barwieniu. Ze względu na bardzo ograniczoną liczbą mikrobów, napotykanych w wydzielinach z jednej strony, z drugiej zaś na to, że są one przeważnie beztlenowcami, powstały słynne postaci „zapaleń cewki aseptycznych“, które są w sprzeczności z zasadami patologii ogólnej; przeciw temu pogładowi zawsze występowałem.

Jak wspomniałem wyżej przy zapaleniach sterca przewlekłych, tylko badanie niedokładne z punktu widzenia bakterjologii jest przyczyną tych opłakanych nieporozumień. Mała liczba mikrobów zależy od zatrzymania się ropy w zrazikach gruczołowych, bądź cewki, bądź też sterca; wystarcza jednak przeprowadzić hodowle na różnych podłożach, jak to czynił JUNGANO, aby zawsze wykryć drobnoustroje. Otwierałem wielki ropień sterca, w którego ropie nie wykryto mikrobów przy zwykłym zabarwieniu. Przypadek ten można byłoby zaliczyć do zapaleń sterca aseptycznych; hodowle jednak na podłożu WERTHEIM'a dały bujne hodowle gronkowca złocistego. Należy wykreślić stanowczo z podręczników urologii wszystkie sprawy ropne, które uznawano za „aseptyczne“. W celu objaśnienia tych zaburzeń aseptycznych, pewien autor uniesiony fantazją, stworzył nową teorię fizjologiczną, według której mocz, przenikający do uchyłków gruczołowych, daje powód do ropienia aseptycznego!

Światło cewki: Według zasad GUYON'a określenie światła cewki należy dokonywać we wszystkich przypadkach, w których ma być przeprowadzone badanie lub sondowanie chorych; nie należy zaniechać go nawet wtedy, gdy chory zapewnia, że chorób cewki nie przechodził. W istocie, można spotkać się ze zwężeniem wrodzonym, co nie zdarza się zbyt rzadko; z drugiej zaś strony badanie tysięcy chorych, którzy zasięgają porady w szpitalu NECKER'a, dało możność przekonania się o istnieniu zapaleń przewlekłych, skrytych, których objawy zewnętrzne były o tyle niewidoczne, że uchodziły uwagi chorego. Tylko badanie moczu, omacywanie na cewniku lub uretroskopie pozwoliło wykryć zgrubienia zapalne. Łatwo zrozumieć, że ta postać zapalenia przewlekłego skrytego może prowadzić do zwężeń nieraz bardzo wyraźnych u osób, które pozornie nie przechodziły chorób cewki. Sądzę nawet, że większość przypadków zwężenia wrodzonego należy do kategorii zwężeń pochodzenia zapalnego.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

66. L. Sauvé. Pancreatectomia cephalica.

Nie mogąc dać streszczenia z całości tej obszernej pracy, obfitującej w szczegóły anatomo-topograficzne i fizjologiczne trzustki, zatrzymamy się

nad działem, w którym autor mówi „o technice *duodenopancreatectomiae cephalicae* u człowieka.” Dlatego „*duodenopancreatectomia*,” że, choćbyśmy mieli do czynienia z guzem niezłośliwym i dającym się bardzo łatwo wyluszczyć, to jednak usuwanie główki trzustki bez dwunastnicy jest i niebezpieczne i bardzo trudne. Trudne—ponieważ wypada operować w zagłębieniu i pole operacyjne wciąż krew zalewa, tak, iż widzieć możemy b. mało. Niebezpieczne—ponieważ nie widząc dokładnie, możemy nieświadomie zranić przewód żółciowy, naczynia kręzkowe, a nawet wielkie naczynia przy kręgosłupie, ponieważ wreszcie odcięcie główki trzustki często prowadzi do zgorzeli dwunastnicy. A zatem konieczne jest przy rezekcji główki trzustki usuwać jednocześnie dwunastnicę, a to ze względów fizjologicznych, topograficznych i operacyjnych. Dlatego też autor w omawianej sprawie łączy dwunastnicę i trzustkę pod jednym mianem *duodenopancreas*. Przez takie postępowanie chirurgiczne *duodenopancreas*, odłuszczone od swej powierzchni przedniej oraz tylnej, staje się narzędziem ruchomym, który łatwo można przyciągnąć do rany operacyjnej ściany brzusznej, a nawet wyciągnąć na zewnątrz rany. Niestety, operacja ta, ciężka sama przez się, poważnie wikła się koniecznością *gastroenterostomiae* dla wznowienia obiegu miazgi pokarmowej, oraz *cholecysto-* lub *cholelecho-entrostomiae* dla obiegu żółci. Ciężkość zabiegu operacyjnego znacznie możemy zmniejszyć przez operowanie dwuczasowe. Z tych też względów autor rozpatruje osobno:

1. technikę samej *duodenopancreatectomiae* i
2. technikę operacji dopełniających na żołądku i drogach żółciowych.

Duodenopancreatectomia, nie szczerząc przewodu żółciowego, winna odpowiadać następującym warunkom:

1. zachowaniu nieuszkodzonego pnia żyły wrotnej;
2. oszczędzeniu naczyń kręzkowych górnych, aby nie wywołać zgorzeli pętli jelit cienkich;
3. oszczędzeniu naczyń okrężnicy prawostronnych, aby uniknąć zgorzeli jelita grubego.

Dla ułatwienia schematu operacji, autor rozбивa ją na 6 momentów zasadniczych:

1. Cięcie brzuszne prowadzimy w linii pośrodkowej, zaczynając od wyrostka mieczykowatego, przez taką długość, jaka jest potrzebna dla dostatecznego oświetlenia pola operacyjnego. Najlepiej jednak użyć cięcia według KEHR'a, z pewną tylko modyfikacją, to jest na tyle wydłużyć cięcie KEHR'a, aby część ukośna bagnetu zbliżyła się naprzód do linii pośrodkowej i pionowej. Po otwarciu brzucha chirurg rozpoznaje odźwiernik, drugi odcinek (*seconde portion*) dwunastnicy, a zwłaszcza przyczep kręzki poprzeczniczy do *duodenopancreas*: operacja będzie tem łatwiejsza, im niżej jest ow przyczep.

2. Podwiązanie *au. pyloricae* i *gastroduodenalis*; przecięcie odźwiernika. Prawy wskaziciel wymacuje małą sieć w jej części obwisłej (*flaccide*); nakładamy dwa zaciskacze na odźwiernik, tętnicę odźwiernikową podwiązujemy od strony żołądka, to samo robimy z tętnicą żołądkowo-dwunastnicową. Przycinamy następnie odźwiernik i odcinek żołądkowy natychmiast zamykamy dwoma piętrami szwów. Pociągając w górę i na lewo zaciskacz, umieszczony na odcinku dwunastnicowym, możemy dowolnie poruszać ruchomą częścią dwunastnicy.

3. Boczo-dwunastnicowe (*latéroduodénale*) cięcie WIARTA; uwolnienie drugiej części dwunastnicy i przylegającej główki trzustki. Widząc już dokładnie prawą okolicę dwunastnicową, prowadzimy t. zw. cięcie WIARTA po tylnej otrzewnej przyscien-

nej wzdłuż zewnętrznego brzegu drugiej części (*portion*) dwunastnicy. Rozszerzamy to cięcie palcem, dopóki ten nie napotka w górze nóżki sieci mniejszej, a w dole—przyczepu krezki poprzecznicy; możemy wtedy wprowadzić prawą rękę poza trzustkę i odłuszczyć na żądanej przestrzeni i całkowicie tylną powierzchnię *duodenopancreatis*, wzdłuż blaszki TREITZ'a. Po dostatecznym odłuszczeniu tylnej powierzchni trzustki, zaczynamy to samo na powierzchni przedniej; gdy lewą ręką ujmujemy *duodenopancreas*, odłuszczone od tyłu, i stopniowo pociągamy je na zewnątrz, prawy palec wskazujący odłuszcza przednią powierzchnię trzustki od otrzewnej ponad kreską poprzecznicę, dzięki pochyłej powierzchni, wytworzonej przez powięź przedtrzustkową. Odłuszczamy w ten sposób jedynie palcem, idąc z góry na dół, *duodenopancreas*; odsuwając, w miarę potrzeby, kreskę poprzecznicę, łatwo możemy odłuszczyć, bez uszkodzenia jakichkolwiek naczyń, całą trzecią część dwunastnicy, dopóki nie dostrzeżemy górnych naczyń krezkowych.

4. Obnażenie górnych naczyń krezkowych; przecięcie trzeciej części dwunastnicy; uruchomienie i uwolnienie całego *duodenopancreas*. Górne naczynia kiszkowe stanowią znakomity punkt orientacyjny; wskazują one dokładnie punkt, w którym należy przeciąć dwunastnicę, dolną granicę *duodenoectomiae*. Wskazują: 1^o punkt, gdzie na pewno dolny brzeg główki trzustki nie jest już przyrosły do dwunastnicy; 2^o punkt, gdzie dalsze odłuszczenie dwunastnicy staje się niebezpiecznym, a to ze względu na możliwość uszkodzenia naczyń, czego następstwem byłaby zgorzel pętli okrężnicowych. Z chwilą więc, gdy odłuszczenie doszło do naczyń kiszkowych, palec uwalnia całkowicie obwód trzeciej części; podwiązujemy obie gałęzi *art. pancreaticoduodenalis sinistralis* i przecinamy je. Szwami jedwabnymi zamykamy odcinek dolny, górny zaś zaciskamy w klampie, za który potem będziemy pociągali.

Po wykonaniu tego wszystkiego, *duodenopancreas* staje się narządem ruchomym. Dla całkowitego wstrzymania krwawienia główki wystarcza podwiązanie *art. gastroduodenalis* w górze, oraz *aa. pancreaticoduodenalia* na dole. Obecnie mamy okolicę trzustki zupełnie udostępnioną dla oka. Lewą ręką ujmujemy zaciskacz, który zaciska górny koniec rezekowanego odcinka dwunastnicy; tą samą ręką trzymamy klamp, który zaciska dolny koniec tegoż odcinka, i dostatecznie odłuszczone trzustka ukazuje się w ranie cięcia brzusznej, zupełnie widoczna dla oka, co jest konieczne dla pomyślnego wykonania następnego momentu operacji.

5. Odłuszczenie części trzustki, zwanej „małą trzustką” od górnych naczyń krezkowych; odłuszczenie główki trzustki od żyły wrotnej. Gdy lewa ręka trzyma oba zaciskacze, odciągające na zewnątrz rezekowany odcinek dwunastnicy i przyległą główkę trzustki, prawy wskaziciel powoli z łatwością odłuszcza małą trzustkę od górnych naczyń krezkowych. Następnie, lewa ręka, wyciągając coraz bardziej na zewnątrz *duodenopancreas*, pomaga pracy prawego wskaziciela, który, postępując wzdłuż tylnej powierzchni trzustki, oddziela od niej żyłę wrotną.

6. Cięcie, oddzielające główkę od ogona trzustki; podwiązanie i przecięcie *a. gastroduodenalis*; podwiązanie i przecięcie przewodu żółciowego. Gdzie przecinać trzustkę, skoro całkowita *pancreatectomia* ze względów fizjologicznych jest niemożliwa? Otóż, przecinać należy dosyć daleko od dwunastnicy, aby usunąć guz radykalnie i nie ciąć w środowisku zakażonym, jakim jest główka trzustki; z drugiej atoli strony należy pozostawić dostateczny kawałek

ogona. Po oddzieleniu główki od ogona, całe *duodenopancreas* obraca się łatwo na osi, którą stanowi przewód żółciowy. Dla dokończenia zatem operacji trzeba po raz drugi podwiązać [dla większej pewności] a. *gastroduodenalem*, podwiązać przewód żółciowy, i następnie przeciąć oba te narządy: *duodenopanereatectomia* jest skończona, pozostaje wykonać tylko operacje dopełniające.

Technika opisanej powyżej operacji na trupie jest łatwa: naczyńia kręzkowe, okrężnicowe i żyła wrotna pozostają nietknięte.

Technika operacji dopełniających.

1. Wznowienie obiegu miazgi pokarmowej. Oczywiście sprawę rozstrzyga *gastroenterostomia*. Tylko jak i kiedy ją wykonać?

Co się tyczy czasu jej wykonania, to, zdaniem autora, najlepiej wykonać ją uprzednio, zaś *duodenectomiam* oraz operację na drogach żółciowych—w innym czasie, po wyzdrowieniu z pierwszego zabiegu. Zmniejszamy przez to znacznie wstrząs operacyjny; następnie, operacja dwuczasowa pozwala choremu podnieść swój stan odżywienia, albowiem często rak główki trzustki powoduje zwężenie dwunastnicy. Wreszcie, przy tej operacji przygotowanej możemy zbadać trzustkę, przekonać się, czy zawarty w niej guz nadaje się do wyluszczenia, czy gruczolę są zajęte?

A teraz, jak ją wykonać? Oczywiście, można się zadowolić zwykłą *gastroenterostomia posteriore*, lecz na pierwszeństwo zasługuje Y-anastomoza.

2. Wznowienie obiegu żółci. Nasuwa się tu alternatywa następująca: anastomoza pęcherzyka żółciowego z odcinkiem przewodu pokarmowego, żołądka lub jelita—sposób dosyć dobry, lub anastomoza terminalnego końca przewodu żółciowego z żołądkiem lub jelitem—zabieg znakomity, lecz rzadziej praktykowany.

Zdawałoby się *a priori* logicznem wykonanie tej operacji w tymże czasie, co i *gastroenterostomiam*, aby w następstwie mieć do czynienia li tylko z *duodenopancreatectomia*. Atoli wartość takiego poglądu jest względna. Uprzednie wykonanie anastomozy dróg żółciowych z jelitem znacznie zaciemnia pole operacyjne dla następczej *duodenopancreatectomiae*: to też operacja na drogach żółciowych i na dwunastnicy-trzustce winny być wykonywane wspólnie. Zresztą, i inny wzgląd przemawia za takim, a nie innym postępowaniem: *choledochointerostomia* jest tu bez porównania właściwszą, niż *cholecystoenterostomia*. Aby jednak sądzić o możności dokonania *choledochointerostomiae*, trzeba widzieć średnicę i drożność przewodu żółciowego, co jest możliwem tylko po odłuszczeniu od tylnej powierzchni dwunastnicy, t. j. w momencie *duodenopancreatectomiae*.

Cholecystogastrostomia lub *cholecystoenterostomia* są to operacje łatwe, dające dobre wyniki. Obie jednak mają poważną wadę: usposabiają do *angiocholitis ascendens* pochodzenia kiszkowego. Przeciwnie, *choledochointerostomia* nie usposabia wcale do zakażenia żółciowego. Aby jednak można było ją wykonać, trzeba, żeby przewód żółciowy był szerszy, niż normalnie, co bynajmniej nie jest rzadkością przy raku główki trzustki [średnica małego palca, nawet—wskaziciela].

3. Postępowanie z kikutem trzustkowym.

Idealem byłoby wszycie kanału Wirsunga w jelito; to jest jednak niewykonalne ze względu na małe rozmiary średnicy kanału. Trzeba zatem pogodzić się z utratą zewnętrznej czynności gruczolu.

Aby zaś unikać martwicy tłuszczowej, trzeba wszyć powierzchnię przekroju trzustki w skórę, wytwarzając w ten sposób przetoczkę trzustkową.

A więc chirurg, rozpoznawszy prawdopodobnie guz główki trzustki, niezbyt jeszcze posunięty, wykona przedewszystkiem nadpępkową laparotomię

próbą; jeżeli nowotwór wyda mu się możliwym dla wyluszczenia, to natychmiast dokonaną zostanie Y-gastroenterostomia.

W piętnaście dni później, jeżeli rana zagoiła się całkowicie *per primam intentionem*, chirurg wykona *duodenopancreatectomiam*, dodając do niej, o ile tylko można, *choledochenterostomiam*, a jeśli ta operacja jest niemożliwa w danym przypadku, to—*cholecystoenterostomiam*.

Trzeba jednak przyznać, że wskazania do tej operacji są trudne nie tylko przed, lecz nawet w czasie samej operacji. Rozpoznanie raka główki trzustki jest łatwe w tym okresie, gdy cierpienie już nie podlega leczeniu chirurgicznemu; w początkach zaś rozpoznanie jest bardzo chwiejne, nawet po zbadaniu samej główki po laparotomii.

(*Revue de Chirurgie*, 1908 luty i marzec).

W. Dobrowolski.

Wiadomości bieżące.

— I Zjazd internistów polskich.

Następujące wykłady zgłoszono dotąd na I Zjazd internistów polskich w Krakowie [19-go lipca 1909 r.].

Serya I. Z kliniki medycznej Uniw. Jag.

1. Dr B. KOROLEWICZ. Wyniki leczenia w dyspensaryum dla gruźlicy w klinice medycznej Uniw. Jag.
2. Prof. W. JAWORSKI i dr B. KOROLEWICZ. O nowszych badaniach szczytów płucnych.
3. Prof. W. JAWORSKI i dr B. KOROLEWICZ. O znaczeniu opsonin w gruźlicy płuc według spostrzeżeń na chorych kliniki medycznej U. J.
4. Prof. W. JAWORSKI i dr B. KOROLEWICZ. O powietrzu w pokoju i na werandzie.
5. Doc. dr R. NITSCH. Uwagi o serodyagnostycznej metodzie WASSERMANN'a.
6. Prof. W. JAWORSKI i dr S. ŁAPIŃSKI. O znaczeniu klinicznym metod serodyagnostycznych syfilisu na podstawie wyników, otrzymanych w klinice medycznej Uniw. Jag.
7. Doc. dr E. MIĘSOWICZ i dr A. MACIĄG. Badania kliniczne i doświadczalne nad antyryptycznym działaniem surowicy krwi.
8. Doc. dr E. MIĘSOWICZ. Doświadczalnie wywołane zmiany „miażdżycowe“ u zwierząt.
9. Dr W. KLUGER. O elektrycznych metodach koloidalnych i ich wartości leczniczej w sprawach zakaźnych.
10. Dr S. SZUREK. Autoseroterapia.
11. Dr J. KOSTRZEWSKI. O odczynie CAMIDGE'a.
12. Dr W. SKÓRCZEWSKI i dr J. KOSTRZEWSKI. Wydzielanie cukru mlecznego drogą nerek przy zwężeniach odźwiernika.
13. Prof. W. JAWORSKI i doc. dr E. MIĘSOWICZ. O zaradzeniu deprawacji medycyny wykonawczej przez nowoczesne prądy we fabrykach chemicznych i aptekach.

O dalsze zgłoszenia uprasza się pod adresem sekretarza Zjazdu, kol. dra B. Korołowicza, Klinika medyczna [Kopernika 15].

W Krakowie, dnia 15-go marca 1909 r.

Prof. W. Jaworski przewodniczący komitetu.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 14-go do 20 marca r. b. do szpitali warszawskich przybyło 99-u chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 4, odrą 1, szkarlatyną 8, różą 7, tyfusem plamistym 50, tyfusem brzuszny 11, gorączką powrotną 10, błonicą i krupem 2, grypą 6.

W tymże okresie cza-u zmarło: na tyfus wysypkowy 3 i na tyfus brzuszny 3.

— Dr JAN SĘDZIAK mianowany został członkiem korespondentem „*The Royal Society of Medicine*” w Londynie.

— Dr ZAMBACO — pasza w Konstantynopolu wręczył francuskiemu Towarzystwu dermatologicznemu 12000 marek na nagrodę, która ma być wydawana co 3 lata za najlepszą pracę w zakresie chorób skórnych i wenerycznych, napisaną po francusku przez lekarza jakiegokolwiek narodowości.

— W Odesie generał-gubernator Tozmaczow zabronił na zasadzie przepisów o ochronie wzmocnionej, używania w szpitalach innych środków znieczulających, prócz eteru i chloroformu. Historia tego jedyne go chyba w swoim rodzaju rozporządzenia jest następująca: W szpitalu miejskim zmarł chory, usypiany zapomocą chlorku etylu; wskutek tego we wszystkich szpitalach odeskich i lecznicach prywatnych, na cały czas rządów gen. Tozmaczowa, wolno lekarzom do znieczulenia używać tylko eteru i chloroformu; wszystkie zaś nowsze sposoby znieczulania, między innymi i znieczulanie lędźwiowe, zostały bezwarunkowo zabronione. „Swobodę działania” pozostawiono tylko chirurgom w klinikach uniwersyteckich. Na zanoszone przez lekarzy prośby wszechwładny gen. Tozmaczow odpowiada: „W klinikach niech robią doświadczenia, u mnie (?) zaś w szpitalach ja na to nie pozwolę; niechaj stosują środki wypróbowane”. Naczelnym lekarzem szpitala, w którym zdarzył się wypadek śmierci, dr Trymos, został wydalony ze służby i oddany pod sąd.

„Wraczebnaja Gazeta” Nr. 10 r. b., z której tę wiadomość czerpiemy, wyraża wdzięczność za to, że choć chloroform i eter zostały dozwolone, boć i ich można było zabronić na tej zasadzie, że ludzie żyli dawniej bez tych środków.

SPROSTOWANIE. W Nr-ze 13-ym na str. 309, w wierszu 25-ym zamiast: podmurza, powinno być: podmurza.

Do dzisiejszego numeru „Gazety” dołącza się portret ś. p. dra DUNINA.