

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: TYTUS CHAŁUBIŃSKI. — CHAŁUBIŃSKI jako nauczyciel. — I. M. JAKOWSKI. Niezwykły przypadek przewlekłej nosaczyny u człowieka. — II. BR. SAWICKI. O ranach przepony [Dokończeniu]. — *Wiadomości bieżące.* — Ogłoszenia.

OGŁOSZENIA.

PEPSYNA I JEJ PRZETWORY.

W szeregu środków grających ważną rolę w terapii chorób żołądka, pepsyna wybitne zajęła miejsce. Chociaż jako część składowa prawidłowego soku żołądkowego pepsyna nie jest lekiem w zwykłym pojęciu, ze względu jednak, iż ona stanowi podstawę trawienia, gdyż zamienia białkany na peptony, czyli białko krzepnące na białko rozpuszczalne (więcej już nie krzepnące), ma bardzo ważne lecznicze znaczenie. Dawniej stosowano ją w niektórych tylko przypadkach osłabionego trawienia; z postępem jednak czasu granice wskazań do użycia pepsyny bardzo znacznie rozszerzonymi zostały, a to zawdzięczając postępowi chemii fizyologicznej i spostrzeżeniom klinicznym. Obecnie farmakologowie oraz klinicyści zalecają pepsynę: w konwalescencji po wycieńczających chorobach, u osobników niedokrwytnych czegokolwiek niedokrwiłość ta byłaby następstwem, w poczynających się suchotach płucnych, w przewlekłym nieżycie żołądka oraz nieżycie żołądka i kiszek, wreszcie, we wszelkich postaciach niestrawności polegających przeważnie na niedostatku pepsyny w soku żołądkowym.

W obec częstszych dziś zapotrzebowań pepsyny z jednej strony, a z drugiej, drożyny przetworów zagranicznych oraz bardzo wysokiego cła, uważałem za pożyteczne zająć się ich przygotowaniem na miejscu. Wyrabiając wszelkie przetwory pepsynowe, mogę jednak jako najodpowiedniejsze celowi, zdaniem lekarzy, polecić:

1. Wino pepsynowe dwuprocentowe, przygotowane na doborowym winie francuzkiem. Łyżka zawiera 5 gran pepsyny; zadaje się łyżkę przed jedzeniem.

2. Elixir pepsini compositum. Stanowi połączenie pepsyny z wyciągami gorzkiemi. Łyżka zawiera pepsyny gran 3. Zadaje się przed jedzeniem po łyżce.

3. Pilulae antidyspepticae zawierają pepsynę w połączeniu z chininą, kwasem solnym i gorzkim wyciągiem. Zadawać po 2 pigułki przed jedzeniem.

Uwaga. Przetwory moje są dwa razy tańsze niż zagraniczne, wyrabiane są z pepsyny wytrzymującej wszelkie próby chemiczne, a nadto zawierają ściśle podaną dawkę pepsyny.

M. Mutniański,

KEFIR

z Zakładu E. Gessnera

dawniej D-ra Wyszyńskiego

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej
w Warszawie,
przy aptece,

*nagrodzony listem pochwalnym na wystawie higienicznej w roku 1887,
dostać można w następujących aptekach:*

Biehler ul. Nalewki
Biertümpfel róg Marsz. i Ś-to Krzyżkiej
Borowski ul. Przejazd
Dziechciński ul. Krakowskie-Przedm.
Grabowski ul. Bielańska
Habielski ul. Stare Miasto
Heinrich Plac Teatralny
Klawe plac Ś-go Aleksandra
Kucharzewski ul. Miodowa
Lilpop ul. Nowy-Świat

Rutkowski ul. Długa
Olsztyński ul. Marszałkowska
Sołtykiewicz ul. Graniczna
Trenkler ul. Solec
Turski ul. Karmelička
Wenda i Wiorogórski ul. Krakowsk.-Przedm.
Winnicki ul. Złota
Wróblewski ul. Krakowsk.-Przedm.
Ziemiński ul. Marszałkowska róg Królewskiej.

Oprócz naturalnego kefiru zakład przyrządza jeszcze:

Kefir z żelazem, butelka zawiera 2 do 5 gran mleczanu tlenku żelaza (*ferrum lacticum*) lub pyrofosforanu żelaza z cytrynianem amonu (*ferrum pyrophosphoricum c. amonio citrico*).

Kefir z pepsyną, butelka zawiera 5 do 10 gran pepsyny (*Pepsinum plant-solubile*).

Ilość dodanego żelaza lub pepsyny zależną jest od uznania pp. Doktorów.

Dla osób zamiejscowych lub też chcących przyrządzać Kefir w domu zakład stale posiada:

Grzybki Kefirowe suche sprowadzane z Kaukazu.

Grzybki Kefirowe mokre przygotowane do natychmiastowej fermentacyj.

Praktyczne wskazówki, wydanie własne, przyrządzania kefiru.

GAZETA LEKARSKA.

TYTUS CHAŁUBIŃSKI.

Jeżeli idealistyczny Plato utrzymywał, iż każdej rzeczy na ziemi istnieje pierwotny wzór doskonały gdzieś tam w Niebie, usprawiedliwia myśl tę filozofa greckiego ta prawda, że tu, na ziemi naszej, każdy rzeczy rodzaj występuje w tysiącnych, wielce ułomnych postaciach i li w jednostkach nielicznych objawia się w swej pełni wzorowej. Za tem nie idzie wprowadzić jednostek tych doskonałość bezwzględna; tej na ziemi nie znajdziesz, możemy ją zostawić niebu Platona.

Człowiek, najpiękniejszy pomysł natury, gdy ta świat ziemski tworzyła, jakże pięknym być musi w pełnym pomysłu tego wzorze!

My, ludzie, świadomi jesteśmy tych licznych, mniejszych i większych odchyleń tysięcy nam podobnych od onego idealnego wzoru człowieka; nic też dziwnego, że tkwiąca w nas duma rodzaju naszego, gdy spotka kiedy wśród tłumów ułomnych jednostkę, która jest pełnym wzorem rodzaju, nasycą się nią i pieścią; nic dziwnego, że otacza jednostkę taką miłością i uwielbieniem, czując, że ona to ocala honor rodzaju.

Człowiekiem, którego, ktokolwiek się z nim zetknął, pokochać musiał i przyznać mu, choćby niewyraźnie w sędzie swoim sformułowaną, cechę wyższej człowieczej wartości — był, zmarły w dniu 4 b. m. w Zakopanem, Doktor medycyny, TYTUS CHAŁUBIŃSKI.

Wydatnych w społeczeństwie ludzi można tylko sądzić na tle filozoficznego rozbioru dziejów cywilizacji i bytu politycznego danego społeczeństwa w danym czasie okresie. Tacy, jak CHAŁUBIŃSKI ludzie, godni są głębokiego psychologicznego studjum, którego ani czują się na siłach wykonać, ani chwila po temu jest odpowiednią, gdy zbyt świeża jeszcze mogiła raczej żal i smutek z serc naszych wyrывa i nawet prawa nie daje rozumowi naszemu do chłodnej pracy krytycznej. Tutaj, w krótkich zaledwie rysach zaznaczymy tylko to, co CHAŁUBIŃSKIEGO, jako lekarza, postawiło na tak wydatne wśród nas wzniesienie.

Najdzielniejszym talentem ś. p. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, a zarazem największą jego dla społeczeństwa zasługą była pedagogiczna jego działalność na stanowisku profesora kliniki chorób wewnętrznych.

Rozwój sztuki lekarskiej w ostatnich stu latach trzy przechodził etapy. Pierwsze tętno, którem się żywiej umysły badawcze w dziedzinie, o której mowa, poruszyły, miało swe źródło w tak zwanej filozofii natury. Filozofię tę cechowały potężne rzuty myśli ludzkiej, błąkała się ona częścią jeszcze w dzie-

dzinie transcendentальной, ale bezwiednie niemal tęskniła i zwracać się poczyniała do prawdziwego źródła światła, do przyrody i czuła, że w najgłębszej nawet analizie zasobów gotowych i treści własnego naszego ducha, p o z n a n i a — nie znajdzie.

Rychło jednak zauważył gienijusz ludzki, że przyroda, tak jak ona sama się w oczy nam rzuca, że świat zewnętrzny, tak jak on sam przez się w zmysłach naszych się odciska, bez szczególnego z naszej strony zmysłów tych natężenia i umiejętnego a jaknajpilniejszego napięcia uwagi naszej i bacności — jest tylko rzeczywistości zaledwie cieniem, a nasze wrażenia i pojęcia to zbiór szkiców wielce nieścisłych, a nie istotnych kopij zjawisk przyrody. I nastąpił zwrot do ścisłej obserwacji natury. Zaczęto tedy pilnie spostrzegać naturę, porządkować zjawiska; zaczęto udoskonalać zmysły nasze. Zaczęto szukać najrozliczniejszych punktów widzenia, z którychby wszechstronnie zjawisko każde obejrzeć można. Zaczęto budować, że się tak wyrazimy, mosty, wschody, tunele i kurytarze zawile, by dostępnymi uczynić dla zmysłów naszych wszelakie załamki i kąty świata zewnętrznego, które dla człowieka, tak jak sama natura go uposażyła, pozostałyby na zawsze utajonemi. Powstały tedy owe, tak olbrzymi postęp w sztuce lekarskiej stanowiące, metody badania i postrzegania — jak mikroskopija, auskultacyja, perkusyjia, termometryja, uroskopija i t. d. i t. d.

Trzeci etap rozwoju sztuki lekarskiej w ostatniem stuleciu stanowi metoda doświadczalna. Metoda ta wszystkie udoskonalone sposoby badania zastosowała nietylko do zjawisk, tak jak one bez świadomego wdania się człowieka, w naturze występują, ale do zjawisk, występujących w warunkach, sztucznie przez człowieka wytwarzanych. Nauczyło to liczne zjawiska wielce powikłane rozplatać i oddzielnie istotę każdego i prawa jego badać, albo też dane jedno zjawisko, otaczając je najrozmaitszemi, oddzielnie występującemi wpływami, wszechstronnie poznawać. Tu należą: farmakodynamika doświadczalna, chemija biologiczna, patologija doświadczalna i najmłodsze nauki dziecię — bakteryjologija.

CHAŁUBIŃSKIEGO działalność i gienijalność mieści się w drugim etapie szybkiego rozwoju sztuki lekarskiej w ostatniem stuleciu.

Umysły młode a gorące, zachwycone lotem nauki, zapominają zazwyczaj o owych podstawach i piętach niższych i wyższych, na których dopiero najwyższe wznosić się mogą i zbyt często widnokreśli murarzy, którzy budowali piętra niższe, z nieuzasadnioną dumą mierzą z widnokreśliem, jaki im się otwiera, z punktów, do jakich właśnie ci pracowici i gienijalni ale wcześniejsi murarze wzniesić im się pozwolili.....

CHAŁUBIŃSKI posiadał iście niepospolitą bystrość spostrzegawczą i niezmierną subtelność zmysłów przy opukiwaniu i osłuchiwaniu. Należy mu się zasługa obdarzenia kraju licznym zastępem lekarzy obznajmionych z nowoczesnemi metodami semijotycznymi, w chwili — kiedy lekarze starsi z lekceważącą nieufnością do metod tych się odnosili. CHAŁUBIŃSKI był więc w kierunku naukowej dyjagnostyki niejako pionierem postępu sztuki lekarskiej u nas.

Rozpoznanie wszakże choroby to część tylko zadania, spełnionego przez lekarza. Lekarz ma leczyć, ma energiję życia podnosić, śmierć oddalać, cier-

pienia kość. Zbadanie terenu bitwy, poznanie sił nieprzyjaciela, to jeszcze nie jest bitwa wygrana, to tylko podstawa konieczna dla powodzenia umiejętnej taktyki strategicznej. Dla wygrania bitwy trzeba znać zalety i wady własnej broni, trzeba wiedzieć, kiedy, jak, gdzie i czym uderzyć w pierwszej chwili, jak, gdzie i czym uderzać w każdej chwili następnej, trzeba umieć zdawać sobie sprawę z celu każdego poruszenia i przewidywać skutki każdego przedsięwziętego kroku.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ani sama erudycja naukowa, ani nawet talent spostrzegawczy nie stanowią jeszcze o tem, co nazywamy „biegłością“ lekarza. Talent taktyczny swojego rodzaju, talent, na który składa się: wiedza szeroka, głęboka logiczność, połot myśli, duch kombinacyjny, rzutka pomysłowość, pewna szczęśliwa miara energii i ostrożności — hartu duszy i wrażliwości tkliwej — jest tym niełatwo określić się dającym talizmanem, który czyni lekarza znakomitym praktykiem w całym znaczeniu tego wyrazu; takim był praktykiem CHAŁUBIŃSKI. Talent praktyczny lekarza jest swojego rodzaju artyzmem, swojego rodzaju twórczością. Pamiętajmy, że między lekarzem uczonym tylko a lekarzem, praktykiem, zachodzi ta olbrzymia różnica, która wyróżnia dziedzinę p o z n a n i a od dziedziny c z y n u.

Jakkolwiek na wszelki talent składają się do pewnego stopnia właściwości wrodzone, niemniej konieczną jest talentu uprawa i wyszkolenie. Najzdolniejsi malarze mieli swoich mistrzów. Akademije sztuk wogóle podnoszą bezwątpienia wartość talentów, uśpione budzą, nawet niepospolite od zmarnienia ratują. Klinika chorób wewnętrznych prof. CHAŁUBIŃSKIEGO była najprzedniejszą sztuki leczenia szkołą. Śmiało wyrzec możemy, że mało który uniwersytet posiadał i posiada wśród mistrzów swoich tak dzielnego lekarza, pedagoga, jakiego posiadała była Szkoła Główna w osobie zmarłego prof. CHAŁUBIŃSKIEGO. Sztuki poczynania sobie przy łożu chorego, umiejętnego, logicznego wnioskowania przy zdawaniu sobie sprawy ze stanu chorego, przy wynajdywaniu wskazań do interwencji leczniczej, nauczał CHAŁUBIŃSKI iście po mistrzowsku.

Każdy lekarz wie o tem, iż chory każdy to nowa niemal do rozwiązania zagadka, to nowe, dotąd niebywałe zadanie dla terapii. Formy chorobowe, jak one zapisane są w rejestrach podręcznikowych, to niemal abstrakcyjne; w rzeczywistości, każda postać chorobowa jest nową, tak jak każdy osobnik jest inny, jak warunki życia, warunki powstawania i rozwoju choroby u każdego osobnika są odmiennymi do nieskończoności. Jednemi i zawsze temiżsamymi są tylko prawa bijologiczne, rządzące zjawiskami życia w zdrowiu i chorobie. CHAŁUBIŃSKI prawdę tę wyrażał krótko i węzłowato, iż: „nie leczy się choroby, ale chorego“, a główną dążnością jego było: oddalać lekarza młodego od szablonowości, z którą nierozdzielnie łączy się błędność, a natomiast budzić w nim samodzielność, umiejętność radzenia sobie w każdym przypadku, choćby dziwnie nowym, lub niezwykle trudnym.

Niektóre nieocenione prawdy naturalne z dziwną zręcznością wszczepiał w młode umysły słuchaczy swoich CHAŁUBIŃSKI, wybierając takie, które istotnie w działalności praktycznej wielokrotnie dają lekarzowi rozumny i sku-

teczny punkt wyjścia dla działalności leczniczej. Prawdy te były to prawdy nie nowe, ale mało kto zdawał sobie z nich sprawę, a zdawać sobie z nich sprawę i mieć je zawsze przytomnymi w myśli powinien każdy lekarz. Między innymi np. przypominał wielokrotnie CHAŁUBIŃSKI tę prawdę, że: żadnego zjawiska naturalnego nie istnieje konieczna przyczyna, ale istnieją konieczne przyczyny, a nie masz tu ani najwalnieszej ani najbliższej w sprawie wpływu na skutek, bo usunięcie najbliższej z pozoru, unicestwienia wpływ najwalnieszej. Prawda ta przeniesiona w sferę warunków powstawania lub rozwoju spraw chorobowych, lub w sferę wzajemnego wpływu na siebie oddzielnych momentów patologicznych i skutków, dla ustroju z tego wpływu wynikających, otwiera szerokie pole dla umiejętnego i skutecznego, że się tak wyrażę, przyczepiania ratunkowych pomostów dla pozostającego w niebezpieczeństwie ustroju. CHAŁUBIŃSKI zręcznymi porównaniami uprzystępniał prawa przyrodnicze dla umysłów mniej uzdolnionych do pojęć oderwanych. Odnosnie do wyżej przytoczonej prawdy użył np. kiedyś takiego porównania. Pomyślmy, jaka jest właściwie przyczyna wystrzału, którego następstwa nieobliczonej być mogą doniosłości: czy proch z wybuchową swą siłą jest tu głównym czynnikiem? czy pocisk, który ranę zadaje? czy ciasne światło lufy, które narzuca pociskowi dany kierunek i ześrodkowuje siłę spalonego prochu? czy wreszcie lekkie poruszenie cyngla, bez którego i proch i pocisk pozostałyby nieszkodliwymi? Żadna z tych przyczyn nie wywołałaby danego skutku, a tylko wspólna ich wszystkich obecność; usunięcie jednej z nich wystarcza do zapobieżenia katastrofie. Lekarz wobec grupy objawów chorobowych, których dalszy rozwój mógłby zgotować smutne dla ustroju zejście, winien dobrze rozumieć, że w danym razie przez usunięcie choćby takich momentów chorobowych, które nie zdają się być pierwszorzędного znaczenia, ale które usunąć jest w mocy — może się wielce przyczynić do zupełnego zniesienia, lub przynajmniej odsunięcia następstw groźnych dla ustroju. Przykład ten jeden przytoczyliśmy jako błąd bardzo wzorek z metody klinicznego nauczania Prof. CHAŁUBIŃSKIEGO.

Nie tu miejsce na bliższy rozbiór tej kwestyi, ale nie mogę nie zaznaczyć szczegółu, że CHAŁUBIŃSKI wbrew klasycznemu i ogólnie przyjętemu podziałowi wskazań na *indicatio symptomatrica*, *morbi*, *vitalis*, najenergiczniej przeciw takiemu stawianiu wskazań oponował i, zdaniem naszym, najzupełniej słusznie, a słuszność ta wynika i z głębokich racyj pedagogicznych i faktycznych. Najlepszy współczesny nauczyciel kliniki, F. NIEMAYER, ponad klasyczny podział się nie wzniosł.

Wiadomo powszechnie, że do połowy 17-go wieku włącznie, na fakultetach lekarskich klinik wcale nie było; nauka medycyny ograniczała się na wykładach dogmatycznych i teoretyczno-filozoficznych z katedry. Później dopiero i to przeważnie we Włoszech a w części w Niemczech, zaczęli profesorowie wprowadzać niektórych uczniów do prywatnych swoich pacjentów, za co otrzymywali od fakultetów specjalne honoraryja, t. zw. podróżne. Obawa jednak konkurencyi i wychowania sobie groźnych rywali wyprowadziła i ten zwyczaj z użycia. Pierwsze kliniki założono w Hollandyi, w Leodyjum, u schyłku 17-go wieku, ale pierwszą godną zaznaczenia była klinika BOERHAVE'a w temże Leo-

dyjum w zeszłym stuleciu w życie wprowadzona i dopiero w drugiej połowie zeszłego wieku założył VAN SWIETEN pierwszą klinikę niemiecką we Wiedniu, więc mało co więcej nad sto lat temu. Klinika ta miała 6 łóżek męzkich i tyleż żeńskich, naturalnie bez specjalizacji chorych. Większa część niemieckich fakultetów nie posiadała jeszcze klinik w pierwszej ćwierci bieżącego stulecia! Klinikę chorób wewnętrznych zaczął CHAŁUBIŃSKI prowadzić w połowie bieżącego stulecia [1859]. Widzimy ztąd, że nauczanie kliniczne nie miało jeszcze naówczas ani tradycyi, ani istotnie wyrobionych zasad. Do owego czasu pojawiła się była jedna, wyłącznie jedna praca „o nauczaniu klinicznym“ przez JANA PIOTRA FRANKA [Wiedeń 1790]. Kliniki zaś ówczesne na całym zachodzie miały raczej charakter demonstracyjny — jak dotąd jeszcze przeważnie we Francyi i Anglii się dzieje. Profesor przedstawia słuchaczom chorego i do tego danego przypadku nawiązuje cały długi wykład historyi naturalnej danej choroby z jej odmianami, najczęściej już zdala od łóżka chorego. Starają się profesorowie jaknajwiększą liczbę i jaknajrzsadsze formy zdemonstrować, chcąc tym sposobem uczniów, w świat wychodzących, obdarować niejako jaknajbogatszym materiałem doświadczalnym. Jest to pogląd pedagogiczny najbłędniejszy, o ile się odnosi do kliniki ogólnej chorób wewnętrznych. Takie pokazywanie chorób uczniom, ich opis i podanie sposobu leczenia, nie dają słuchaczowi ani umiejętności, ani doświadczenia, najwyżej pewien zapas rutyny, z którą, gdy do życia praktycznego wejdą, spotykać będą na każdym kroku nieprzewyciężone trudności, a sztukę swoją stosować będą z pewnością gorzej niż z wątpliwym dla cierpiącej ludzkości skutkiem. CHAŁUBIŃSKI w swoim czasie lepiej, niż klinicyści zachodni, rozumiał zadanie nauczania klinicznego, rozumiał, że tu nie chodzi o bogacenie uczniów doświadczeniem, że nie wystarcza poglądowe traktowanie licznych postaci chorobowych jako rzecz pomocniczą dla wykładu teoretycznego, ale chodzi o obdarowanie uczniów naukową metodą przyrodniczego badania w dziedzinie medycyny, czyli o postawienie wychodzących lekarzy odrazu na wysokim poziomie wykształcenia lekarskiego, na którym to poziomie łatwo potrafią być pożytecznymi pracownikami zarówno dla sztuki lekarskiej, jak i bezpośrednio dla cierpiącej ludzkości. W tem zaś rozumieniu, nie chodzi o to, aby na klinice wiele przypadków powierzchownie zobaczyć, ale aby szczupłą ich liczbę gruntownie obserwować w ich przebiegu, w ich stosunku do danych warunków indywidualnych, fizjologicznych i chorobotwórczych, do środków wreszcie stosowanych, by przebieg ten i te stosunki zrozumieć należyście i pojąć, o ile stan wiedzy w danej chwili pojąć je pozwala, lub z drugiej strony, zdać sobie dokładnie sprawę z zagadnień, na rozwiązanie oczekujących. Obserwacja taka ma być jaknajściślej: przyszły lekarz winien po kilkakroć w ciągu doby chorego opatrzyć i to, ile można, do końca choroby, czy na tem końcu wyzdrowienie, czy śmierć się zarysuje. „Nie wiele panowie, tysiącrotnie powtarzał CHAŁUBIŃSKI do uczniów swoich, starajcie się chorych widzieć, ale starajcie się tych, których widzicie, jaknajgruntowniej badać“.

Klinika profesora CHAŁUBIŃSKIEGO była niewątpliwie jedną z najlepszych klinik w Europie; zasady, na podstawie których CHAŁUBIŃSKI prowadził nauczanie kliniczne, wypowiedziane zostały w Niemczech dopiero przed kilku laty,

kiedy CHAŁUBIŃSKI działalność swą nauczycielską dawno był skończył [ZIEM-
SSEN, GUSSEROW].

CHAŁUBIŃSKI bezwątpienia wysoce się przyczynił do podniesienia poziomu sztuki lekarskiej w naszym kraju. Pod względem zaopatrzenia ludności krajowej w lekarzy, przynoszących ludności tej umiejętną, istotną pomoc, zasługa CHAŁUBIŃSKIEGO była olbrzymią.

Czyż mamy na tem miejscu mówić o tem pięknem sercu, które harmonijnie się splotało w profesorze CHAŁUBIŃSKIM z niepospolitym rozumem! Sam najwznieślej humanitarny, wszczepiał zasady ludzkości w uczniów swoich.

Czyż trzeba dodać, że dźwignią działalności publicznej ś. p. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO we wszelkich kierunkach była najgorętsza miłość kraju, który go wydał — celem — kraju tego pomyślność.

Straciliśmy w CHAŁUBIŃSKIM wielkiego obywatela, kochanego mistrza, zachowujemy dla pamięci JEGO wielką cześć, a wspomnienie o NIM, w imię najpodnioslejszych JEGO właśnie ideałów, kończymy gorącym życzeniem: bogdajby społeczeństwu naszemu obywateli takich nigdy nie brakło!

Henryk Nusbaum.

CHAŁUBIŃSKI JAKO NAUCZYCIEL.

Czynności ściśle pedagogiczne należą do tych, które po sobie wyraźnych śladów nie zostawiają. Każda praca naukowa, chociażby najmniejszą posiadała wartość, pozostaje przynajmniej w spisach biblijograficznych; nauczanie samo, nieraz ważniejsze daleko od niejednej literackiej pracy, pozostaje tylko we wdzięcznej pamięci uczniów, dopóki i ztamtąd przez czas nie zostanie zgładzonym. A że nie bardzo chętnie człowiek źródła swojej wiedzy poza sobą chce upatrywać, że woli całą dla siebie zachować zasługę, więc ta niewdzięczność jeszcze pomaga czasowi w zacieraniu pamięci nauczycieli.

Z tych wszystkich zasług ważnych, jakie na rozmaitych polach pracy społecznej położył prof. CHAŁUBIŃSKI, najważniejszymi wydają mi się właśnie jego zasługi nauczycielskie. Nie studyjum zamierzam pisać wobec tak świeżej jego mogiły, tylko ze wspomnień w kilku słowach chcę jego nauczycielski skreślić kierunek i metodę.

Chory, do kliniki przyjęty, dostawał się pod bezpośrednią opiekę jednego ze studentów. Obowiązkiem było „kuratora“ zbadać chorego i na lekcję przygotować. Zbadanie musiało być istotnie nadzwyczaj ściśłem. Chory całą historję swego życia opowiadał i opowieści te szczegółowo były zebrane i zanotowane. Następnie wszystkie czynności ustroju i stan pojedynczych narządów najdokładniej były zbadane. Granice narządów wewnętrznych musiały być na skórze narysowane; wydzieliny, chemicznie, a często i drobnowidzowo zbadane, stały na stoliku obok łóżka. Czynność ta zajmowała zawsze kilka godzin popołudniowych, a dla większej ściśłości studenci wzajemnie sobie dopomagali. Skoro przypadła kolej lekcyi na chorego, „kurator“ głośnie opowiadał historję choroby; stan rozmaitych narządów przedstawiany być musiał w pew-

nym stałym porządku, bo utrzymywał profesor słusznie, że skoro lekarz do takiego raz przywyknie porządku, to już żadnego szczegółu przez zapomnienie nie pominie. Wszystko to było zebraniem materiału, na zasadzie którego rozpoznawano chorobę. Ale rozpoznanie choroby nie ograniczało się na jej nazwie: nie wystarczało nigdy podciągnięcie danego przypadku pod znany typ patologiczny; trzeba było wszystkie znalezione zboczenia ująć w jeden obraz, w jeden szereg wzajemnie od siebie zależnych „momentów”. Bo utrzymywał profesor CHALUBIŃSKI, że chociaż człowiek może być jednocześnie kilkoma dotknięty chorobami, to wszakże logika każe wszystkie rozmaite objawy do najmniejszej liczby przyczyn, o ile się uda, odnieść tylko do jednej; więc stopniowo, łącząc rozumem, z pojedynczych cegiełek jeden urabiał obraz, jedną całość. Była to najpiękniejsza część wykładu; z wielkiem mistrzostwem szczegółły pojedyncze łatwo i z koniecznością w jedną się całość łączyły. Nie pomijał profesor żadnego objawu, chociażby już i bez niego rozpoznanie choroby nie ulegało wątpliwości, chociażby on tylko dowodził jeszcze raz tego, co już zdawało się i tak pewnem, bo „choć człowiek i na jednej nodze przejść może przez pokój, zawsze jest pewniej stąpać oboma”. Bardzo wielu profesorów kliniki uważa chorego za wskazówkę tylko do przedmiotu, o którym mówić mają, tylko za temat. Więc rozpoznawszy chorobę, ogólny o niej rozpoczynają wykład. Jest to do pewnego stopnia wykład patologii szczegółowej, tylko w porządku przypadkowym. Zapewne wykład taki, na żywym, obecnym przedmiocie sprawdzany i ilustrowany, daleko większą ma wartość od wykładu teoretycznego; ale prof. CHALUBIŃSKIEMU szło jeszcze o co innego. Przystępując do chorego, należało prawie o typach zapomnieć, bez uprzedzenia zbadać, a następnie dopiero złożyć objawy w jeden obraz choroby. Naturalnie, że ten obraz do jakiegoś typu, do jakiejś formy patologicznej należał i nazwę otrzymywał, ale każdy miał swoją oryginalność, nie był szematem. Sądzę, że w pamięci wielu pilniejszych uczniów pozostało wiele przypadków, jakie na klinice widzieli, ze wszystkimi indywidualnymi charakterami.

Wielką zwracał przytem uwagę zawsze na uczucia chorego i na jego wrażenia i tym subiektywnym zjawiskom ważne przypisywał znaczenie.

Taki skończony obraz, który rozpoczynał się od tej pierwszej chwili, gdzie choroba się zjawiała, od pierwszej przyczyny i przez stopniowo zależne od siebie momenty dochodził do szczegółów, w danej chwili u chorego spostrzeżonych, był przygotowaniem koniecznem dla lekarza, zanim właściwą swą czynność, leczenie, rozpocznie, zanim sobie plan leczenia ułoży. Urobienie tego planu było najważniejszą może częścią wykładu i na tym punkcie miał prof. CHALUBIŃSKI własną metodę, którą następnie w oddzielnej wyłożył książce. Z usunięciem pierwszej przyczyny, cały stan chorobowy powinien ustąpić, ale pierwszy moment zwykle bywa już niedosięgalny. Otóż, pierwszy „moment osiągalny” przedstawia dla interwencji lekarza właściwe pole. Po odnalezieniu tego momentu, jeszcze raz przejść należało wszystkie objawy dalsze, ażeby rozważyć, czy który z nich bezpośrednio życiu nie zagraża, albo wielkich choremu nie sprawia cierpień, czy więc na dodatkowe, albo nawet na pierwszorzędnę nie zasługuje względy. Tego wynalezienia wskazań musiał student z całą rozważą

i z całą dopełnić ścisłością, bo to była rzecz rozumu, logiki, a nie doświadczenia. Działania środków, jak mówił profesor, uczyć się trzeba zwolna i przez długie lata; znajomości ich praktycznej od studenta wymagać nie można, ale wskazania postawić powinien tak ściśle, że mu ich potem żadne w świecie fakultety nie zwalały.

I pod względem tej uwagi, na leczenie zwracanej, klinika prof. CHAŁUBIŃSKIEGO różniła się od wielu innych. Były czasy, szkoły istniały, gdzie leczeniu podrzędną przyznawano rolę: nie wierzono w skutki leczenia i lekceważono je. Lekarz miał być wyłącznie badaczem i uczonym, a chory, zdawało się, że po to tylko do lekarza się zwraca, ażeby nowy przedmiot dla jego studyjów stanowić. Prof. CHAŁUBIŃSKI bardzo wysoko stawiał czysto praktyczną, leczniczą działalność; całą owszem czynność lekarza i umysł jego w tę stronę kierował. Nie powinno być dla lekarza przypadków przepadłych, nieuleczalnych, a więc niegodnych uwagi. Jeżeli życie człowieka tylko o minutę przedłużyć może, albo ulżyć jego cierpieniom, to już lekarz ma pole dla działalności i tryumfy odnosi.

Nie lubił prof. CHAŁUBIŃSKI wszakże za pomocą narkotyków doraźną ulgę i pozorną tylko zwykle korzyść chorym przynosić; może nawet umyślnie zbyt mało ich w klinice używał; a gdy student w swoim planie leczenia główny czasem nacisk kładł na środki narkotyczne, profesor mu oponował, prawie karmił, bo utrzymywał, że wprowadzić przy takim leczeniu zawsze liczyć można na chwilowe zadowolenie i doraźną wdzięczność pacjenta, ale że swoich istotnych w ten sposób nie spełnia lekarz obowiązków; że wreszcie taka medycyna kilkoletnich studyjów nie potrzebuje, bo jej się w pół godziny nauczyć można.

Prof. CHAŁUBIŃSKI nigdy swoją nauką i długoletnią praktyką nie imponował studentom; owszem, jeżeli, zbadawszy chorego, w czemkolwiek z podaniami studenta się nie zgadzał, starał się przyczyny pomyłki odszukać; a w wynajdywaniu wskazań jako równy stawał i słuszności swoich poglądów dowodził. Obudzić samodzielność myślenia, urobić metodę, która wszakże nie miała być narzucaną, ale z rozumem ucznia zupełnie się zgadzać i z niego prawie wypływać: to była główna zasada, i bardzo konsekwentnie przeprowadzana w wykładach klinicznych prof. CHAŁUBIŃSKIEGO.

Metoda ta pozostać miała na zawsze, jakimkolwiek poglądy na chorobę mogły ulegać zmianom i jakimikolwiek zdobyczami miała nauka potęgę lekarza zbogacić. I główna zasługa prof. CHAŁUBIŃSKIEGO na tem właśnie, nie na zbogaceniu erudycji uczniów, polega.

Inni profesorowie klinik są zapewne pod względem tej erudycji hojniejsi i bardziej urozmaiconą podają. Mianowicie histologija, histologija patologiczna i tym podobne w pracowniach zdobyte wiadomości, nie należały do zwykłych przedmiotów w odczytach klinicznych.

Profesor CHAŁUBIŃSKI nie był wychowawcą pracowni, jak może znaczna część dzisiejszych profesorów kliniki; osiadł w Warszawie w chwili, kiedy uniwersytetu nie było i w kierunku ściśle naukowym postępować nie miał sposobności. Profesorem został, jako dojrzały, wyrobiony lekarz, bardzo sumienny, szerokiej myśli, świetnego daru spostrzegawczego i bogaty w praktykę szpitalną;

z wyrobioną już i oryginalną metodą myślenia. Te swoje właściwości wniósł do odczytów klinicznych. Sądzę jednak, że gdyby i te wiadomości, które, może niesłusznie, ściśle naukowemi w przeciwieństwie do klinicznych nazywają, były w zupełności profesorowi CHAŁUBIŃSKIEMU znajome, to by charakteru wykładów jego nie zmieniło.

Ani z książek, ani w pracowniach lekarz w swoim zawodzie właściwym wykształcić się nie może zupełnie. Nie wszystkie drobne szczegóły objawów klinicznych dadzą się w książkach pomieścić, a przede wszystkim cały sposób wzięcia się do chorego, ułożenia objawów i praktycznego zastosowania wiadomości, tylko bezpośrednio od jednego lekarza do drugiego przechodzi. Tę tradycję lekarską przechowują kliniki i lekarza praktycznego klinika tylko urabia. Wykład kliniczny powinien nadawać i nadaje piętno całej późniejszej praktycznej działalności; a w zawodzie, który tak mało, jak lekarski, kontroli podlega, urobienie metody, wzwyczajenie do ścisłości i sumiennego przejęcia się obowiązkami zawodu, ma pierwszorzędne znaczenie. Z wyjątkiem owych epok zboczenia pojęć, gdzie o właściwym zadaniu lekarza się zapomina, najważniejszym przedmiotem wykładu, osią wydziału lekarskiego, jest klinika, której wpływ na umysły powinien być przeważającym. Takim właśnie czystym, a świetnym, klinicystą był prof. CHAŁUBIŃSKI. Co pomijał w wykładach, tego doskonale od innych profesorów i w pracowniach student mógł nabyć; czego zaś jedynie w klinice nauczyć się można, tego właśnie uczył prof. CHAŁUBIŃSKI.

Wykład prof. CHAŁUBIŃSKIEGO nie był łatwy. Często wśród wywodów zbaczał na oddalone pole; nieraz z jednego przedmiotu na drugi przechodził, ale zawsze potem do tego samego punktu zawracał, z którego wyszedł. Trzeba było myślał biedz za słowami, a zarazem pamiętać, do czego zmierzają; nie był to wykład dla słabszych umysłów i z natężoną uwagą potrzeba było śledzić za nim. Ale też uwagę w najwyższym stopniu umiał CHAŁUBIŃSKI przykuwać. Wykład tak był świetny, tak logiczny, że zawsze zajmował, nigdy nie nużył. Był w tych wykładach pierwiastek niezmiernie ważny, który określić trudno, a który wykładom właściwy urok nadawał. Profesor był gorąco przedmiotem swoim przejęty, miłował go, mówił z zapałem, a to umiłowanie i ten zapał udzielały się uczniom. Słuchano wykładów w głębokim milczeniu, każda lekcja była niejako biesiadą, a każde opuszczenie lekcji przez profesora z żalem przyjmowali studenci. Wiadomo, jak gorąco uczniowie prof. CHAŁUBIŃSKIEGO o mistrzu swoim się wyrażali, a takiego w uczniach zapału nigdy nie obudzi profesor, który sam do przedmiotu swojego odnosi się bez zapału.

Medycyna dziś szybko robi postępy; od czasu wykładów prof. CHAŁUBIŃSKIEGO zmienił się zupełnie pogląd na istotę większej części chorób, sztuka leczenia wzbogaca się corocznie i to środkami pierwszorzędного znaczenia. Nie ulega więc wątpliwości, że każdy z jego uczniów, który na nabytych za młodu wiadomościach nie ograniczył się na zawsze, inaczej teraz leczy i inne ma poglądy, niż je słyszał w klinice. Ale i to pewna, że na umyśle każdego klinika niezatarte pozostawiła piętno. Kto słuchał wykładów CHAŁUBIŃSKIEGO i kto je rozumiał, tego umysł nabrał samodzielności i metody, podług której tak samo nowe zdobycze nauki, jak dawne, może stosować. Sądzę nawet, że nie jeden da-

leko więcej klinice prof. CIALUBIŃSKIEGO zawdzięcza, aniżeli sądzi i mówi, bo analiza własnych wiadomości i sposobu myślenia i odnoszenie każdego szczegółu do właściwego źródła nie jest rzeczą łatwą i ludzić może.

Zygmunt Kramsztyk.

ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS I PRACOWNI BAKTERYJOLOGICZNEJ W TYMŹE SZPITALU.

I. NIEZWYKŁY PRZYPADEK PRZEWLEKŁEJ NOSACIZNY U CZŁOWIEKA.

Podał

M. Jakowski.

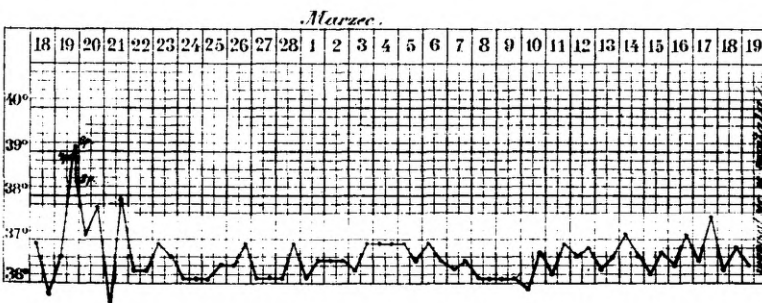
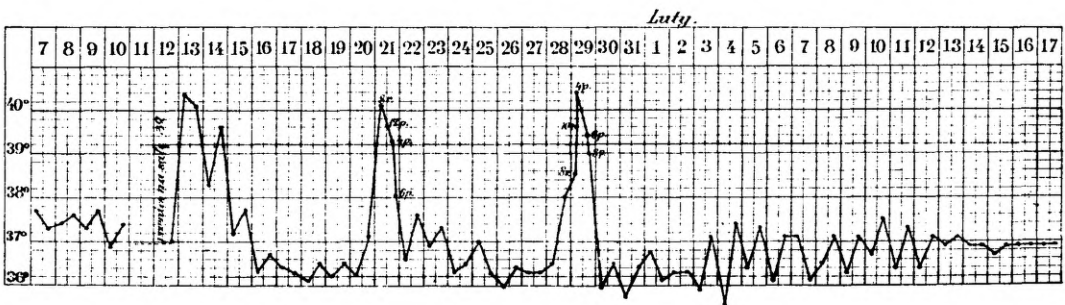
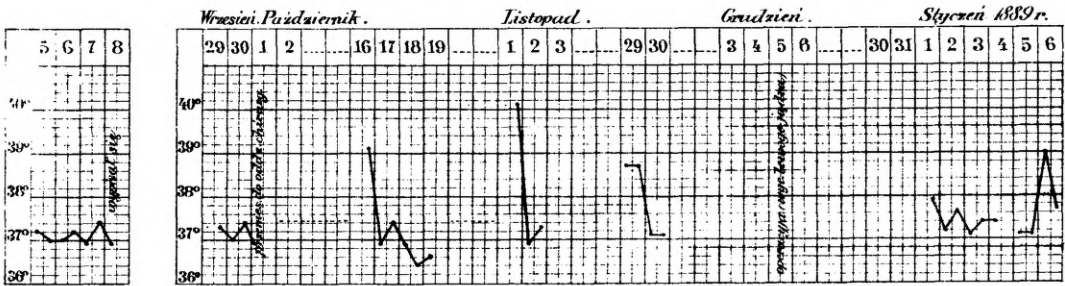
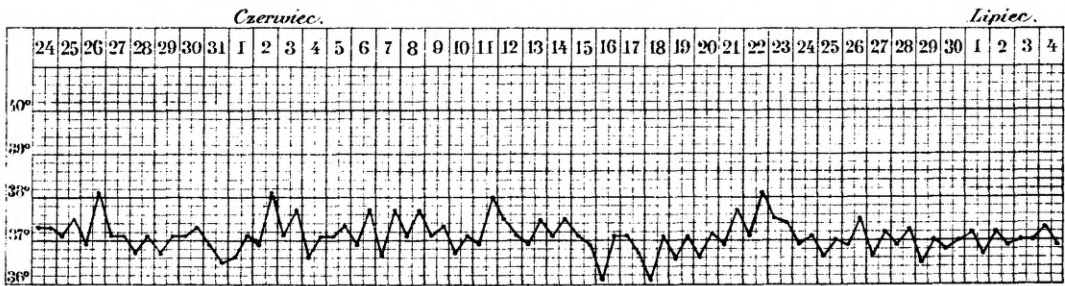
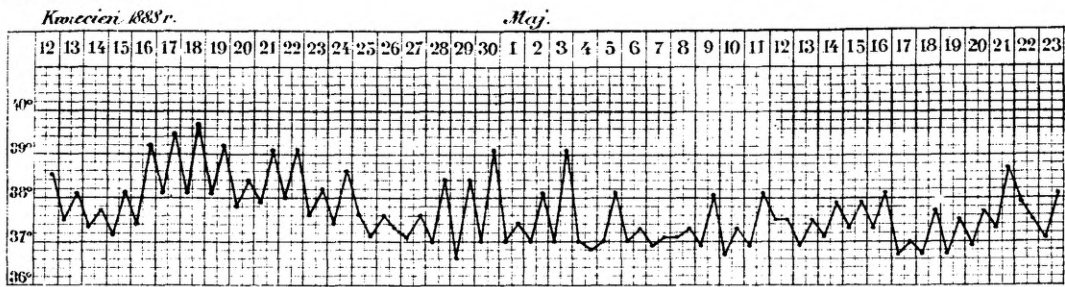
W XII tomie czasopisma „*Zeitschrift für klin. Med.*“ D-r KERNIG ¹⁾ podał ciekawy przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka, dotyczący prosektora jednego ze szpitali petersburskich, D-ra ALBRECHT'a, który uległ zarażeniu przy sekcji trupa nosaciznowego. Autor, który z małemi przerwami, ciągle obserwował chorego przez 20 prawie miesięcy, od daty zachorowania aż do śmierci, podaje szczegółowy opis całego przebiegu i badania pośmiertnego i zaznacza trudność ścisłego rozpoznania, z jaką miano do czynienia wskutek niezwykłego przebiegu cierpienia i wobec braku w literaturze szczegółowych opisów przebiegu przewlekłej nosacizny. Rozpoznanie wahało się tu między przymiotem, ropnicą, zakażeniem jadem trupim, zapaleniem wsierdza i przypuszczeniem nosacizny, a dopiero badanie bakteryjologiczne, dokonane poczęści przez KUETTNER'a, głównie zaś przez LOEFFLER'a, który wyhodował z przysłanej mu ropy odkryte przez się laseczniki nosaciznowe i wywołał, szczepiąc tę hodowlę, nosaciznę u świnek morskich, rozstrzygnęło wszelkie wątpliwości. Wspomina o tym przypadku LOEFFLER ²⁾ w dużej swej pracy „*Die Aetiologie der Rotzkrankheit*“, wyraźnie zaznaczając, że dzięki hodowlom i szczepieniu, rozpoznanie, mimo tytułu wątpliwości, postawionem zostało ściśle. Opierając się więc na zdaniu tego badacza, musimy z tem większą pewnością polegać na ścisłości rozpoznania, i zyskujemy w obserwacji KERNIG'a niezmiernie szczegółowy, pierwszy dotychczas opis przebiegu przewlekłej nosacizny, jakkolwiek BAUMGARTEN ³⁾ w roczniku swym za rok 1887 poddaje poniekąd w wątpliwość ścisłość rozpoznania, opierając się na przebiegu, a głównie na wyniku badania pośmiertnego, a poczęści przypuszczając możność przypadkowego zanieczyszczenia przesłanej LOEFFLER'owi ropy, którą ten bakteryjolog otrzymał w kilka dni dopiero po ze-

¹⁾ KERNIG. Ein Fall von chronischem Rotz [Wurm] beim Menschen. Z. f. kl. M. XII. 1887.

²⁾ LOEFFLER. Die Aetiologie der Rotzkrankheit. Arbeit. aus d. Kais. Gesundh. I. 3. 1886.

³⁾ Jahresbericht ü. d. Fortschr. in. d. Lehre von d. pathog. Mikroorgan. etc. III. 1887. str. 161.

Blasiak Jakob



NB. Cyfry przy oznaczonej ciepłocie w dniach 2 i 29 k. 1911 wskazyują go - dany w tym czasie ciepłota była mierzona

braniu z chorego; przyjmuje on, że chory ten, dawny syfilityk, zmarł z przewlekłej septykopyemii.

Na oddziale prof. BARANOWSKIEGO [sala 32], w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, miałem sposobność obserwować w ciągu całego prawie roku przypadek przewlekłej nosacizny, w którym rozpoznanie zostało postawione również na zasadzie ścisłych badań bakteryjologicznych, i który, jakkolwiek nasuwał prawie od początku obserwacji przypuszczenie, że mamy do czynienia z nosacizną, jednak mógł przedstawiać pewne wątpliwości w rozpoznaniu.

Historyja przypadku tego jest następująca.

Blasiak Jakób, lat 19 liczący, chłopiec stajenny, przybył na oddział d. 12 Kwietnia 1888 r..

Wzrostu średniego, budowy krzepkiej i prawidłowej, układ mięsny rozwinięty dobrze, podkład tłuszczowy umiarkowany, skóra dość blada, elastyczna. Stan lekko gorączkowy [rano 37,6° C.; wieczorem 38,4° C.], tętno 64, oddechów 20.

Skarżył się na silny, targający ból w lewej nodze poniżej kolana, i bóle przechodzące w kończynach górnych i dolnych, na osłabienie, dreszczuki i poty, zjawiające się najczęściej w nocy.

Chory pochodzi z rodziny zdrowej i wyraźnie zaznaczył, że nigdy na nic nie chorował. Przed trzema tygodniami dostał mocnego bólu głowy w okolicy skroniowej i czołowej; ból ten po trzech dniach ustąpił, natomiast zjawiał się silny ból w lewej nodze, przyczem górna $\frac{1}{3}$ część goleni zaczęła puchnąć i pokryła się znaczną ilością małych, sinych płamek. Przed 10 mniej więcej dniami ból ten znacznie zmalał i obrzęk zaczął znikać, a równocześnie chory począł doznawać dreszczów, to mniej, to więcej silnych, codziennych, przyczem przez pierwsze kilka dni, jak twierdzi, silną miał gorączkę i w nocy się dość obficie pocił. Dodaje jeszcze, że na tydzień mniej więcej przed owym bólem głowy, a więc na 4 mniej więcej tygodnie przed zapisaniem się do szpitala zauważył, że na tylnej powierzchni lewej goleni miał czerwonawą krostkę, niebolesną, która do tej pory się nie zagoiła; na zapytanie odpowiada, że kataru w nosie nie miał wówczas, lecz że również była w nim krosta dość bolesna.

Przed 6 tygodniami, na trzy tygodnie przed rozpoczęciem choroby, Blasiak zgodził się za chłopca stajennego do właściciela dorożek. Poprzednik jego, chłopiec 17-letni, musiał rzucić służbę z powodu, iż, jak chory powiada, „zachorował na nosaciznę“, a wiadomości, zasięgnięte w szpitalu na Woli, dokąd go odwieziono, przekonały, że istotnie była to nosacizna, co potwierdziły i oględziny pośmiertne, gdyż chory ten zmarł po tygodniowym pobycie w szpitalu. Opowiedział przytem Blasiak ważny jeszcze szczegół, że gdy poprzednik jego zachorował, odbyte u właściciela dorożek oględziny lekarsko-policyjne miały wykazać, że obecne w stajni 3 konie są zdrowe, właściciel jednak, jak B. dodał, usunął na czas rewizyi dwa konie chore, a po rewizyi mył żłoby gorącą wodą, a stajnię wybielił wapnem. Wskazuje to nam prawdopodobne źródło zakażenia, któremu uległ zarówno nasz chory, jak i jego zmarły towarzyszy.

Badanie szczegółowe nie wykryło żadnych zбочeń w stanie narządów oddechania i krążenia. Brzuch lekko wzdęty. Śledziona nieco powiększona, górna jej granica pod VIII zębem, niewyczuwalna przy obmacywaniu.

Na lewej goleni, w górnej $\frac{1}{3}$ jej części, nieznaczny obrzęk niebolesny na dotyk; skóra w tem miejscu gładka i niezaczerwieniona. Na tylnej powierzchni prawej goleni niewielkie [około 7 milim. średnicy] owrzodzenie, dość głębokie o dnie ropiejącem i brzegach modzelowatych, bolesnych przy dotknięciu, a na-

około tegoż tkanki twarde, nacieczone, skóra zaś w okolicy wrzodu zlekka zaczerwieniona, łuszcząca się.

Gruczoły chłonne zwykłej wielkości; może tylko gruczoły pachwinowe po obu stronach bardzo nieznacznie powiększone.

Lewe jądro o $\frac{1}{3}$ część większe, niżli prawe; przyjądrza oddzielnie wymacać nie można; przy dotknięciu bardzo nieznaczna bolesność. Od kiedy powiększenie to trwa, chory nic powiedzieć nie umie, gdyż nie zwróciło to wcale jego uwagi. Rzeżączki chory nigdy nie przechodził. Zalecono o salicylan sodu, a na owrzodzenie oraz na miejsce obrzękle okłady z kwasu karbolowego.

W dalszym przebiegu choroby, przez następne 3 dni, chory ciągle gorączkował ¹⁾, miewał lekkie dreszcze i skarżył się na przemijające dość silne bóle, jak zaznaczał, „darcie“ w okolicy stawów, szczególnie kolanowych i ramieniowego prawego. Na skórze żadnych nowych wykwitów lub obrzęków nie było. Oprócz poprzednio stosowanego leczenia, zalecono jeszcze do wcierań w prawe ramię masę z jodku potasu z belladoną.

Od 16 do 24 IV. 88. chory gorączkował mocniej i parę razy się pocił. W okolicy prawego stawu kolanowego pojawiły się 3 małe, płaskie, czerwone guziczki, niezbyt twarde na dotyk i niebolesne, a w okolicy łędźwiowej lewej 1 takiż guzik i 2 krosty (*pustulae*). Guziczki te już po 24 godz. przeistoczyły się w krosty z ropiasto surowiczą zawartością. Nowe wykwity z charakterem guziczków, przechodzących następnie w krosty, zjawiały się przez dni parę w różnych miejscach na kończynach. Po paru [2—3] dniach trwania krosty pękały i przysychały. Wydzielina ropna z owrzodzenia na prawej goleni stała się obfitszą o charakterze posokowatym. W tym czasie chory zaczął się skarżyć na lekki ból w klatce piersiowej przy oddechaniu, w okolicy śledziony, lecz badanie obiektywne nie wykryło i tym razem żadnych zbroceń w narządach oddechowych, a śledziona się nie powiększyła. Oprócz tego chory zaczął się uskarżać na większy nieco ból w jądrze, które jednak się nie powiększyło. Ból w okolicy ramienia prawego trwał bez zmiany, a nacieczenie na lewej goleni znikało stopniowo bez śladu. Oprócz regulowania wypróżnień i odpowiedniej diety, podawano przez ten czas choremu chininę, na owrzodzenie na goleni stosowano opatrunek jodoformowy, a w lewą połowę moszny wcierało szaruchę.

W tym czasie poraz pierwszy dokonano badania bakteriologicznego zawartości jednej z krost przed jej pęknięciem, i otrzymano w hodowli *staph. pyog. aureus* i *albus*. Szczegóły wszystkich wogóle poszukiwań bakteriologicznych będą podane niżej.

Następne trzy dni chory był bez gorączki, nie uskarżał się na nic, tylko pod koniec wystąpił ból dość silny w okolicy lewego ramienia i zlekka zaczęła poboliwać przy dotknięciu okolica *condyl. extern. tibiae sinistrae*. W leczeniu od dnia 26. IV. nastąpiła zmiana, gdyż zaczęto systematycznie podawać do środka jodoform w kapsułkach żelatynowych po gr. 2—4 dziennie, obok chininy, podawanej od czasu do czasu.

Od 28. IV. do 9. V. chory nasz w początku gorączkował nieco silniej, następnie był stan bezgorączkowy na przemian z chwilowymi podskokami ciepłoty; dreszczki i lekkie poty powtarzały się, lecz nie codziennie i nie przy każdym podskoku ciepłoty. Stan ogólny był ciągle dobry. Na skórze zauważono parę nowych guziczków, które szybko przeszły w ropienie i zasychały; nacieczeń żadnych nowych nie zauważono. Owrzodzenie na goleni powoli się podgajało, a nabrzmienie jądra lewego zmniejszyło się. Na ból w okolicy lewego ramienia chory ciągle się skarżył.

¹⁾ Ciepłotę podajemy szczegółowo na karcie graficznej i do niej się odwołujemy przy dal-
szych wzmiankach o gorączce.

Dnia 9. V., przy stanie lekkogorączkowym, zauważyliśmy na wewnętrznym brzegu *m. deltoidei sinistri* ograniczony, dość twardy i bolesny na dotyk guz, kształtu podłużnego, mniej więcej 2—3 ctm. długi, 1 ctm. szeroki, który stopniowo się powiększał, do ropienia jednak nie doszedł. Z guza tego w d. 10. V. wyciągnąłem, za pomocą wyjałowionej strzykawki, kroplę krwawo-surowiczego płynu i poraz pierwszy otrzymałem charakterystyczne hodowle laseczników nosaciznowych; szczegóły podane będą poniżej.

W dniu 12. V. także nacieczenie, tylko znacznie większe, zauważono na zewnętrznej powierzchni prawego przedramienia, przyczem odrazu wystąpiło zaczerwienienie skóry na przestrzeni mniej więcej 10—12 ctm. długości i 3—4 szerokości. Guz ten na dotyk był bardzo bolesny i chory skarżył się już na dni parę przed jego wystąpieniem na silny piekący i rwący ból w tej okolicy.

Wreszcie 14. V. przy skargach chorego na silny ból w lewym udzie zauważono na wewnętrznym brzegu *m. quadricipitis cruris* głęboki, dość twardy, niewielki, podłużny wałek, przypominający takż wałek w okolicy lewego ramienia.

Dokonane w tym czasie [12. V.] badanie bakteriologiczne moczu nie dało żadnych pewnych wyników.

Równocześnie z występowaniem guzów zjawiały się od czasu do czasu bardzo nieliczne małe guziczki, przechodzące następnie w ropienie, aż po dzień 20. V. 88.; od tej daty nowych wykwitów skórnych już nie spostrzegano. Chory przez ten czas już tylko chwilami lekko gorączkował i skarżył się na osłabienie. W narządach wewnętrznych zmian żadnych nie znajdowano. Od 16. V. zauważono stopniowe choć powolne zmniejszanie się trzech wyżej opisanych guzów [nacieczeń] w mięśniach, które do ropienia nie doszły. Co zaś do owrzodzenia na tylnej powierzchni prawej goleni, to ono goiło się niezmiernie powoli, pod opatrunkiem jodoformowym. Jądro obrzmiałe natomiast zaczęło się nagle powiększać w ostatnich dniach tak, iż 15. V. zaznaczono jego powiększenie prawie w trójnasób w porównaniu z prawem. Przez cały czas chory bez przerwy używał po gr. 4 jodoformu, od czasu do czasu miał podawaną chininę, a przy tworzeniu się nacieczeń stosowano okłady z kwasu karbolowego i kąpiele ciepłe; w mosznę przy powiększaniu się jądra wcierano szaruchę.

Następnie cały okres przebywania chorego w szpitalu od czasu zjawienia się ostatnich wykwitów skórnych, t. j. od 20. V., aż do chwili wypisania się w dniu 8. VII. 88, charakteryzował się ciągłą, stopniową poprawą w stanie ogólnym i znikaniem wytworów miejscowych. Chory przez cały ten czas nie gorączkował, jedynie cztery razy [26. V., 2, 12, i 22. VI.] ciepłota wieczorna podnosiła się do 38° C., tętno dość mocne wahało się między 68—80. Waga ciała, od czasu zjawienia się ostatnich wykwitów, podniosła się o 10 funtów i wynosiła 141 funtów. Co do nacieczeń w okolicy obu stawów ramieniowych i na lewym udzie, to te do ropienia nie doszły i zniknęły bez śladu w początkach Czerwca, a więc przetrwały przez miesiąc prawie. Owrzodzenie na prawej goleni zagoiło się całkowicie dopiero na początku Lipca, przetrwało więc bardzo długo, gdyż, jak wiemy, chory już z niem przybył do szpitala. Tylko nacieczenie w lewym jądrze, jakkolwiek bardzo znacznie się zmniejszyło, nie przeszło jednak bez śladu; bolesność przy dotykaniu zniknęła, a samo jądro zaledwo o $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ objętości większem było od prawego, tak, że od d. 15. V. nastąpiła bardzo znaczna redukcja objętości, uderzała jednak znaczna twardość. Wogóle w tym okresie chory skarżył się jedynie na często powtarzający się ból w lewym boku, przechodzący dość nagle i trwający po dni kilka. Badania klatki piersiowej nie wykazywało nigdy żadnych zaburzeń w narządach oddechowych,

a zwłaszcza ani śladu zajęcia opłucnej nigdy nie było; kaszlu też nigdy nie było. Jedynie śledziona, zazwyczaj sięgająca górną swą granicą nieco powyżej IX żebra, przy bólach tych nieco się powiększała i sięgała do żebra VIII; chociaż nabrzmienia śledziony wcale nie towarzyszyły stale bólom. Powiększenia te chwilowe zauważono około 3, 8, 15 i 24 VI. i trwały dzień do dwóch; chininy już w tym okresie nie podawano. Chory w tym okresie używał dalej do środka jodoformu [ogółem przez czas pierwszego swego pobytu w szpitalu wyżył jodoformu 280 granów], na owrzodzenie stosowano w dalszym ciągu masę jodoformową, a na mosznę po zaprzestaniu wcierań szaruchy zastosowano opaskę uciśkową FRICKE'go. W ostatnich trzech tygodniach pobytu chory używał stale kąpeli ciepłych.

Chory, mając się za zupełnie zdrowego, pomimo nalegań, aby pozostał nadal w oddziale, wypisał się w dniu 8 Lipca, jak to widzieliśmy, ze znaczną poprawą. Jakkolwiek w pierwszych dniach mogły się nastroić wątpliwości co do natury cierpienia i pierwotne przypuszczenie, jak zwykle w takich razach, było, że mieliśmy do czynienia z gościem stawowym i mięśniowym, to jednak liczniejsze występowanie wykwitów skórnych, wobec danych, poczerpniętych z wywiadów, utwierdzało w mniemaniu, że mamy do czynienia z nosaczyną w dość łagodnej postaci. Pierwsze hodowle z krost na udzie [16. IV.] nie potwierdziły rozpoznania, gdyż udało mi się wyhodować tylko bakteryje ropotwórcze, a mianowicie *staph. pyogenes aureus* i *albus*, a dopiero hodowle z soku, wyciągniętego wyjałowioną strzykawką ze świeżego nacieczenia w tkance mięśniowej około stawu barkowego, dokonane w dniu 10 V. 88., usunęły wątpliwości, gdyż otrzymałem w nich, zachowując wszelkie niezbędne w takich razach ostrożności, typowe hodowle *laseczników nosaciznowych*, które po przeniesieniu następnie na różne grunty odżywcze, jak żelatynę, agar, agar glicerynowy, a wreszcie, co najważniejsza, na *kartofel*, na którym, jak wiemy, kolonie *laseczników nosaciznowych* wyglądają najcharakterystyczniej, dały typowe, czyste hodowle tych bakteryj. Szczepień na zwierzętach za pierwszym pobytom chorego w szpitalu nie robiłem, po pierwsze dlatego, że w danej chwili nie rozporządzałem odpowiednim materiałem, t. j. nie miałem świnek morskich, lub, co lepiej, myszy polnych, a braki takie w naszych warunkach w Warszawie są rzeczą bardzo częstą, a powtóre nie uważałem za konieczną rzecz przeprowadzać tej metody badania, wobec typowego obrazu hodowli, zarówno makroskopowego, jak i drobnowidzowego.

Pozostawała jedynie wątpliwość co do natury sprawy w jądrze, gdyż byłoby to umiejscowienie bardzo niezwykle sprawy nosaczynowej u człowieka. Nasuwała się więc myśl, czy w jądrze nie zachodzi jaka sprawa zapalna, lub nowotworowa, istniejąca całkiem niezależnie obok choroby, głównie nas tu interesującej, a w pierwszym szeregu zjawiało się przypuszczenie, czy nie jest to *przymiot*, lub *gruźlica*, chociaż chory stanowczo przeczył, aby na cośkolwiek bądź kiedy chorował, i w rodzinie jego nigdy przypadków gruźlicy nie było. Podczas drugiego pobytu dopiero kwestyja ta, na zasadzie hodowli i szczepień na zwierzętach, została wyjaśnioną.

Chory pokazał się nam nanowo dopiero po upływie prawie trzech miesięcy, w dniu 29 Września 1888 r., gdy z powrotem zapisał się na nasz oddział.

[D. n.]

II. O RANACH PRZEPONY.

Podał

Bronisław Sawicki,

Asystent kliniki chirurgicznej szpitalnej.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 45].

Numer bież.	Nazwisko autora.	Płeć, zajęcie i wiek.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
21	FAR- WELL.	Robot- nik.	Przed 16 laty ude- rzony w brzuch bufo- rami wagonu, po- czem w ciągu kilku tygodni miewał na- pały kurczowych boleści brzucha. Po- tem wszystko prze- szło i chory zajmo- wał się pracą.	Objawy niestrawno- ści bez duszności w ciągu 16 dni.	Śmierć z wyniszcze- nia.	Otwór, przepuszcza- jący 3 palce, poza <i>centrum tend.</i> , nieco bardziej na lewo od linii środ. W lewej opłucnej: żołądek, pętlice kiszek.	
22	PRAT.	Męż- czyzna lat 45.	Przy podnoszeniu ciężaru przed 5 laty uczuł silny ból kłó- jący w lewym bo- ku. W kilka dni po- tem wystąpił w 9 le- wym międzyżebżu guzik wielkości gro- chu. Od 3 lat wymio- ty i rozwolnienie.	Guz wielkości jaja kurzego na lewej ścianie piersiowej, nieodprowadzalny, sprężysty, w górnej części daje odgłos, bębniasty, powiększa się i twardnieje przy kaszlu.			
23	KÖNIG.	Męż- czy- zna.	Uderzony w piersi.	Objawy odmy pier- siowej.	W rok po obrażeniu śmierć.	Rozerwanie lewej połowy przepony. W lewej opłucnej: żołądek i część śle- dzionny.	
24	Z wojny amery- kańskiej.	Żoł- nierz lat 29.	Postrzelony w lewą połowę piersi.		Wyzdrowiał po kilku miesiącach.		Po 7 latach miał przepu- klinę w le- wym 8 mię- dzyżebżu, w pobliżu kątów żebrowych. Niezdolny do pracy.
25	Z wojny amery- kańskiej.	Kapi- tan.	Raniony kulą kara- binową w 8 lewej międzyżebrze, o 9½ cali na lewo od wy- rostka mieczykowa- tego.	Złamanie lewego 9 żebra, rana płuc, przepony i przewo- du pokarmowego. Z rany wypadł ka- walek płuca wiel- kości pomarańczy.	Ranę rozszerzono; ponieważ odprowa- dzenie nie udało się, podwiązano wypa- dniętą część płuca. Po odpadnięciu o- statniej, rana się za- goiła, lecz wytwor- zyła się na tem		Niespełna w 4 lata po zra- nieniu guz na- głe powiek- szył się po wysiłku, wy- stąpiły bole- ści, zaburze- nia w trawie-

Numer bież.	Nazwisko autora.	Płeć, zajęcie i wiek.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
26	Z wojny amerykańskiej.	Żołnierz.	Postrzelony kulą karabinową.	Rana 4 cale poniżej lewej pachy, drażąca do jamy brzusznej. Kula wyszła o 2 cale na lewo od kolumny pacierzowej.	miejsu przepuklina wielkości jaja. Kula w 5 dni po zranieniu wyszła ze stołcem. Z rany wydobyto kawałki kości i odcięto kawałek sieci. Po 10 miesiącach wyzdrowienie z wytworzeniem przepukliny.		niu, kruczenie w guzie. Naznaczono opaskę. W 9 lat po zranieniu chory miał się dobrze, nie mógł tylko szybko chodzić i dużo jeść odrazu. Guz pozostał.
27	Z wojny amerykańskiej.	Żołnierz.	Postrzelony kulą karabinową.	Kula weszła w 11 międzyżebżu, strzaskała prawe 12 żebro i wyszła nieco na prawo od wyrostka mieczykowatego. Przez przednią ranę wypadła część płuca, z tylnej — sączyła się żółć. Niewielka bolesność w okolicach przepony i duszność.	Po 25 dniach ustał wypływ żółci i zmniejszyła się wypadnięta część płuca. Rana zagoiła się, lecz pozostał guz nieodprowadzalny, przy którym pod skórą leżała kula. Przy usuwaniu ostatniej sprawdzono, że guz był nieodprowadzalną przepukliną sieci.		
28	Z wojny amerykańskiej.	Żołnierz.	Przebitý bagnetem.	Bagnet przebił dolną część lewego płuca, przeponę i, idąc na dół i w tył, wyszedł przez prawe płuco.	Śmierć po 2 dniach.		
29	Z wojny amerykańskiej.	Żołnierz lat 26.	Postrzelony kulą stożkową.	Kula weszła w 2 prawem międzyżebżu nad sutką, przebiła płuca i uwięzła w lewej części przepony. Krwioplucie. Po 2 miesiącach wymioty żółciowe i jednocześnie wypływ żółci z rany.	Wyzdrowienie.		Pozostały: przeszywający ból w lewym boku, duszność przy chodzeniu.
30	THIÉRY.	Szewe lat 41.	Postrzelił się z rewolweru.	Rana poniżej lewej brodawki sutkowej. Objawy odmy piersiowej.	Po 4 dniach śmierć.	Kula przebiła 6 międzyżebże, mięsień przepony, górną część śledziony, po raz drugi przeponę; wreszcie uwięzła w	

Numer bież.	Nazwisko autora.	Płeć, wiek i zajęcie.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
31	FISCHER.	Żoł- nierz.	Postrzelony kulą karabinową.	Kula weszła w 5 prawem międzyże- brzu o $\frac{1}{2}$ cala na ze- wnątrz od linii sut- kowej i wyszła przy 12 kręgu grzbiet. Żółtaczka, ból w łop- atce, kałowa wy- dzielina z ran. Dwa- kroć <i>pleuritis</i> i <i>peri- tonitis</i> .	Śmierć po 38 dniach wskutek <i>pyopneumo- thoracis</i> i <i>peritonitidis suppurativae</i> .	10 międzyżeb- rowa, ra- niąc tętnicę między- żebrową. Płuca i serce nietknięte; w opłucnej krew.	
32	POLLAI- LON.		Zranienie.	Rana drażąca w 6 lewej przestrzeni międzyżebrowej. <i>Haemo-pneumo- thorax</i> .	Śmierć.	Dwie rany przepony: jedna, 2 ctm. długa, leży nieco nazewnątrz od <i>pericardium</i> ; druga $1\frac{1}{2}$ ctm. dłu- ga, przebija mięsień przepony i leży bard- ziej z tyłu i ku środ- kowi. W ostatniej ranie została zranio- na <i>vena diaphragma- tica infer</i> ; wskutek aspiracyi krew z niej dostała się do opłuc- nej. Przebity nadto lewy brzég wątroby.	
33	LADMI- RAL et OZENNE.	Rze- znik lat 21.	Postrzelili się z pi- stoletu, nabitego od- łamem pręta od firan- ek.	Rana w prawem 6 międzyżeb- row. Ból w prawem podżebrzu. We dwa dni po zra- nieniu wymioty i stolec krwawe, żół- taczka. <i>Pericarditis</i> , <i>pleuritis dext.</i>	Śmierć.	Złamanie żebra, tuż pod którym zabliź- niające się prze- dziu- rawienie przepony. Rana górnej po- wierzchni wątroby, otoczona małemi ro- pniami.	
34	SCHOLZ.	Stu- dent lat 22.	Postrzelili się z re- wolweru.	Rana w 7 lewem międzyżeb- row, na li- nii sutkowej. Kula wyczuwalna pod ką- tem łopatki. Wymio- ty krwawe, boles- ność, odbijanie, łąka- nie, oddech krótki, przerzywany, skur- czowy. Wypuk daje: tępość do 6 żebra, niżej na 2 calowej przestrzeni odgłos bębniasty, poniżej tę- pość do pępka. Od- dech osłabiony.	Wyzdrowienie po $1\frac{1}{2}$ miesiąca.		Autor, opiera- jąc się na ob- jawach, roz- poznał zranie- nie płuca, przepony i żołądka.

Numer bieg.	Nazwisko autora.	Płeć, wiek i zajęcie.	Wywiady.	O b j a w y.	Leczenie i zejście.	Badanie pośmier- tne.	Uwagi.
35	WEISS.	[Męż- czyzna lat 27.	Przejechany wozem przez brzuch.	Ból brzucha, upadek sił, najboleśniejsze miejsce na <i>linea pa- rastern.</i> pomiędzy pępkiem i łukiem żebrowym. Po 15 dniach żółtaczka, stąpienie na prawej stronie brzucha i piersi.	Z prawej opłucnej wydobyto około 1600 ctm. sześcienn. cie- mno - oliwkowego płynu, zawierającego składniki żółci i ko- mórki wątroby. We 2 miesiące potem na prawo od pępka po- kazał się ropień, któ- ry w 1 1/2 miesiąca później opróżniono.		Autor przy- puszcza, że wątroba pę- kła na miej- scu <i>lig. coro- narii</i> , gdzie ona nie jest pokryta otrze- wną. Ztąd je- dna część płynu żółciowe- go dostała się do opłucnej, druga zaś o- puściła się po <i>lig. teres</i> i spowodowała <i>peritonitidem</i> <i>circumscrip- tam.</i>
36	KOSIŃSKI.	Gospo- darz lat 44.	Postrzelony z re- wolweru.	Rana na kości pier- siowej na przeciw 5 przestrzeni między- żebrowej. Wymioty krwawe, czkawka, bolesność, wzdęcie brzucha.	4-go dnia laparoto- mija. Znalezione : ranę wątroby i żo- łądka, <i>peritonitidem</i> . Ranę żołądka zaszy- to. Następnego dnia śmierć.	Kula zraniła płuco, przebiła mięsień przepony w odległo- ści 3 palców od że- ber, przeszła przez żołądek w 2 miej- scach, przez <i>mesoco- lon</i> i uwięzła w głów- ce trzustki. Otwór w przeponie zale- dwie przepuszczał zgłębnik, podbie- gnięć nie było.	
37	KOSIŃSKI.	Pomo- cnik rejenta lat 22.	Zranił się dwoma wystrzałami z re- wolweru.	Jedna rana na lewej linii sutkowej w 7 międzyżebżu; kulę wyczuwa się z tyłu pod skórą, w 10 mię- dzyżebżu w odle- głości 4 ctm od ko- lunmy pancerzowej. <i>Pneumothorax</i> , kło- cie w lewej połowie piersi. Druga rana w podniebieniu twar- dem, nieco na lewo od linii pośrodkowej. Nie widzi na lewe oko, ból głowy.	Po 4 dniach śmierć.	Kula przebiła opłu- cna, przeponę, żo- łądek, znowu prze- szła do opłucnej, raniąc dolny płat płuca. Żołądek prze- bity w dwóch miej- scach na <i>curvatura</i> <i>minor</i> .	
38	Mój przyp.						

Przedostatnie przypadki otrzymałem prywatnie od prof. KOSIŃSKIEGO, za co mu niniej-
szem podziękowanie składał.

L I T E R A T U R A.

1) CÆLSUS. O lecznictwie (*De medicina libri octo*), przekład prof. ŁUCZKIEWICZA, Lib. 5. Cap. 26, 18. — 2) GALENUS. Methodi medend. Lib. 5. Cap. 9. — 3) WOLFES. Leberabscess mit Durchbruch in die Bronchien. Deut. Klinik. 1864. Nr. 1. — 4) SCHOLZ. Schusswunde durch Magen, Zwerchfell und Lunge. Wien. med. Wochenschrift. 1864. Nr. 3 i 4. — 5) KAUFMANN. Ueber die Krankheiten des Zwerchfells. Deut. Klinik. Nr. 23, 24, 27, 30, 32, 33, 35, 36, 39. — 6) ENGEL. Fall v. geheilten Zwerchfellriss. Wien. med. Wochenschrift. 1867. Nr. 47. — 7) LADMIRAL et OZENNE. Plaie par arme à feu. Gaz. des hôpit. 1873. Nr. 18. — 8) VEDRIÉ. Cas de hernie diaphragmatique étranglée. Gaz. des hôpit. 1871. Nr. 38. — 9) POPP. Erworbene Zwerchfells hernien. Deut. Zeitschft. f. Chir. Bd. 1. pag. 59. — 10) BANGA. Fall v. Zerreißung des Zwerchfells u. Magens. Deut. Zeitschft. f. Chir. 1874. Bd. IV. pag. 486. — 11) FOUCHAS. Hernie diaphragmatique immense. Gaz. des hôpit. 1875. Nr. 37. — 12) The medical and surgical history of the war of the rebellion. 1861—1865. Washington. 1875. VI. p. 467, 480, 514, 515, 516, 536. V. II. p. 25. — 13) LEICHTENSTERN. Zur Diagnose d. Hernia diaphr. Berl. kl. Wochenschrift. 1874. Nr. 40—44. — 14) WEISS. Traumatischer Leber-Zwerchfellriss. Arch. f. kl. Chir. 1877. Bd. XXI. p. 235. — 15) OBTUŁOWICZ. Rzadki przypadek przepukliny przeponowej. Przegląd lekarski. 1877. Nr. 17; dyskusyja. Nr. 15. — 16) KLINGELHÖFFER. Ein Fall v. Hernia diaphr. mit Einklemmung u. Perforation d. Magens. Berl. kl. Wochschft. 1877. Nr. 13. — 17) POLAILLON. Plaie pénétrante la poitrine intéressante la diaphragme en deux points. Rev. d. scien. méd. t. XIII. p. 682. — 18) BREMMER. Zerreißung d. Zwerchfells in d. rechten Seite in Folge gewaltiger Auftreibung d. Magens. Rev. d. scien. méd. t. XIV. p. 86. — 19) DELAHOUSSE. Contribution à l'étude d. maladies chirurgicales du diaphragme. Rev. d. scien. méd. t. XXVII. p. 700. — 20) PRAT. Rev. d. scien. méd. t. XXVII. p. 701. — 21) BARDENHEVER. Ein Fall v. Hernia diaphrag. Berl. kl. Wochschft. 1879. Nr. 14. — 22) THIRIAR. VIRCHOW's Jahresberichten. 1880. Bd. II. p. 423. — 23) SCALZI. VIRCHOW's Jahresberichten. 1881. Bd. II. p. 415. — 24) LACHER. Ueber Zwerchfells hernien. Deut. Arch. f. kl. Med. 1880. Bd. XXVII, p. 268. — 25) DIETZ. Neue Beobachtungen über d. Hernien d. Zwerchfells, dissert. 1881. Strassburg. — 26) TILLMANUS. Ueber d. Communicationen d. Magen-Darmcanales mit d. Brusthöhle u. über subphrenische Kothabscesse. Arch. f. kl. Chir. 1881. Bd. XXVII. p. 103. — 27) HJALT i LINDAU. VIRCHOW's Jahresberichten. 1882. Bd. II. p. 400. — 28) BEALE. VIRCHOW's Jahresberichten. 1882. Bd. II. p. 399. — 29) LLOYD. VIRCHOW's Jahresberichten. 1883. Bd. I. p. 523. — 30) BRANCACCIO. VIRCHOW's Jahresberichten. 1883. Bd. p. 445. — 31) WEED. VIRCHOW's Jahresber. 1883. Bd. II. p. 445. — 32) HUBER. VIRCHOW's Jahresber. 1883. Bd. II. p. 523. — 33) GLEESON. VIRCHOW's Jahresber. 1884. Bd. II. p. 439. — 34) BRINTON. VIRCHOW's Jahresber. 1884. Bd. II. p. 414. — 35) HOROCH. Zur Casuistik de Diaphragmalhernien. Allg. Wien. med. Zeit. Nr. 50—53. — 36) GUETERBOCK. Ueber Echinococcus subphrenicus mit Durchbruch in Lungen u. Darmkanal. Deut. Zeitschft. f. Chir. 1884. Bd. XX. pag. 82. — 37) THOMA. Vier Fälle d. Zwerchfellsbruch. VIRCHOW's Archiv. Bd. LXXXVIII. p. 515. — 38) KORTRIGHT. Centr. f. Chir. 1885. Nr. 36. — 39) SICK. Eine seltene Form v. Hernia diaphragmatica. Berl. klin. Wochschft. 1886. Nr. 20. — 40) SKŁIFASOWSKI. Hernia diaphragmatica. Miedicinskoje Obozrienie. 1886. Nr. 5. — 41) KAUFMANN. Zwerchfellhernie mit Incarceration d. Magens durch Axendrehung. Deut. med. Wochschft. 1887. Nr. 28. — 42) FARWELL. Hernia diaphragmatica traumatica. Lancet. 1888. June. — 43) THIÉRY. Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Gaz. méd. de Paris. 1887. Nr. 31. — 44) PRZEWÓSKI. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowej. Gazeta Lek. 1888. Nr. 38—42. — 45) FISCHER. Handbuch d. Allg. u. spec. Chir. [PITHA i BILLROTH]. 1878. Bd. I. T. 2, p. 253. — 46) FISCHER. Deut. Chir. Kriegschirurgie. 1882. Bd. I. Lief. 17a. p. 327. — 47) EMMERT. Lehrbuch d. Spec. Chirurgie. Bd. II. p. 75. — 48) RIEDINGER. Deut. Chir. Verletzungen u. chir. Krankheiten d. Thorax. 1888. p. 200. — 49) MATLAKOWSKI. Przypadek ropnia podprzeponowego. Nowiny lekarskie. 1889. Nr. 1 i 2. — 50) KÖNIG. Lehrb. d. spec. Chir. 1885. Bd. II. p. 8. — 51) NAUMANN. Hernia diaphragmatica. Centr. f. Chir. 1888. Nr. 48. — 52) PRZEWÓSKI. Jeszcze jeden przypadek przepukliny przeponowej. Gazeta Lekarska. 1889. Nr. 34.

Wiadomości bieżące.

— Prof. D-r HOYER po trzydziestoletniej służbie został zatwierdzonym na dalsze lat pięć jako profesor Histologii przy Uniwersytecie Warszawskim.

— Konkurs na posadę ordynatora etatowego oddziału chorób dziecięcych i domu podrzuteków w szpitalu Dzieciątka Jezus odbyć się ma 4-go Grudnia r. b. Pragnący stanąć do konkursu winni się zgłosić z podaniem do Rady Miejskiej Warszawskiej najdalej na siedm dni przed wyrażonym powyżej terminem.

Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablica litograficzna do pracy M. JAKOWSKIEGO, p. t. „Niezwyczajny przypadek przewlekłej nosaczyny u człowieka”.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Ноября 1889 г.

Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 29.

Collempласти. Plastry kauczukowe podług systemu D-ra Unna.

Unguenta extensa podług systemu D-ra Unna.

Emplastrum adhaesivum americanum odznacza się nadzwyczajną lepkością.

Saponimenta, używane z wielkiem powodzeniem w klinikach zagranicznych przy chorobach skórnych: *ichthyoli* 10%, *pyrogalloli* 5%, *resorcini c. Natro salicilico* an 10%, *picis liquidae* 10%, *Olei rusci spissi* 10%, *picis liquidae sulfuratum* 10:2%.

Mydła przetłuszczone, podług systemu D-ra Unna: *lecnicze* (5% wolnego tłuszczu) z zapachem, *Karbolowe* 10% i 5%, *Salicylowe* 10%, *Sublimatowe* 2 i 5 na 1000, *dziegciowe* 10% i 20%, *siarczane* 10%, *ichtyolowe* 10%.

Mydło rezorcyno-salicylowe aa 3% używane z wielkiem powodzeniem przez D-ra Unna przy *eczema seborrhoeum*.

Emplastrum plumbi simplex pulveratum (*ex oleo oliv. prov. paratum*) z dodatkiem amyli i *Acidi borici*.

Urethral-Antrophore używane z wielkiem powodzeniem w klinikach zagranicznych przy ostrych i przewlekłych tryprach: z *thalinum sulfuricum* 2 i 5%, *Zincum sulfuricum* 0.25%, *resorcinum* 2.5%, *alumen* 0.2%—długości 3 i 22 ctm. Na żądanie przygotowuję i z innemi preparatami.

Oryginalne preparaty: *Oleum Rusci Hebrae*, *Oleum Rusci spissum*, *Tra Rusci Hebrae*, *Sapo kalinus Hebrae*.

Wyłączny skład ulepszonych suspensoryj *Langlebert'a*, które uznane zostały za najpraktyczniejsze i najwygodniejsze.

E. Jarnuszkiewicz.

52—1

Właściciel apteki Nowy-Świat № 35.

ARCO-MARIENBAD

D-r Stanisław Prager praktykuje jak dawniej do Maja w Arco a podczas lata w Marienbadzie.

6—1

Wyszedł z druku.

ROCZNIK LEKARSKI

na rok 1890.

WYDAWNICTWO „MEDYCYNY“

i zawiera

1) Krótki zarys badania drobnowidzowego najważniejszych bakterii chorobotwórczych. Przez D-ra M. Jakowskiego. 2) Badanie nerwów. Skreślił A. Fabian. 3) Śmierć pozorną, ożywienie oraz pierwsza pomoc przy nagłych wypadkach. Przez Prof. Alb. Guttstadt'a. 4) Najwyższe dawki środków lekarskich. 5) Dawkowanie ważniejszych środków dla dzieci. 6) Środki do podskórnych zastrzykiwań i ich zastosowanie. Przez prof. O. Liebreich'a. 7) Dawkowanie najbardziej używanych środków do wdychania, penzlowania i wdmuchiwania. 8) Wskazówki do rozbioru mocz. Skreślił dr. W. Mayzel. 9) Tabela rozpuszczalności przetworów chemicznych w wodzie, wyssoku i eterze przy + 15°. 10) Tabela wagi uncyjowej i grammowej. 11) Ilość kropeł rozmaitych płynów zawartych w skrupule i grammie. 12) Waga kropeł, zawartości łyżki i t. d. 13) Tabela nasyceń alkali i kwasów. 14) Tabela porównawcza skali 3-ch cieplomierzów. 15) Taksa lekarska. 16) Pierwsza pomoc w otruciach ostrych. 17) Ważniejsze źródła lecznicze. 18) Najbardziej używane kąpiele lecznicze. 19) Nowe leki i dawniej znanych nowe zastosowanie. 20) Dokładne adresy lekarzy praktykujących i urzędujących w Warszawie i na prowincyi. 21) Dziennik z kalendarzem na r. 1890. 22) Tabelka do zapisywania i obliczania daty spodziewanego porodu. 23) Ogłoszenia.

Cena Rocznika oprawionego w płótno angielskie 1 rs. 20 kop. Z przesyłką pocztową 1 rs. 40 kop. Życzący sobie otrzymać Rocznik zechcą zażądać go na załączonej do N-ru dzisiejszego karcie lub na karcie pocztowej zaznaczając: czy pieniądze nadesłać czy też (co jest najdogodniej) Administracya Medycyny na go wysłać za zaliczeniem pocztowem, przyczem nabywający żadnych kosztów więcej nie ponosi.

APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne — Nowe środki
lekarskie — Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska, oraz
wszelkie przetwory, używane przy badaniach mikroskopowych
poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO, dawniej E. Wenera,
w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—42

Najskuteczniejsza przeczyszczająca Woda gorzka

FRANCISZKA JÓZEFA

polecona przez pierwszorzędných słynnych lekarzy, z powodu swego pewnego, a przytem łagodnego skutku, dosyć przyjemnego smaku, a także z powodu, że przy dłuższem używaniu nie wywołuje przykrych następstw. — Mała dawka.

16—1

Sprzedaż wszędzie. Dyrekcyjia w Budapeszcie.

A P T E K A

H. H U B E R T A

w Warszawie, plac Grzybowski № 10.

Ma zaszczyt podać do wiadomości PP. lekarzy, zwłaszcza Dermatologów, że posiada na składzie oryginalne Hamburgskie mydła lekarskie przetłuszczone (ueberfettete medic. Seife), podług przepisu D-r Einchoffa, wyrobu Th. Douglasa (patrz Monatshefte f. praktische Dermatologie, Studienheft I, 1889), a mianowicie: 1) Resorcynowo-salicylowe, 2) Resorcynowo-salicylowo-siarczane, 3) Resorcynowo-salicylowo-siarczano-smołowe, 4) Kreozotowo-salicylowe, 5) Jodoformowe, 6) Jodowe, 7) Ichtyolowe, 8) Chininowe.

3—1

MATTONI'EGO

GISSHÜBLERnajczystsza
SZCZAWA

· a l k a l i c z n a ·

Wybornie wypróbowana przy:

Chorobach narządów oddechania i trawienia przy pedogrze, niezycie żołądka i pęcherza,
a przedewszystkiem przy chorobach dzieci.

Używana przed i po kuracyi Karlsbadzkiej

MATTONI'EGO

WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL

BOROWINOWA

LUG BOROWINOWY

najdogodniejszy środek do przygotowywania

kąpieli borowinowych i żelaznych w domu,

Wypróbowane od wielu lat przy:

Zapaleniu macicy i jajników, zapaleniu otrzewnej, blednicy, żoźach, krzywicy, upławach,
usposobieniu do poronień, porażeniach, parezach, małokrwistości, goścęu, pedogrze, rwie
kulszowej i hemoroidach.

MATTONI'EGO

Woda Gorzka z Buda-Pesztu

WYBORNY

ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY.

WYSYŁA wszystkie naturalne WODY MINERALNE
i produktu źródłowe**HEINRICH MATTONI**

FRANCENSBAD, — WIEDEN, — KARLSBAD.

MATTONI & WILLE, BUDA-PESZT.

26—24