

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. R. Jasiński. Spostrzeżenia dotyczące leczenia choroby Pott'a. — W kwestyi kodeksu etyki lekarskiej (odeinek). — II. W. Matlakowski. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych (dalszy ciąg) — korespondencyja z Wiednia. — *Dział Sprawozdawczy:* 2). Przepuszczający wysięk w stawach. — 30. Uwagi o leczeniu i rozpoznawaniu wysięków osierdzia. — 31. Pęknięcie macicy, drenowanie, zejście pomyślne. — Wiadomości zagraniczne. — Ogłoszenia.

I. SPOSTRZEŻENIA DOTYCZĄCE LECZENIA CHOROBY POTT'A.

Przez **R. Jasińskiego.**

Leczenie choroby Pott'a mechanicznym sposobem Sayre'a nie wzbudziło u nas, pomiędzy lekarzami, takiego zaufania, na jakie istotnie zasłużyło i jakim się ta metoda cieszy od lat kilku w Anglii i Niemczech. Pierwszy gipsowy pancerz nałożył u nas kollega Orłowski. Po nim zaś ja, Placzkowski, Peszke i Modrzejewski bliżej się tą kwestyją zajmowaliśmy i wszyscy, o ile wiem, bardzo przychylnie zapatrujemy się na tę nową zdobycz na polu chirurgii.

Większość jednak lekarzy, jak powiadam, nie ocenia dostatecznie wartości tego wynalazku, idąc za przykładem niektórych Francuzów, twierdzących jakoby nowa metoda amerykańska była tylko odświeżeniem starych, za nieużyteczne uważanych dzisiaj sposobów. Niektórzy autorowie francuzcy identyfikują metodę Sayre'a z metodą suspensyjną Glisson'a i Nuck'a, czerpią jednak wiadomość o tych ostatnich nie ze źródeł samych, lecz z cytat, po ortopedycznych podręcznikach zbieranych. Czytając jednak dzieło Glisson'a: „*De rachitide sive morbo puerili qui vulgo „The Rickets“ dicitur. London. 1661. p. 368.*“ przekonywamy się, że autor ten uważa zawieszenie krzywego dziecka za pewien rodzaj gymnastyki, mogący prostować skrzywione kości i stawy, przyspieszać wzrost, pobudzać ciepło życiowe. Nuck zaś, (*Operationes et experimenta chirurgica. Lugduni Batavorum. 1743. p. 85*) zaleca zawieszanie za szyję w traktacie: „*De colli incurvati restitutione*, główny jednak nacisk kładzie na stosowanie maści w której tłuszcz ludzki, lisi, oraz glisty ziemne najważniejszą grają rolę. Metody wyciągowej używa on jedynie w celu leczenia skrzywień szyi (*torticolis*), zależnych od skurczu lub porażenia mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego. Podobniejszą już do pancerza Sayre'a jest maszyna Roux, ulepszona przez Le

Vacher¹⁾ i wreszcie maszyna Taylor'a, oraz opatrunki krochmalowe doktora Kuhn de Gaillon, które nakładał na odlew gipsowy, zdjęty z chorego w położeniu leżącym na brzuchu. Wszystkie te maszyny, począwszy od przyrządu Roux, skończywszy na niezliczonej ilości pancerzy i Minerw, w których cała różnica polega na dodaniu paska, ujęciu śrubki, lub zmianieniu sprężynki, wszystkie one, powiadam, albo unieruchamiają tylko kręgosłup, albo stanowią przyrząd wyciągowy, w którym kontrextensyję wykonywa pas miednicowy, extensyję zaś Minerwa, na ruchomym umieszczona pręcie. Metoda zaś Sayer'a ma na celu rozciągnięcie chorego stawu i unieruchomienie kręgosłupa w tej nowo zdobytej pozycji. Że Sayer nie jest pierwszym wynalazcą metody suspensyjnej, to nie podlega kwestyi, gdyż mając na myśli dokładne unieruchomienie kręgosłupa za pomocą opatrunku gipsowego, nie łamał sobie wcale głowy nad wynajdywaniem wieszadła, lecz udał się w tym celu do Reynders'a w New-Yorku, który mu po prostu odbudował dawny przyrząd Glisson'a. Do końca 1874 roku zakładał on choremu czapraki z gipsu, po uprzednim wyciągnięciu poziomem, lub położywszy chorego na swych własnych kolanach, brzegi czapraka łączył sprężystymi taśmami na piersi i brzuchu. Dopiero w Listopadzie 1874 roku pierwszy raz próbował nałożyć całkowity pancerz z gipsu na cztero-letniemu dziecku, które, w skutek rozległego próchnienia trzech ostatnich kręgów grzbietowych i pierwszego lędźwiowego, miało porażenie częściowe odbytu i jednej kończyny dolnej. Próba się udała, gdyż dziecko po sześciu miesiącach wyzdrowiało²⁾.

Zadaniem metody Sayer'a jest zdjęcie ciężaru z chorego kręgu i unieruchomienie kręgosłupa w taki sposób, żeby chory nie był skazany na ciągłe nie-

1) *Traité du rakis ou l'art de redresser les enfants contre faits.* Paris. 1772.

2) *Oscar Jennings.* Du traitement mécanique des maladies de la colonne vertebrale. Paris. p. 11. 1880.

W KWESTYI KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ.

II.

W numerze 1-szym niniejszego pisma wypowiedziałem kilka ogólnych uwag, chcąc uzasadnić użyteczność ustalenia przez jakiekolwiek poważne ciało lekarskie formalnego kodeksu etyki lekarskiej. zakończyłem uwagi te przyrzeczeniem wypowiedzenia w dalszym ciągu projektu ogólnej formy i treści takiego kodeksu. Pozwalam sobie tedy dzisiaj, wedle przyrzeczenia, parę słów w tej kwestyi wypowiedzieć. Naprzód czuję potrzebę odpowiedzieć sobie na pytanie na jakim stanowisku powinni się postawić twórcy takiego kodeksu?

Mojem zdaniem układający kodeks etyki lekarskiej powinni z podwójnego wyjść punktu widzenia, a mianowicie: zarazem abstrakcyjnego i konkretnego. Konkretność odnosić się tu musi do wszystkich rzeczywistych stosunków stanu lekarskiego, trzeba w takim kodeksie poruszyć wszystkie istotne sprężyny życia zawodowego lekarzy, i brać pod uwagę stosunki takie, jakie w danym społeczeństwie istnieją. Abstrakcyjność musi być zachowaną odnośnie do osób, które

zmiernie długo trwające leżenie, które tak straszny wpływ wywiera na ogólne i miejscowe odżywianie tkanek, szczególnie u dzieci żółtawych i gruźliczych. Ta okoliczność usprawiedliwia mnie, dla czego pominąłem cały szereg metod wyciągowych, działających przy poziomem ułożeniu chorego, a stosowanych od czasów Hippokratesa i Orybazyusza aż do dnia dzisiejszego.

Czy pancerz gipsowy spełnia istotnie swoje zadanie, o tem bardzo wielu wątpi i nie dziwię się im wcale, gdyż wiem z doświadczenia, jak trudną jest technika nakładania tych pancerzy i ile trzeba zepsuć gipsu i stracić czasu zanim się dojdzie do należytego rezultatu. Z biegiem czasu wprowadziłem niektóre zmiany, które z jednej strony ułatwiają mi samą technikę opatrywania, a z drugiej strony wygodnijszem czynią dla dziecka zawieszenie przez czas dłuższy. Kólnierz, według modelu niemieckiego skrajany, używany w Wiedniu, Berlinie, Lipsku i w Warszawie (Dr. Orłowski i Peszke) okazał się bardzo niepraktycznym, gdyż dla każdego dziecka musi być osobno sporządzany i jeszcze nie bardzo jest wygodnym. Po kilku bezowocnych próbach zmieniłem krój kólnierza, w tak szczęśliwy sposób, że jeden i ten sam wystarcza dla małych dzieci i dorosłych ludzi i że w nim dziecko kwadrans i dłużej wisi, nie doznając żadnych dolegliwości. Kólnierz ten mój zaraz też przyjęty został przez wyżej wspomnianych Kolegów.

Dalej, szyny blaszane, stanowiące szkielet pancerza, które nie mało się przyczyniają do zwiększenia jego ciężaru, wyrzuciłem zupełnie z użycia, a natomiast używam pasów wiórowych (Schusterspähne), przez co opatrunek nic na swej mocy nie traci, a zyskuje wiele na swej lekkości. Wreszcie, dla przyspieszenia schnięcia gipsu (nie podczas nakładania, lecz po skończeniu takowego) i dla nadania mu twardości, szczególnie na powierzchni, zwykle kruszeniu podlegającej, smaruję ledwo że podsychający pancerz, grubą warstwą lakieru spirytusowego. W ten sposób udaje mi się przy odpowiedniej pomocy nałożyć największy pancerz w przeciągu dziesięciu do dwunastu minut, co dla dziecka, które poprzednio jakiś czas już wisiało, ważną stanowi ulgę. Opatrunek taki

w chwili współczesnej rozwoju stanu lekarskiego, związane być mogą ściśle z pewnymi stosunkami, które to energicznej krytyce uleść powinny.

Tworzenie idealnej modły stosunków lekarskich nie jest wcale sądem ludzi. Tysiączne okoliczności mogły wpływać na to, że stosunki stanu lekarskiego nie są takimi, jakimi być powinny, a ci, którzy są żywymi tych stosunków czynnikami, mogą zupełnie być niepoczytalnymi, co znowu nie powinno wcale przeszkadzać krytyce tych stosunków i usiłowaniu ich naprawy.

Powiedzieliśmy że kodeks etyki lekarskiej dotyczy powinien wszystkich spraw stanu lekarskiego mając na względzie pożytek tego stanu. Trzeba przede wszystkim odpowiedzieć na pytanie: co stanowi ten pożytek?

Zwróćmy uwagę na to, że w kwestyi stanu lekarskiego wchodzi w grę trzy czynniki:

- 1) Sztuka lekarska, która stanowi istotę obowiązków, jakie spełniać ma lekarz, jako taki.
- 2) Publiczność, względem której lekarz spełnia swoje obowiązki.
- 3) Lekarz, który jest właściwym pośrednikiem pomiędzy pierwszą i drugą.

Jeżeli zatem jest mowa o możliwie najlepszych warunkach, w których by

twardniej w prawie w mgnieniu oka i niezmierną posiada trwałość. Najtrudniejszą jednak rzeczą jest tak umieć nakładać opaskę, żeby zbyt wielkiego nie wywrzeć ciśnienia, ani też zbyt lekkim nawijaniem nie minąć się z istotnym celem metody. Tworzenie tak zwanego diuner-pad'u, t. j. wysłanie brzucha grubym tamponem waty (S a y r e), lub juty (M i k u l i c z), który się potem wyciąga, zmodyfikowałem z początku w ten sposób, że kładłem choremu na brzuch wydetą nieco gummową poduszkę, z której, po zaschnięciu gipsu, wypuszczałem powietrze i w ten sposób zmniejszoną, z pod opatrunku wyciągałem. Następnie jednak, po kilku szczęśliwych próbach, przekonałem się, że zostawianie wolnej przestrzeni pod opatrunkiem na brzuchu jest rzeczą zupełnie zbyteczną, jeżeli pancerz nakładamy dziecku po obiedzie i położymy na brzuchu nie wielki pokład waty. Żadnych przypadłości ze strony oddechania lub trawienia dostrzedz przy tem nie mogłem. W tej to formie stosowałem gipsowe pancerze w wypadkach, które mam zamiar poniżej opisać.

* * *

W ostatnich czasach miałem sposobność obserwowania bardzo wielu chorych z próchnieniem kręgow i wielu z nich leczyłem nową metodą S a y r e'a.

Ponieważ sposób ten jest nowym, a u nas szczególnie od bardzo niedawnego czasu stosowanym być zaczął, sądzę przeto, że obowiązkiem moim jest podzielić się z szerszym kołem Czytelników naszego organu wynikami, które dotychczas otrzymałem i tym sądem, jaki już dzisiaj wyrobić sobie potrafiłem o metodzie S a y r e'a, na zasadzie własnego doświadczenia, z praktyki poczerpniętego. Za ledwie pewną część przypadków przez siebie leczonych dokładnie zanotować potrafiłem, korzystam jednak choć z tych notatek, gdyż i one stanowią już dość interesujący i pouczający materiał. Pobudką także dość ważną do niniejszej pracy jest ta okoliczność, że wielu Kollegów, znając metodę S a y r e'a ze słyszenia, obdarza tę prawdziwą zdobycz naukową, tak małym zaufaniem, że stanowczo przeciw niej występują, a nawet walczą otwarcie,

się stan lekarski rozwijał, trzeba aby wszystkie te trzy czynniki pewnym odpowiadały warunkom.

Stan lekarski, to jedna z najważniejszych instytucyj państwowych; państwa też, które rozumieją własne swe potrzeby, dbają o możliwie skuteczne sprzyjanie czynnikom, które wpłynąć mogą na rozwój instytucji lekarskiej. Kodeks etyki lekarskiej, przeznaczony wyłącznie dla lekarzy, uwzględnić może jedynie stosunki samych lekarzy do wymienionych powyżej trzech czynników stanu lekarskiego. My zatem poruszmy tu stosunek lekarza do sztuki i nauki lekarskiej, do publiczności i do samych-że lekarzy.

Samo się przez się rozumie, że pierwszym, najważniejszym warunkiem rozwoju stanu lekarskiego jest rozwój nauki lekarskiej. Rozwój taki przedewszystkiem ułatwia lekarzowi wykonywanie jego obowiązków. Czyliż nie czuje zbyt często lekarz, z jednej strony wobec niedostateczności nauki, której jest kapłanem, z drugiej strony wobec zawilosci zagadek, które w zawodowym życiu lekarza tak często myśli urągają, całą dotkliwość swej bezwładności? A ileż razy lekarz w obec tych, którzy pomocy od niego żądają, widzi osobistą swoją umiejętność lub gorliwość oskarżane tam, gdzie wina cała leży jedynie w niedostatku sztuki samej, której on jest tylko wykonawcą. Jeżeli w wie-

wątroba i śledziona powiększone, lekki obrzęk nóg, żadnych śladów krzywicy. Postawione na ziemi dziecko chwytając się za otaczające przedmioty, płaczem objawiając ból; chodzenie niemożliwe. Po nocach gorączkuje i poci się, apetytu nie ma, ciągle leży w łódeczku lub na ziemi, na brzuchu. W okolicy ostatniego kręgu grzbietowego i pierwszego lędźwiowego nie wielki kątowaty garb, zależący od wystających wyrostków ciernistych. Dolne żebra z jednej i drugiej strony mocno wystają, z powodu odchylenia ich na zewnątrz przez mocno wzdęty brzuch, okolica garbu przy dotykaniu bolesna. Zalecono: nieruchome ułożenie dziecka na wałku reklinacyjnym. Do wewnątrz: przetwory wapna i żelaza, naprzemian ze środkami gorzkiemi. Dyjeta mleczna i mięsna, kąpiele naprzemian słone i aromatyczne. Dnia 15 Października 1880 r. matka przywiozła chorego do mnie. Przez cały ten czas, t. j. przez dwa miesiące, ściśle trzymano się danych przezemnie przepisów. Dziecko poprawiło się znacznie, brzuch mniejszy, gorączka i poty nocne znikły, chory jednak chodzić nie może zupełnie. Dnia 16 Października nałożono gipsowy pancerz w zawieszeniu. Leczenie wewnętrzne takie jak poprzednio. Tej samej nocy dziecko spało zupełnie dobrze i przestało skarżyć się na bóle w nogach, które mu aż do ostatniej chwili dokuczały. Po czterech zaledwie tygodniach dziecko zaczęło, pomimo zakazu, schodzić samo z łóżka i opierając się o sprzęty domowe spacerować po pokoju. Po sześciu tygodniach, dnia 26 Listopada, gdy przystąpiłem do zdjęcia pancerza, takowy okazał się luźnym, choć twardym zupełnie. Dziecko chodzi wcale nieźle, żadnych bólów nie doświadcza, sypia i jada doskonale. Wygląd też znacznie się poprawił. Bezzwłocznie nałożyłem drugi pancerz, w którym do końca Grudnia dziecko już bez żadnej pomocy doskonale chodziło. Wtedy to zjąłem drugi pancerz i zaopatrzwszy chorego w kaftanik z plastycznego filcu odesłałem na wieś do domu. Dowiaduję się teraz, że chory ma się zupełnie dobrze, chodzi coraz lepiej, przysłano bowiem kaftan filcowy do naprawy, wraz ze szczegółowym opisem stanu zdrowia dziecka.

II. K o r n g o l d M e n d e l, lat siedm liczący, przysłany do mnie przez

Powtórę: zadaniem kodeksu moralności lekarskiej nie może być wyłożenie tych tylko obowiązków, które w życiu potocznem są bardzo tolerowane, bo tolerancja powszednia społeczeństwa odnośnie do moralności i moralność idealna to bardzo odmienne pojęcia.

Zadaniem kodeksu powinno być obmyślenie: jakie to obowiązki lekarzy — gdyby były wypełniane — przyczyniły by się najbardziej do podniesienia całego stanu lekarskiego, i wymieniem tych wszystkich obowiązków kodeks koniecznie zajmować się winien. O ile zaś możliwem jest, aby wszyscy lekarze mniej lub więcej dokładnie spełniali paragrafy kodeksu, to rzecz zupełnie inna—to pozostawione być musi rozumnej tolerancji społeczeństwa lekarskiego, a istnienie paragrafów kodeksu ma wpłynąć tylko na podniesienie wrażliwości opinii lekarskiej. Ze zaś praca dla nauki jest rzeczywistym lekarza, w najszlachetniejszym pojęciu tego wyrazu, obowiązkiem, tego dowodzi już to samo, że każdy lekarz w przysiędze zawodowej na spełnianie tego obowiązku przysięga. „*Spondeo me perre-cturum artis medicae studio operari, et quam plurimum potero, ad eam augendam et amplificantam collaturum*“.

Paragrafy kodeksu etycznego nie mogą mieć wyłącznie formy twierdzącej, t. j. nie mogą się one ograniczać do tego tylko, co czynić potrzeba, muszą one

Kollegę Din tego, do którego przyjechał z prowincyi. Jedenasty i dwunasty krąg grzbietowy, a po części i pierwszy lędźwiowy, tworzą garb kątowaty, bolesny przy dotyku; ból szczególniej wzmaga się, skoro dziecku każemy podnosić przedmioty na ziemi leżące. Chłopiec wykonywa wówczas charakterystyczny ruch zgięcia kończyn dolnych, trwający dopóty, dopóki ręka nie dosięgnie ziemi; przyczem kręgosłup stara się, unieruchomić zupełnie. Brzuch duży, śledziona powiększona, w płucach zmian żadnych nie ma. Żadnych też śladów krzywicy nie widać; dziecko chodzić nie może wcale, narzeka ciągle na bóle opasujące w krzyżu i bóle w nogach, nie dające mu sypiać, leży zazwyczaj na brzuchu, albo też czołga się na czworakach. W tej też pozycji ustawia się przy wypróżnieniach. Skóra przezroczysta, błony śluzowe blade, początek choroby nie jasny, podobno datuje od lat dwóch. Czucie w kończynach dolnych zachowane. Dnia 14 Sierpnia 1880 r. nałożono pierwszy opatrunek gipsowy S a y r'a w zawieszeniu, leczenie wewnętrzne jak w wypadku pierwszym, oprócz kąpieli.

Przyjechał dnia 2 Października, a więc zamiast po czterech, po siedmiu tygodniach. Chodzi, sypia dobrze, na bóle się nie skarży, wygląda nieco lepiej, po zdjęciu jednak pancerza okazuje się, że tak na garbie jak i na wystających częściach żeber, potworzyły się odleżyny, w postaci nie wielkich owrzodzeń z sadłowatym dnem. Zalecono codzienne kąpiele, przemywanie wrzodów $2\frac{1}{2}\%$ roztworem kwasu karbolowego i opatrunek maścią z garbnikanu ołowiu. Dnia 17 Października, a więc w dwa tygodnie potem, odleżyny zagoiły się już zupełnie; przez ten czas jednak chory mniej chętnie chodzi, skarży się znowu na bóle w kończynach, brzuch ciągle duży i wzdęty. Nałożyłem tego dnia drugi pancerz gipsowy i odesłałem chorego do domu. Opatrunek ten chory nosił przez tygodni d z i e s i ę i przez cały ten czas stan jego nie pozostawiał do życzenia. Dnia 26 Grudnia 1880 przyjechał do mnie i po zdjęciu gipsu nie tylko chodził bardzo dobrze, ale nawet w przystępie dobrego humoru zaczął tańczyć. Obawiałem się jednak, że choroba wkrótce wrócić może i dla tego dnia

być i przeczącemi, t. j. muszą koniecznie i o tem mówić, czego czynić nie należy.

Utrudnia to w pewnym stopniu zadanie, wymaga głębszej analizy i lepszego określenia obowiązków, gdyż każde prawo proste i zrozumiałe można na bardzo różnych drogach obrażać.

Wymotywowaliśmy więc paragraf jeden ogólny, brzmiący tak: obowiązkiem lekarza jest przyczyniać się, o ile to jest możebnem, do postępu i rozwoju sztuki lekarskiej.

Ale trzeba by bliższej obowiązek ten poddać analizie.

Przez kautelę o ile to jest możebnem, już obowiązek ten w pewnym stopniu się łagodzi; są niewątpliwie lekarze, którzy nie mogą temu warunkowi odpowiedzieć i dla tego też za niespełnianie go są nieodpowiedzialni, ale za to z drugiej strony tem większa spada odpowiedzialność na tych, którzy mogą i powinni — a jednakże od obowiązku tego uchylają się. Mówiąc o obowiązkach w społeczeństwie, nie podobna nie dotknąć niektórych szczególnych, wydatnych najczęściej stanowisk — gdyż one stanowią punkta środkowe życia społecznego, z których wpływ na całe społeczeństwo w promieniach się rozchodzi, i tak np. mówiąc o ogólnej moralności, trzeba dotknąć stanowiska n a u c z y-

28 Grudnia, nałożyłem mu trzeci opatrunek gipsowy, w którym do domu pojechał.

III. H a z a n o w s k a S u r a, cztery lata, chodzić nie może, garb na wysokości dziesiątego i jedenastego kręgu grzbietowego, bóle opasujące, bóle w kończynach, unikanie zgięcia kręgosłupa, choroba trwa półtora roku. Odżywianie podupadłe, żadnych objawów ropni opadowych nie ma, gruczoły na szyi powiększone, nos i warga górna obrzmiałe, żadnych objawów krzywicy nie ma, ząbkowanie zaczęło się przed ukończeniem pierwszego roku życia, chodzić przestała od pół roku, czucie w kończynach dolnych zachowane. — Przez dwa tygodnie codziennie systematycznie zawieszałem dziecko na wieszadle S a y r e'a, przyczem garb widocznie się zmniejszył, wreszcie dnia 19 Sierpnia założyłem pancierz gipsowy. Przyjechała dnia 23 Września, t. j. w pięć tygodni później. Dziecko chodzi skoro je za rękę prowadzić. Przez cały ten czas przyjmowała syrop jodku żelaza, stan ogólny znacznie się poprawił, bóle znikły zupełnie, pojawił się niezwykle apetyt. Dnia 27 Września nałożyłem jej drugi opatrunek.

Przyjechała do mnie potem w cztery tygodnie: chodziła znacznie lepiej, stan ogólny zupełnie zadawalniający, bóle znikły całkowicie. Z tego powodu kazałem jeszcze parę tygodni w tym samym pancierzu pochodzić, gdyż wcale się nie popsuł i doskonale zadanie swe spełniał; chora już więcej do mnie nie przyjechała i znikła z pod mojej obserwacji. Z największem prawdopodobieństwem przypuszczać mogę, że wyzdrowiała.

IV. B o r y s S., lat cztery i pół, przysłany mi przez Kolegę Orłowskiego i wspólnie z nim obserwowany. Skrofuliczny, umysłowo bardzo rozwinięty, blade, dość wątłej budowy, chodzić nie może zupełnie. Garb na ostatnim grzbietowym i pierwszym kręgu lędźwiowym przy zawieszeniu nieco się zmniejsza, brzuch duży, z prawej strony bolesny przy dotykaniu, odporność w tem miejscu znaczniejsza, bóle opasujące, ból przy dotykaniu garbu i bóle w kończynach dolnych, szczególnie w prawej, która znajduje się w lekkim przykurczeniu

ciela, sędzięgo, posła i t. d.; podobnie się rzecz ma, gdy mówić przychodzi o obowiązkach wobec danego stanu, bo od właściwego spełniania obowiązków na takich ważnych stanowiskach w hierarchii każdego zawodu zależy bardzo często wartość nie tylko współczesna całości zawodu, ale i przyszły jego rozwój. W kwestyi, która nas w tej chwili zajmuje, t. j. gdy mówimy o obowiązkach lekarza względem sztuki lekarskiej, takim ważnym stanowiskiem jest — katedra uniwersytecka.

Gdy mowa jest o stosunku lekarzy do własnej ich sztuki, musi kodeks etyczny przede wszystkim zwrócić się do lekarza, zajmującego katedrę uniwersytecką.

Rozwój nauki lekarskiej — nauki, na której ciąży ze strony laików zarzut, że jest najstarszą z nauk, a najmniej pewną — a która w rzeczywistości przez długie wieki po dzikich błędziła manowcach, i jako rzeczywista nauka jest jedną z najmłodszych — rozwój tej pięknej nauki jest zadaniem dla lekarza tak świętem, a dla stanu lekarskiego tak ważnem, dla rozkwitu jego tak pierwszorzędnem — że w stosunku tym nabierają nader wysokiego znaczenia obowiązki tych, którzy wysoce zaszczytne stanowiska przy warsztatach nauki zajmują.

Lekarz na stanowisku mistrza w swoim zawodzie, na którego dzięki

psoiycznym, zginanie kręgosłupa (nachylanie się i podnoszenie) nadzwyczaj bolesne, wszystkie bóle wzmagają się podczas jazdy, albo przy próbach chodzenia. Dziecko po nocach nie sypia, apetytu nie ma żadnego, chudnie, stolce raz rozwolnione, drugi raz zaparte. Kolega Orłowski przez długi czas kazał go systematycznie wyciągać na wieszadle Sayer'a, poczem dnia 22 Sierpnia, w obecności wspomnionego kolegi, nałożyłem pancerz gipsowy. Zaleciliśmy w dalszym ciągu systematyczne zawieszanie, a do wewnątrz półtorochlorek żelaza w małych dawkach. Przytem stosownie uregulowaliśmy życie dziecka pod względem dyjetetyczno-hygienicznym, zabroniwszy wszelkiego ruchu przez tygodni cztery. Przyjechał dnia 2 Października, a więc w sześć tygodni, chodzi jeszcze bardzo źle, ale stan ogólny jego poprawił się znacznie, chłopiec utył, sypia doskonale, apetyt niezwykły, garb się zmniejszył i stał się więcej łukowatym, bóle opasujące znikły, noga ciągle przykurzona i ruchy jej bolesne. Dnia 7 Października nałożyłem drugi opatrunek gipsowy. Przyjechał dnia 19 Listopada, a więc w tygodni siedm, przez cały ten czas wyciągany był kilka razy dziennie na wieszadle Sayer'a, chodzi śmiało, ale kuleje, z powodu ciągle trwającego psoiycznego przykurzenia nogi.

Po zdjęciu gipsu pokazało się, że garb znowu nieco się zmniejszył, bolesność w dole biodrowym wewnętrznym mniejsza i mniej wyraźna, odporność tej okolicy już nie jest zwiększoną; usiłowania jednak wyprostowania kończyny powodują ból w kierunku mięśnia lędźwio-biodro-udowego (przewlekłe zapalenie tego mięśnia, jako następstwo *osteitidis fungosae* w trzonach kręgów lędźwio-nych). Nie ma żadnych objawów wyraźniejszych, z których by można wnioskować o tworzeniu się ropnia napływowego. Półtorochlorek żelaza zaczął sprowadzać zaburzenia w przyrządzie pokarmowym i z tego powodu od kilku tygodni odstawiony został. Zapisałem fosforan wapna z węglanem i mleczanem żelaza, w równych częściach i proszek ten kazałem przyjmować trzy razy dziennie na koniec noża. Przyjechał przed Świętami Bożego-Narodzenia, chodzi daleko lepiej, przykurczenie kończyny mniejsze, bóle tylko przy gwałtownem

wydatności tegoż stanowiska zwrócone są oczy, tak publiczności lekarskiej, jak i nielekarskiej, ma podwójny obowiązek pielęgnowania nauki, której jest przedstawicielem, raz—dla tego że to obowiązek przywiązany do miejsca, które zajmuje, a powtóre—ze względu właśnie na ogólną społeczność lekarską; nic bowiem bardziej demoralizująco wpłynąć nie może na ogół lekarzy, pod względem traktowania naukowego swojego zawodu, jak zły przykład z góry płynący. W społeczeństwie lekarskiem, gdzie u szczytów panuje obojętność dla nauki—tam w wielkiej rzeszy lekarze najłatwiej przeraadzają się w prawdziwych odstępców pięknego kultu Hippokrata.

Z takiego punktu widzenia wychodząc, proponowalibyśmy następujący paragraf.

Lekarz na stanowisku profesora, jeżeli ponad swoje obowiązki profesora stawia wyżej działalność swą jako lekarza praktycznego, działa wbrew zasadom moralności lekarskiej.

Jeżeli okoliczności osobiste są tego rodzaju, że nie może wyrzec się znacznych zysków materialnych, z działalności praktycznej płynących, to winien złożyć obowiązki profesorskie.

wyprostowywaniu tejże kończyny. Proszek znosi doskonale, utył znacznie. Zmieniłem opatrunek gipsowy nakładając mu trzeci z kolei pancerz, chodzi coraz lepiej, chociaż ciągle nieco kuleje. Przyjechał dnia 27 Stycznia bez gipsu, chodzi i biega bardzo dobrze. *Gibbus in statu quo ante* nie bolesny. Przykurczenie nogi znikło prawie zupełnie. Dostał gorset z poroplastic-feltu.

(D. c. n.)

II. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Podał **W. Matlakowski**.

Asystent kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 7).

IV.

W poprzedzającej (III) części naszej pracy streściliśmy zdanie szczupłej mniejszości, liczącej w Niemczech, w literaturze przynajmniej, kilka zaledwie głosów. Sądząc z współczesnego rozwoju patologii ogólnej, pojęcia owej szczupłej garstki należą do przeszłości. W ogóle rzecz można w ostatnich latach skutecznie się w medycynie prawdziwy przewrót. Nawet ci, którzy jak piszący, tak niedawno, bo przed 6 laty ukończyli swoje lekarskie uniwersyteckie studia, znajdują głęboką różnicę między ówczesnymi wykładami i książkami, a pojęciami dziś szeroko rozpowszechnionymi, prawie panującymi. Na nieszczęście, prócz urywkowych streszczeń po czasopismach, które nie mogą nigdy dokładnie przedstawić stanu rzeczy, nie posiadamy nawet tłumaczenia odpowiedniego dzieła, któreby zawierało najnowsze pojęcia o zapaleniu, gorączce, gruźlicy, chorobach zakaźnych, chorobach przyrannych, któreby dawno całokształt roz-

Przez działalność naukową na katedrze uniwersyteckiej, rozumie się tu naturalnie zarówno bezpośrednie przyczynianie się do postępu nauk lekarskich — jak i pośrednio, przez wdrażanie podrastającego pokolenia lekarzy do umiejętności możliwie ścisłego wykonywania swoich obowiązków.

Ponieważ jednym z ważniejszych warsztatów nauki lekarskiej są szpitale (czego dowodzenie za daleko by nas tutaj zaprowadziło), to drugim stanowiskiem, którego dotknąć winien kodeks lekarski w dziale, dotyczącym się stosunku lekarzy do ich nauki własnej, jest stanowisko lekarzy szpitalnych, a szczególnie tych, którzy tu pierwsze zajmować winni miejsce, t. j. lekarzy naczelnych.

Lekarz zawiadujący szpitalem, który dla jakiegokolwiek bądź prywaty, wzbrania użycia materiału szpitalnego, w jak najszerszym zakresie na pożytek instytucyj naukowych, popełnia wysoką niemoralność względem zawodu lekarskiego.

Lekarze, przez państwo mianowani na stanowiska zwierzchników instytucyj sanitarnych, czynnie wpływać winni na władze administracyjne przez uczciwe i rozumne ich objaśnianie, aby te — o ile tylko pozwalają środki — sprzyjały jak najbardziej osiągnięciu zysków naukowych ze wspomnianych instytucyj.

licznych i obszernych prac francuzkich i niemieckich w tym kierunku. A właśnie ten nowoczesny kierunek patologii ogólnej stanowi racjonalną podstawę opatrunku listerowskiego. Literatury zagraniczne posiadają wiele w tym względzie monografij, a ostatniemi czasy ten nowy pogląd na sprawy chorobowe przeszedł już do podręczników. Takim dziełem jest chirurgija Hueter'a (13) napisana zupełnie z nowoczesnego punktu widzenia. Niepodobna nam tutaj wdawać się choćby w krótkie streszczenia, dotkniemy tego dzieła o tyle tylko, o ile tego wymaga nasze zadanie.

Między bodźcami mechanicznymi, chemicznymi i cieplnymi, a zapaleniem, jako ich następstwem, stanęły dziś jako czynnik organizmy mikroskopijne, które, wnikając do ustroju przez uszkodzone tkanki, wzniecają w nim sprawę zapalną. Według Hueter'a można uważać prawie za dowiedzione, że przynajmniej wszystkie przypadki ciężkiego zapalenia, a może nawet wszystkie przypadki zapalenia w ogóle, są spowodowane przez niższe organizmy z rzędu schizomycetów. Zarażenie następuje albo przez zarodki zawieszony w powietrzu, albo skutkiem zetknięcia z ciałami obcymi, raniącymi tkanki, a posiadającymi na swej powierzchni pasorzyty; wreszcie zakażenie rany może nastąpić za pomocą przeniesienia do niej organizmów przez strumień krwi. Doświadczenie naucza, że najważniejszą przyczynę najcięższych postaci zapalenia ran stanowi gnucie wydzieliny ran. To zaś gnucie, jak poucza niewzruszona podziśdzien teoria Pasteur'a, odbywa się za sprawą najniższych organizmów, których zarodki rozwijają się w wydzielinach zdolnych do gnicia, podobnie jak w płynach rozrodczych. Rozwój tych organizmów, a zatem i samo gnucie, wymaga pewnych warunków, do których należą głównie, ciepłota umiarkowana niezbyt wysoka i niezbyt niska (od $+50^{\circ}$ do zera i niżej, najodpowiedniejsza około 38° C) i obecność wody w ilości ani za wielkiej, ani też za skąpej. Ponieważ z wyjątkiem okolic podbiegu-

Sprzeciwianie się z błędnej jakiejś zasady, zakładaniu klinik, wprowadzaniu do farmakopei szpitalnej środków nowych, wprowadzaniu urządzeń, które mają na celu podniesienie naukowe lekarskiej działalności ordynatorów szpitalnych — jest wielkim wobec medycyny grzechem.

Wreszcie powinien kodeks etyczny w rozdziale o obowiązkach lekarzy względem nauki dotknąć stanowiska lekarzy urzędujących w ogóle.

Inspektorzy gubernijalni, lekarze powiatowi, miejscy, są na stanowiskach ogarniających pewne szersze koła lekarskie i nielekarskie swoim wpływem, tak że wierne służenie ich sztandarowi nauki swojej, może dla tej ostatniej nie mało przynieść korzyści; wszakże pewne tory — i to może jedne z najważniejszych postępu nauki i sztuki lekarskiej — polegają wyłącznie na lasce i nielasce wspomnianych urzędników lekarskich. Statystyka lekarska, czy to odnośnie do wpływów chorobotwórczych w warunkach normalnych, czy to odnośnie do epidemij i endemij, słowem wielkie pytania higieny, policyi lekarskiej, etjologii patologicznej czekają rozwiązania swojego przeważnie od wysokiej sumiennosci i zamiłowania do nauki lekarzy na stanowiskach administracyjnych; dla tego to — lekarze, stanowiska takie zajmujący, a uważający je jedynie za sposób do życia, z zupełnem lekceważeniem odnoszący się do nauki swojej, grzeszą bardzo ze stanowiska kodeksu etyki lekarskiej.

Dr. N.

nowych i podrównikowych, warunki sprzyjające rozwojowi grzybków są wszędzie, przeto gnucie odbywa się na całej powierzchni ziemi, a zapalenie można określić w ten sposób, że jest to epidemia kontagijno-miazmatyczna, bardzo różna co do natężenia w rozmaitych miejscach i rozmaitych czasach, lecz zawsze zależna od ilości i jakości spraw gnilnych. Z drugiej strony, dawniejsze badania wykazały, że istotę zapalenia stanowi rozszerzenie naczyń krwionośnych, przepuszczalność ich ścianek, powiększenie ilości soków odżywczych w tkankach, emigracja białych ciałek krwi z naczyń do tkanek, a także prawdopodobnie rozmnażanie komórek tkankowych. Jakież więc istnieje związku między temi od dawna ustalonymi przez spostrzeżenia faktami, a niższymi organizmami? *Huetter* (l. c. str. 9) przypuszcza że te ostatnie wytwarzają pewien rodzaj kanalizacyi w ściankach i że w ten sposób utworowaną drogą przedostają się białe ciała. Chociaż punkt ten, niezmiernie ważny, nie jest stanowczo rozstrzygnięty, pewnem jest atoli, że z obecnością niższych organizmów w większej ilości związane zawsze jest znaczniejsze wędrowanie białych ciałek krwi. Jeśli sztucznie uda się zapobiedz wtargnięciu do tkanek przypalonych lub przyżeganych grzybków, wniecających zapalenie (np. za pomocą opatrunku *Lister'a*), w takim razie, pomimo obrażenia tkanek, nie wystąpi zapalenie, przynajmniej znaczniejsze, „a co się tyczy niższych stopni zapalenia, jakie w tych warunkach spostrzegamy, zachodzi pytanie, czy je nazywać zapaleniem“.

Mając na uwadze te uogólnienia, w których opracowaniu sam *Huetter* czynny brał udział, zaledwie potrzebujemy dodawać, że jest on jednym z najgorliwszych zwolenników metody przeciwnilnej. Ponieważ każde silniejsze zapalenie związane jest ściśle z rozwojem w ranie pasorzytów, przeto *H.* widzi w metodzie tej nietylko środek przeciw gnuciu, lecz także środek przeciw zapaleniu (*antiphlogisticum*). Chirurg współczesny, znając szkodliwości a zarazem środki do zapobieżenia, powinien postawić rany, które sam zadaje, w takich warunkach, ażeby nie dopuścić gnucia od początku aż do zupełnego zagojenia rany, nie powinien dozwolić aby bodźce gnilne czy to z powietrza, czy z narzędzi, rąk, materiałów opatrunkowych i t. p., dostały się do rany. Takie postępowanie zapobiegawcze, w ład pewien ujęte, zowie *H.*: *Asepsis*. Ponieważ zaś prócz ran operacyjnych lekarz ma do czynienia z mnóstwem ran przypadkowych, przy których powstaniu brakło warunków wyżej wymienionych, ponieważ przez czas krótszy, lub dłuższy rany te stykały się z powietrzem, nieczystymi przedmiotami, wydzielinami i t. d., a czas ten aż nadto wystarcza do zagnieżdżenia się w wydzielinach rany, krwi, surowicy, zarodków, które gotowe są wszcząć zapalenie i gnucie, przeto nie wystarcza tu postępowanie aseptyczne; tu należy nietylko ranę od dalszego przedostawania się zarodków osłonić, lecz i rozpoczęty rozkład wydzielin i zapalenie przeciąć, usunąć, a postępowanie to zowie *H.*: *antisepsis*. I jedno i drugie postępowanie ma jeden i ten sam cel na widoku, pierwsze zapobiega, drugie usuwa zapalenie; lecz środki ich są różne, a rozróżnienie zdaniem *H.* jest ważne, gdyż wskazuje różnicę co do siły środków przedsiębrać się mających.

Aseptyczne postępowanie stanowi właśnie typowy listeryzm (przygotowanie do operacyi: oczyszczenie 1) pola operacyjnego, 2) narzędzi, 3) rąk;

asepsis podczas operacji: spray. gąbki zdezynfekowane i t. d.; nałożenie opatrunku aseptycznego). Oddzielny paragraf, zdaniem naszym bardzo słusznie, poświęca H. pytaniu, kiedy winniśmy zmienić opatrunek. Wskazaniem do zdjęcia opatrunku, jest nie tylko śmierdząca woń, jak to większość autorów utrzymuje, lecz nadto 1) wysoka ciepłota. 2) przemoknięcie opatrunku aż do tego stopnia, że wydzielina przesiąkła do powierzchniowych jego warstw, gdzie styka się z powietrzem atmosferycznym. Skoro tylko u chorego rannego powstaje gorączka, jest to znak, że w ranie pod opatrunkiem rozwinęło się silne zapalenie, że zatem istnieje sprawa gnilna, która wymaga zmiany opatrunku; wieczorna ciepłota przechodząca $+ 39^{\circ} \text{C}$ stanowi prawie absolutne wskazanie do przewinięcia rany.

Jeśli lekarz ma do czynienia z raną dopiero w jakiś czas po jej zadaniu, postępowanie wyżej podane, a objęte nazwą asepsis jest niewystarczającym, i w takim razie należy uciec się do środków przeciwnilnych, jak usunięcie ciał obcych z rany, długie i dokładne obmycie rany wraz ze wszystkimi zagłębieniami i zatokami roztworem kw. karb. 3—5% (*irrigatio*). Po długim polewaniu rany takim roztworem, powierzchnia jej bieleje od ścinania się białka; w razie, gdy zatoki są dłuższe lub kręte, należy porobić przeciwotwory, przeprowadzić sączki. W razie gdy rana śmierdzi, należy ją wytrzeć watą, zmoczoną w roztworze kwasu karbolowego, a gdzieby chodziło o silniejsze działanie, kwas karbolowy można zastąpić 5% roztworem chlorku cynku, który niszczy cienką warstwę tkanki i działa gruntownie w sposób przeciwnilny.

Uważając gorączkę za następstwo wessania z rany produktów rozkładu i samych organizmów, H. zbliża dawniejsze t. z. gorączki przyranne (*Wundfieber*), następcze (*Nachfieber*), do gorączki posocznicowej i twierdzi, że wszystkie, prawie bez wyjątku gorączki przyranne pierwotne są gorączkami posocznicowej natury; dokładne i ściśle postępowanie aseptyczne zapobiega, zdaniem H., powstaniu gorączki przyrannej, posocznicy, błonicy. O róży autor ostrożniej się wyraża.

Również skuteczną okazuje się metoda Lister'a przeciw ropnicy prostej (*pyaemia simplex*). Ponieważ zaś źródło ropnicy mnogiej (*pyaemia multiplex*) tkwi w gorączce posocznicowatej pierwotnej (*primäre Wundfieber*), w błonicy ran (*diphtheritis vulnerum, gangraena nosocomialis*) i ropnicy prostej, przeto w postępowaniu przeciwnilnem posiadamy broń przeciwko temu straszmemu wrogowi. Opierając się na doświadczeniu własnem i na spostrzeżeniach innych autorów, H. mógłby powiedzieć, że ropnica mnoga nie istnieje; że obraz jej, jaki kreśli w swoim podręczniku, narysowany jest „ze wspomnień z przeszłości“. Są jednak mimo to chirurdzy którzy sądzą, że wraz z nałożeniem opatrunku Lister'a we wszystkich przypadkach robi się zadość wymaganiom postępowania przeciwnilnego. Kto chce wypędzić ropnicę mnogą ze swej praktyki, ten musi nie tylko stosować opatrunek ochronny aseptyczny, lecz także zadosyć czynić całemu systematowi postępowania przeciwnilnego. Wypędzenie tej morderczej choroby prawie zupełnie z porządnych klinik chirurgicznych uważa H. za tryumf nowej metody leczenia ran.

Wiadomo jest, że rozróżniano dawniej między operacjami: pierwotne

(*operationes primariae*), pośrednie (*intermediae*) i wtórne (*secundariae*); do pierwszej kategorii zaliczano operacje, wykonywane w pierwszych godzinach po obrażeniu, póki nie wybuchła gorączka przyranna, do drugiej operacje wykonywane w 7—12 dniach po skaleczeniu. Otóż statystyka dawniejsza wykazuje znaczną różnicę w śmiertelności i przebiegu między pierwotnymi i pośrednimi operacjami i dla tego przystępowano do tych ostatnich w nadzwyczajnych jedynie razach. Wobec nowej metody przestrogi te ustają, owszem, zdaniem H. powinniśmy je robić, aby w ten sposób niszczyć doszczętnie źródło gorączek najcięższych, które w razie wyczekiwania doprowadzić mogą do ropnicy.

Przytoczyliśmy powyżej pogląd na zapalenie i gorączkę najgorliwszego rzecznika teorii pasorzytniczej. Mało zapewne patologów zgodziłoby się zupełnie na te prawie bezwarunkowe zdania Huetera; lecz różnica poglądów nie tyle dotyczy istoty, ile zakresu wpływu pasorzytów, jakie im rozmaici badacze przypisują. Co hnheim (15), autor tyle cenionej patologii ogólnej, mówiąc o przyczynach zapalenia, przyznaje bardzo ważną rolę bakteryjom jedynie w cięższych stopniach zapalenia. Zdaniem jego w tkankach zranionych, stłuczonych, lub złamanych, słowem w tkankach, które uległy traumatyzmowi, większa lub mniejsza, czasami nie dająca się wysledzić cząstka obumiera (*necrosis*): w skutek tego we wszystkich sąsiednich komórkach i warstwach tkanek powstają niezwykle przemiany chemiczne, które prędzej lub później rozszerzają się aż do najbliższych naczyń, wpływają na chemiczne własności ich ścianek, zmieniają je i wywołują zapalenie. W cięższych zaś stopniach, do obumarłych cząsteczek dostają się bakteryje, które znalazłszy w nich odpowiedni grunt do rozwoju, zaczynają swobodnie bujać, wywołując ciężki przebieg choroby. Podług Co hnheim'a stan obecny badań nie daje jeszcze prawa uważać wszystkie zapalenia traumatyczne za wynik działania bakteryj, jak to twierdzi Huetter. Zdaniem C. obrażenia podskórne np. złamania, świetne wyniki opatrywania podług metody Lister'a „w sposób niewątpliwy dowodzą niezależności zapalenia traumatycznego od bakteryj“. Listerowskie leczenie ran nie przeszkadza przeciwziarninowaniu i zabliznianiu się, które są wyrazem zapalenia, lecz powstrzymuje obfitsze ropienie i rozkład, t. j. wzmożenie się zapalenia, w którym udział biorą bakteryje.

I co do gorączki, należy również wprowadzić pewne ograniczenia do wyżej przytoczonego poglądu Huetera. W obecnym stanie poszukiwań chirurgowie są nader niezgodni co do charakteru gorączek, spostrzeganych w przebiegu ran pooperacyjnych, leczonych według najściślejszych przepisów listeryzmu. Już G en z m e r i V o l k m a n n w swojej pracy ¹⁾ o przebiegu gorączki zwrócił uwagę, że przy postępowaniu przeciwgnilnem gorączka, acz niekiedy bardzo silnego stopnia, posiada inne cechy, niż przy dawniejszym sposobie leczenia, a mianowicie chory bez względu na 39° — 40°C, może chodzić, zajmować się umysłowo, ma łaknienie, a wydzielina rany jest bez żadnej woni, język czysty skóra wilgotna i nie rozpalona, duża ilość moczu. Tę osobliwą gorączkę nazwał

¹⁾ Patrz moje streszczenia w „Medyceynie“ 1878.

Volkman — aseptyczną. Dociekając się jej przyczyn, niektórzy autorowie, jak Sonnenburg i Kuester, przypuszczali, czy czasami nie zależy ona od wessania kwasu karbolowego, gdy tymczasem Wahl i Edelberg (17) mniemają że powodem jej jest wessanie z ran krwi wynaczynionej, a w szczególności jej fermentu.

Wzmiankujemy o tych wątpliwościach i ograniczeniach dla tego, aby czytelnik nabrał jasnego pojęcia, do jakiego punktu udział grzybków w sprawie zapalenia i gorączki jest powszechnie uznany, od jakiego zaś jest wątpliwy i jeszcze niedowiedziony ostatecznie. Mimo te pewne chwiejne jeszcze poglądy na naturę zapalenia traumatycznego słabszego natężenia, żaden z wymienionych autorów nie podaje ani na chwilę wątpliwość skuteczności postępowania przeciwnilnego, które owszem uznają za jedyny środek uchronienia ran od ciężkiego przebiegu i powikłań niebezpiecznych, śmiercią grozących.

(D. c. n.)

KORRESPONDENCYJA.

Wiedeń — w Styczniu.

W przeciwstawieniu do wszechnicy w Lipsku, która (jak to nie dawno doniósł Dr. Chrostowski) chętnie i bezinteresownie żądnych nauki przygarnia, uniwersytet wiedeński, a raczej ciało jego naukowe, dziwną odznacza się dążnością do materialnego wyzyskiwania uczących się, zwłaszcza obcokrajowców, massami też przybywających dla zaczerpnięcia wiedzy z jednego z obfitych jej źródeł. Tu w Wiedniu każdy, choćby na cienkiej tylko nitce do instytucji naukowej przycepiiony, ogłasza szumnie, że uczy i naucza, będąc z góry przekonany, że między cudzoziemcami (bo z miejscowymi trudniejsza sprawa) nie jedną ofiarę znajdzie. Pod tym względem wszyscy ci panowie dzielnie się wspierają; aby mózdz zapewnić sobie ze studjów należytą korzyść, trzeba się przedewszystkiem w kilku instancjach opłacić. Oto przykład: chcący uczyć się na kliniki i połączone z nią wykłady musi złożyć na ręce profesora ustanowioną opłatę (*Collegienfeld*), przez co jednak faktycznie nie uzyskuje prawa do korzystania z materiału klinicznego. Materiał ten jest wyłączną własnością asystentów, którzy drogo opłacać każą chęć podzielenia się nim. Handel ten delikatnie nazywa się kursami specjalnemi, na które trzeba się koniecznie zapisać, by mózdz do samodzielnej pracy przystąpić. Oprócz asystentów kursy takie ogłaszają profesorowie bez klinik i docenci, z obfitego ambulatoryjum materiał swój czerpiący.

Wszystkie kliniki (oprócz klinik chorób dzieci) mieszczą się w Szpitalu powszechnym (*k. k. allgemeines Krankenhaus*), który jest jednym z największych na świecie. Na przestrzeni mniej więcej tak dużej, jak nasz Saski ogród, mieści się znaczna ilość pawilonów jedno i dwu piętrowych, poddzielanych od siebie pysznemi skwerami. Sale dla chorych są obszerne i wysokie, z dwóch stron oknami opatrzone. Przy sali znajduje się kuchenka i jeden lub dwa pokoje służbowe. Każda sala posiada kilka ściennych wentylatorów i jeden duży piec, węglami opalany. Łóżka żelazne lub drewniane, dość ciasno porozstawiane, opatrzone są w mocne sprężyste siatki druciane, które miejsce materaców zastę-

pują. Chorych pielęgnują i obsługują kobiety — wechterki. Sióstr miłosierdzia wcale tu nie ma. Przyznać należy, że służba jest wzorowa i doskonale w zajęciach swych wyćwiczona.

Obszerny, w ostatnim podwórzu stojący pawilon przeznaczony jest na Instytut anatomo-patologiczny. Tu pomieszczone są pracownie profesorów klinicznych, pracownia medycyny sądowej, sale sekcyjne, pracownia anatomo-patologiczna, także muzeum i sale wykładowe.

Instytuty: anatomiczny, fizjologiczny, histologiczny i farmakologiczny mieszczą się w jednym gmachu, po za szpitalem stojącym (*Währingerstrasse Nr. 11*). Klinika chorób dzieci znajduje się w szpitalu dziecięcym S-tej Anny. Tu pielęgnują chorych siostry miłosierdzia.

Oprócz tych zakładów naukowych istnieje w Wiedniu Poliklinika — (*Allgemeine Poliklinik—Schwarzspanierstrasse Nr. 12*) dla niezamożnych chorych przychodniów, w której bezpłatnej porady udzielają przeróżni specjaliści, jak Stoffella, Benedikt, Winternitz, Ullmann, Auspitz, Bandl, Manti i Schnitzler i inni. Oni także ogłaszają kursy specjalne, na których cały dochód polikliniki spoczywa. Przyznać należy, iż doskonale wykłady w zupełności wynagradzają dość zresztą umiarkowaną opłatę.

Wszystkie te zakłady mieszczą się w bliskości szpitala powszechnego, co stanowi wielką dla słuchaczy wygodę.

Z klinik najliczniej przez lekarzy są uczęszczane: klinika chorób wewnętrznych prof. Bamberger'a, chirurgiczna prof. Billroth'a, oczna prof. Arlta, chorób skórnych i wenerycznych, pod kierunkiem prof. Kaposiego pozostająca i wreszcie położnicza i ginekologiczna prof. Karola v. Braun-Fernwald'a. Powód licznego odwiedzania tych klinik już same nazwiska ich kierowników dostatecznie tłumaczy.

Kliniki położnicze szczegółowiej tu opiszę, bo te właśnie największe będą zajęcie i największą liczbę obcokrajowców ściągają. Na żadnym może uniwersytecie nie ma tyle sposobności co tutaj, do należytego wykształcenia się w sztuce położniczej. Kliniki położnicze, których jest tu trzy (1-sza prof. Karola Braun'a, 2-ga prof. Spaeth'a, 3-cia wyłącznie dla kształcenia akuserek przeznaczona, prof. Gustawa Braun'a), stanowią oddziały Zakładu położniczego (*n. ö. Landes-Gebär-Anstalt*), który w związku z Domem podrzutek (*n. ö. Landes-Findel-Anstalt*) pozostaje pod zarządem dolno-austriackiego Wydziału krajowego. Każda klinika posiada salę dla ciężarnych, które tu na 4 do 6 tygodni przed rozwiązaniem przyjmowane bywają, salę porodową, sale dla położnic i oddzielne dla gorączek połogowych. Sale te są ściśle od siebie oddzielone. Przyjęcie ciężarnych i rodzących odbywa się w ten sposób, że podczas gdy w ciągu doby dwie kliniki (jedna w dzień druga w nocy) przyjmują i rozwiązują, trzecia odpoczywa i swą salę porodową czyści i odwietrza. Przyznać należy, iż dbałość o porządek, czystość i ściśłą dezynfekcję do możliwej skrupulatności jest tu doprowadzona i rygor ten zarówno akuszerki jak i praktykujących lekarzy i studentów pod groźbą wygnania ściśle obowiązuje.

Jak to już wyżej wspomniałem, najliczniej przez lekarzy uczęszczana jest klinika prof. Karola Braun'a, już to dla tego, że połączona jest z dużym oddziałem ginekologicznym, już też, że przedstawia największą korzyść naukową, dzięki swemu kierownikowi i jego obecnym asystentom D-rom Pawlikowi i Welpnerowi. Wykłady prof. Braun'a, którym tylko brak systematyczności zarzucić można, są nader zajmujące i pouczające, bo zawsze odpowiedniami przypadkami ilustrowane. Operacje ginekologiczne i akuszerskie, często podczas lekcji dokonywane, z obszernym omówieniem sposobu wykonywania rękoczynów i wskazań do niego, dzielnie się do tego przyczyniają. Szkoda tylko, że częste wyjazdy „na praktykę“, nawet po za granice Austrii i częstsze

jeszcze zapadanie na zdrowiu prof. Braun'a, tak znacznie uszczuplają liczbę godzin wykładowych.

Kursy specjalne asystentów Pawlika i Welpoener'a głównie praktyczną stroną przedmiotu mają na celu. Każdy z nich prowadzi kursy operacyjnej akuseryjnych i ginekologicznych na trupach i kursy badania ciężarnych (*Touchircurs*). Jeden jak i drugi posiadają dużą wiedzę i ogromną biegłość w wykonywaniu rękoczynów, dla tego też wykłady te są bardzo pouczające i zajmujące; niepotrzebnie tylko każdego, chcącego na klinice pracować, obowiązują.

Materiał naukowy na klinikach położniczych jest ogromny; dość wspomnieć, że w ciągu roku odbywa się tu około 10.000 porodów (w roku zeszłym było rozwiązań 10,137). Dla studentów i lekarzy na dwu pierwszych klinikach ustanawiane są dyżury w grupach po 8. Oprócz tego codziennie przygotowuje się lista ochotników, z której niedobór w grupie się rekrutuje. Przy o c h o c i e więc można tu i codziennie deżurować. Każdy do grupy zapisany może badać wewnątrznie tylko tę rodzącą, której jest kuratorem; dopiero po zupełnem ukończeniu porodu można wziąć drugi przypadek pod obserwację. Zakaz ten ma na celu ochronę rodzących od zakażeń. Kuratorzy wykonywają wszystkie czynności do akuszeryki należące (badanie przebiegu porodu, podtrzymywanie kroczka i t. d.), chociaż i co do tego pozostaje się na łasce i nie łasce tej damy. I tu głównie p a p i e r e k stanowi o kwalifikacji do tych czynności. Nic zresztą dziwnego, przykład idzie z góry.

Z n a n i d o b r z e asystentowi ze swych kwalifikacyj (jak np. przebywający tu amerykanie) często bardzo mają sposobność dokonywania operacyj położniczych pod jego kierunkiem.

O Amerykanach wspomniałem tu dla tego, że oni z obcokrajowców najbardziej są tu protegowani. Najlepsze miejsca na wykłady, najciekawsze przypadki do obserwacji, najważniejsze do wykonania rękoczyny, im przeważnie w udziale się dostają. Spytacie dla czego? Imponują liczbą i sakiewką. Oni głównie stanowią słuchaczy kursów specjalnych, z Ameryki głównie źródło zysku płynię, nie więc dziwnego, że jej trzeba się przypodobać; dla tego nawet często wykłady w języku angielskim bywają prowadzone, co rozumie się dla wielu innych „niemieckie kazanie“ stanowi. Z.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

29. Seeligmüller. Przepuszczający wysięk w stawach (*Intermittirender hydrops articularum*).

Ciekawy opis przepuszczającego wysięku w kilku stawach, które to cierpienie istnieje u chorego od lat 25, podaje wzmiankowany autor, wraz z uwagami, odnoszącemi się do tego przypadku. Chory, który przebył tyfus, zapalenie płuc i przez długi czas cierpiał na gorączkę przepuszczającą, zauważył w r. 1855 nabrzmiewanie lewego stawu kolanowego i udowego, które się powtarzało co 12 dni, trwał przez jeden lub półtora dnia, wywołując uczucie bolesnego naprężenia w stawach. Napady te powtarzały się dość często, stopniowo jednak znikły, lecz w roku 1861 powróciły z nową siłą i trwały przez kwartał. W jesieni 1865 r. następnie 1872 r. i 1875 nowe typowe powroty choroby, które już utrzymują się ciągle z większą lub mniejszą siłą. Autor obserwuje chorego od 5 lat. Kolano lewe pozostaje mocno zgrubiałe, tak, że różnica w porównaniu z prawem wynosi 8 etm. Wszystkie stosowane środki okazały się bezskutecznymi. Głównym objawem w czasie napadu były bóle i obrzmienie kolana. Przy silnych napadach stan ogólny chorego cierpi dość mocno, nie ma jednak podwyższenia ciepłoty. W zajętem kolanie nie można zauważyć rozluźnienia więzów i całego stawu, jak to zwykle bywa przy długotrwałym wysięku stawowym.

W literaturze lekarskiej zanotowano tylko 12 przypadków podobnych cierpień stawo-

wych, opisany przez autora jest 13-y. Jako cechę główną tych cierpień podają autorzy: że u zdrowego dorosłego indywiduum występuje bez przyczyny i bez zwiastunów typowe znaczne nabrzmienie jednego lub obydwóch stawów kolanowych, bez objawów zapalnych i bez gorączki. Nabrzmienie po pewnym czasie dosięga swego maximum (*st. incrementi*), pozostaje przez pewien czas w tym samym stopniu (*st. acmé*) i znika po pewnym czasie (*st. decreménti*). W większości przypadków nabrzmienie wraca w pewnych dniach z matematyczną ścisłością, tak, że chorzy przepowiadają dokładnie napad. Rytm powrotów jest 8-o dniowy lub 4-o tygodniowy, czas trwania 4-y—6-u dni, zwykle zajęte są obadwa kolana lub co rzadziej jedno kolano i staw udowy.

Leczenie najczęściej jest bezskutecznem. W dwóch przypadkach (*Bruns i Verneuil*) pomagała chinina i arsenik. Co do istoty cierpienia nie dotąd niewiadomo. Przeciw przyjęciu *intermittentis larvatae* mówi to, że w 18-tu przypadkach tylko 2 razy i to dawno przed rozpoczęciem się cierpienia stawów, chory przechodził *intermittentem*. Autor jest skłonny przyjąć to cierpienie za neurozę naczynioruchową.

(*Centralblatt für Chirurgie. Nr. 15. 1880.*)

E. Modrzejewski.

30. Rosenstein. Uwagi o leczeniu i rozpoznawaniu wysięków osierdzia. Autor opisuje następujący wypadek: dziesięcioletni chłopiec, dotychczas zupełnie zdrowy, przybył na klinikę, skarżąc się na silną duszność i kaszel. Badanie wykrywa stan bezgorączkowy, zwiększenie tępości serca, która przedstawia się w kształci trójkąta i nie zmienia swego kształtu przy siedzącej postawie chorego, tonów serca nie słychać wcale. Rozpoznawszy wysięk osierdzia, autor wypuścił aparatem Potain'a 650 k. c. płynu ropnego. Stan chorego od razu znacznie się poprawił, wkrótce jednak wysięk się na powrót zaczął zbierać, tak, że w tydzień wypuszczono znów 250 k. c. ropy, a kiedy i to nie pomogło, autor zrobił szerokie cięcia w ściankach klatki piersiowej i osierdzia, zaprowadził dreny i ranę opatrywał sposobem Lister'a. Natychmiast stan chorego, któremu groził zupełny upadek sił, poprawił się, tępość serca się zmniejszyła i przy siedzącej postawie wyraźnie zaczynała się wyżej aniżeli przy położeniu leżącym. Chory w krótkim przeciągu czasu wyzdrowiał. Do tego wypadku autor dołącza parę uwag. I tak, co do rozpoznania: ropne zapalenie osierdzia może przebiegać bez gorączki i obrzęku odpowiedniej części skóry i wtedy o jakości wysięku sądzić możemy jedynie na podstawie przekłucia próbnego, przy dużych wysiękach osierdzia wymiary i kształt tępości serca nie zmieniają się przy zmianie położenia, tak, że objaw ten tylko w połączeniu z innymi pozwala odróżnić zebranie płynu w worku osierdzia od rozszerzenia serca. Co się tyczy leczenia, to autor jest zdania, że w obec wysięków osierdzia jeszcze prędzej należy uciekać się do przekłucia, aniżeli w obec wysięków opłucnej, kiedy płuco bowiem po długim nawet ucisku może się w zupełności rozszerzyć, to mięsień serca bardzo prędko ulega zapaleniu i zwyrodnieniu, a wtedy żadne leczenie nie pomoże. Prócz tego, jeżeli w obec ropnych wysięków opłucnej możemy się kusić—szczególniej u dzieci—o wyleczenie po prostu drogą przekłucia — to ze względu na wyżej przytoczone obawy, w obec istnienia ropnego wysięku osierdzia prób tych czynić nie należy i odrazu trzeba przystąpić do szerokiego przecięcia osierdzia i jego przedrenowania.

T. D.

31. Pęknięcie macicy, drenowanie, zejście pomyślne. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu, odbytem d. 7 Stycznia r. b., D-r F e l s e n r e i c h przedstawił kobietę 37 letnią, u której przed kilkoma tygodniami nastąpiło pęknięcie macicy podczas porodu. Gdy przybyła do kliniki stan jej przedstawiał się jak następuje: położenie poprzeczne, zaniebane, lewa rączka wypadnięta, główka po stronie lewej (pęcherz pękl 10 godzin przedtem), szyjka maciczna bardzo rozciągnięta, macica nadzwyczaj bolesna, szczególnie w okolicach samej szyjki. Wykonano odcięcie główki i wydobyto tułów i główkę, poezem zbadano starannie to miejsce, w którym leżała główka; okazało się że po lewej stronie, po za więzem obłym, ścianka szyjki macicznej była całkowicie przedartą, na szerokości czterech palców; w skutek skurezów macicy łożysko wypadło do jamy brzusznej. Przy wydobywaniu łożyska można było wyczuć pętle kiszek, a nawet i brzeg wątroby. Wprowadzono następnie do rany grubą rurkę drenową, tak, żeby nie wchodziła aż do jamy otrzewnej, na brzuch nałożono opaskę zlekką uciskającą, a z wierzchu zastosowano pęcherz z lodem. Przebieg był bardzo pomyślny. Przez pierwsze dwa dni odpływała przez rurkę drenową wydzielina surowicza, trzeciego dnia pokazała się wydzielina ropna, i od tej chwili poczęto stosować przestrzykiwania 2% roztworem kwasu karbolowego przy bardzo umiarkowanym ciśnieniu. Dziesiątego dnia

wyjęto dren; po upływie miesiąca chora wypisała się w zupełnie dobrym stanie. W lewej okolicy miednicy, po za bliźną, wyczuć jednak można było silne napięcie tkanek sąsiednich, w skutek zebra-
nia się wysięku. Autor, w uwagach nad wypadkiem, wypowiada zdanie, że przestrzykiwanie jamy
brzuszej nie jest odpowiedniem, gdyż przez lekkie przestrzykiwanie nie można oczyścić jelit z mo-
eno przylegających cząstek smolki i t. d. a z drugiej strony doświadczenie uczy że woda płodowa,
smolka i *vernix caseosa* bardzo łatwo ulegają rezorbeyi i że woda płodowa nie jest skłonną do ulega-
nia szybkiemu rozkładowi. (Co do twierdzenia jakoby smolka i *vernix caseosa* łatwo ulegały rezorb-
eyi, to pozwalamy sobie wyrazić tu pewne powątpiewanie. Przyp. Spr.)

(Wiener med. Woch 1881. Nr. 3).

D-r St. Kondratowicz.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— W czasach, przed zawinięciem do portów japońskich pierwszych okrętów europejskich,
nie było wcale szpitali w tym kraju; bogatsi mieli lekarzy nadwornych u siebie; kiedy kto chciał być
lepiej pielęgnowany, stawał na stancyi u lekarza-chińczyka. O ludność biedną nikt nie dbał, gdyż
z powodu przeludnienia nie miała ona ceny w oczach rządu.

Pierwszy szpital japoński założono w 1861 r. w Nangasaki i oddano go pod zarząd lekarza
Matsumoto, który odbywał swe studia w Hollandyi. Szpitale japońskie jednak cieszą się uznaniem
głównie u klass wyższych, rządzących, zupełnie odwrotnie jak u nas, gdzie są schronieniem klasy
najbiedniejszej i to w ostateczności. Ciało lekarskie, obsługujące szpital, składa się z lekarzy naj-
wykształceńszych i najdoświadczeńszych. Do szpitali uczęszcza wiele młodzieży, która uczy się
medycyny, robi opatrunki, obserwuje chorych, przyrządza lekarstwa. W 1877 r. było 64 szpitali
publicznych, 7 rządowych i 35 prywatnych. Od tej pory wiele przybyło nowych w Tokio, Kanagawa
Awomori, Sendai i Fokaszyma. Liczba lekarzy wynosi 31,000 (?) na 32 miliony mieszkańców, wię-
kszą część jednak tych lekarzy stanowią chińczycy-rutyniści.

Istnieje nadto 6 dzienników lekarskich japońskich, których łamy przeważnie zapełniane są
tłumaczeniami z prasy europejskiej i amerykańskiej. Najlepiej redagowane są: I-dży Czymbun (co
tydzień) i I-dży-Szynszy, wychodzą w Tokio. W Japonii jest wielu wybornych nauczycieli Europej-
czyków, zwłaszcza Niemców, jak np. Baetz, a teraz niedawno powołany został Sonnenburg ze
Strassburga.

— „Przegląd Lekarski“ (Nr. 7) donosi iż Dr. Alfred Obaliński otrzymał veniam
legendi jako docent prywatny chirurgii na uniwersytecie Krakowskim.

Wydział Gospodarczy III Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich

mającego się odbyć w Krakowie uchwalił ostatecznie, że Zjazd odbędzie się w dniach od 21 do 25
Lipca r. b., to jest bezpośrednio po Zjeździe pedagogów, odbyć się mającym w Krakowie w dniach
18, 19 i 20 Lipca, przez co niejednemu z uczestników zebrania walnego pedagogicznego dana bę-
dą sposobność wzięcia udziału w Zjeździe lekarskim i przyrodniczym. Prócz tego, na ostatnich 4-eh po-
siedzeniach Wydział gospodarczy zajmował się rozsyłaniem zaproszeń na Zjazd i zastanawiał się
nad sekcjami, na jakie wypadnie Zjazd podzielić. Prócz tego Wydział w zasadzie uchwałił, że ze
Zjazdem ma być połączona, podobnie jak w r. 1869, wystawa przyrodniczo-lekarska, którymto
przedmiotem zajmuje się specjalna komisya pod przewodnictwem Dyrektora Muzeum techn. prze-
mysłowego Krakowskiego Dra Baranieckiego. Do wykładów w sekcjach Zjazdu zgłosiło się do-
tychczas 8 lekarzy i 6 przyrodników, a liczba ta jest oczywiście tylko małym ułamkiem tych wszyst-
kich, którzy na Zjeździe prace swe przedstawiają, gdyż termin zgłaszania się naznaczoney jest aż do
końca Maja r. b. Szczegółowy program Zjazdu ogłoszony będzie również w Maju r. b.

Wszystkie czasopisma polskie upraszamy o powtórzenie tej wiadomości.

Dr. Jan Rosner sekretarz.

Dr. Janikowski przewodniczący.

WOJCIECH OCZKO

(urodz. 1545 r., zmarł 1600 r.)

PRZYMIOT.

Wydanie I w Krakowie, w drukarni Łazarzowej, roku Pańskiego 1581.

Wydanie II w Warszawie r. 1881, nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

W lat trzysta od chwili gdy dzieło Oczki wyszło po raz pierwszy z drukarni Łazarzowej w Krakowie, staraniem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie pojawi się jego przedruk, na który niniejszem uwagę polskich lekarzy zwracamy.

Nie potrzebujemy Szanownym Kollegom przypominać, że dzieło Oczki jest prawdziwym pomnikiem dawnej medycyny polskiej, świadectwem wysokiej umiejętności naszych lekarzy XVI wieku i nieprzebranym skarbem dla badań ojezystego języka lekarskiego.

Śmiało powiedzieć można że „Przymiot” jest najznakomitszem dziełem lekarskim polskim z XVI w. A wartość tego pięknego dzieła niezmiernie podnosi wzorowa polszczyzna i miłość autora dla niej.

Dzieło Oczki dziś rzadko komu jest dostępne, gdyż zaledwie kilkanaście egzemplarzy znajduje się na całym świecie i dla tego mało dotychczas jest ono znane, a prawie weale jeszcze nie ocenione. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, podjąwszy nakład przedruku, pragnie w trzechsetną rocznicę wydania „Przymiotu” uczcić znakomitego pisarza i medyka polskiego.

I dziś po 300 latach stanie się zadosyć gorącym życzeniom dzielnego lekarza polskiego, który w przedmowie do swego dzieła pisze: „Ja iżem w tym przymiocie niesukał niczego innego, jedno dobra pospolitego, ojezynie jako być mogło najlepiej i napilniej w tym służąc, tym podobno podziękowania i wdzięczności większej od ciebie będę godzić

Niewątpimy, że Szan. Kolledzy zrozumieją pobudki i cel naszego wydawnictwa i ze zechęcią czynnie je poprzeć.

Polecmy dzieło Oczki wszystkim miłośnikom dziejów naszej oświaty i naszego języka.

Przedruk dzieła „Przymiot” dokonywa się z największą ścisłością podług egzemplarza, będącego własnością biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego.

Do tego dołączonym będzie przedruk drugiego małego dziełka „O ciepłicach” wyd. w r. 1578.

Rzecz całą poprzedzi życiorys Oczki i ocenienie jego stanowiska naukowego, napisane przez E. Klinka; studjum nad językiem dzieła będzie pióra jednego z lingwistów. Do dzieła załączone będzie *fac-simile* własnoręcznego listu Oczki i *rysunek* pięknego pomnika marmurowego, wystawionego mu przez synowca w kościele kks. Bernardynów w Lublinie. Karta tytułowa i przedmowa do dzieła oddane będą homograficznie. Całe dzieło obejmować będzie mniej więcej 40 arkuszy druku, formy największej ósemki, a ukończone będzie w Kwietniu r. b. Niewielka liczba egzemplarzy odbitych będzie na papierze welinowym.

Nad wydaniem całego wydawnictwa czuwa osobny komitet, z łona Tow. Lek. wyznaczony.

WARUNKI PRENUMERATY.

Cena egzemplarza na papierze *zwyczajnym* wraz z przesyłką 3 rs; w Austrii 4 złr.; w Cesarstwie niemieckim 7 mrk.

Cena egzemplarza na papierze *welinowym* wraz z przesyłką 4 rs., w Austrii 5 złr.; w Cesarstwie niemieckim 9 mrk.

Prenumeratę przyjmują redakcyje wszystkich pism lekarskich polskich, w Warszawie wychodzących; wszystkie księgarnie i agentury spółki kolportacyjnej. W Austrii prenumeratę przyjmuje administracyja Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.

SKŁAD GŁÓWNY w redakcyi Pamiętnika Towarz. Lekars. Warszaws. (Chmielna 11).

Po wyjściu dzieła z druku cena znacznie podwyższoną zostanie.

ROCZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ

wydawany staraniem i nakładem Dra J Rogowicza

Część I. (zbroszurowana) zawiera Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego (za rok od 1 Lipca 1879 do 1 Lipca 1880).

Część II. (oprawiona w płótno angielskie z dodaniem ołówka) stanowi właściwy kalendarz lekarski z dziennikiem i kalendarzem na r. 1861.

Cena 1 rs., z przesłaniem pocztą 1 rs. 20 kop. Skład główny w biurze administracyi MEDYCYNY w Warszawie, Nowogrodzka, 20.

Jest nadto do nabycia we wszystkich znaczniejszych księgarniach w Warszawie.

Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego

Rok I—1879 sprzedaje się w biurze administracyi MEDYCYNY

Rok II—1880 po 30 kop.

Na opłatę pocztową należy dołączyć 10 kop. (można markami).