

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtor. arkusza.

**Redakcja:**

Ul. Szewska (pod toporkiem)  
Nr. 16.

**Administracja:**

Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom  
narożny.

**Ekspedycja miejscowa**

w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clément, oraz M. L. Dolbrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz doobny drukie (pół) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:  
Administracja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskim i Rosji urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clément.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	Rocznie	w Austrii	8 zlr. 80 c.	w Król. Polskim i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech	16 mk.	we Francji	24 fr.
	Półrocznie	"	4 " 40 "	"	"	"	8 "	"	12 "
	Kwartalnie	"	2 " 20 "	"	"	"	4 "	"	6 "

Kraków, 19 grudnia 1885.

N<sup>o</sup> 51.

Rok XXIV.

**TREŚĆ:** I. ZAREWICZ: Przyczynę do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego. (Dok.) — II. OBALIŃSKI: Trzecia seryja laparotomij dokonanych z powodu niedrożności jelit. (Dok.) — III. *Opisy i sprawozdania:* Sprawozdanie z drugiej seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie. (Dok.) — SCHIMMELBUSCH: O ciałkach krwi i jej krzepnięciu. — JAECKEL: O leczeniu morfinizmu za pomocą kokainu. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich:* Posiedzenie Towarzystwa lekarzy kijowskich. — V. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VI. *Wiadomości bieżące.*

**Przegląd Lekarski.** organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1886 rok dwudziesty piąty swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatne.

Przenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austrii	w Królestwie Polskim i Cesarstwie rosyjskim	w Cesarstwie niemieckim
rocznie	8 zlr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 " 40 "	3 "	8 "
kwartalnie	2 " 20 "	1½ "	4 "

we Francji i Belgii  
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Przenumeratę przyjmują: w *Krakowie* Administracja, nadto w *Warszawie* pp. Gebethner i Wolff, w *Paryżu*, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracja, oraz w *Paryżu* p. Adam, Rue Clément 4 i p. Leszeński Bd. Voltaire 104<sup>bis</sup>.

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracji.

## I. Przyczynę do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz.

prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych,  
docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Wycięto zatem wrzód stwardniały raz w 48 godzin po jego pojawieniu się, w czterech razach piątego dnia, w czterech innych przypadkach czas trwania wrzodu był od 6ciu do 10 dni, a w pozostałych pięciu przypadkach wrzód trwał

dwa razy dni 12, raz dni 14, a dwa razy od 21 do 22 dni. Podania chorych co do czasu trwania wrzodu odpowiadały objawom, jakie u chorych spostrzegano.

Czas wylęgania się wrzodu stwardniałego w przytoczonych przypadkach był przez chorych rozmaicie podawanym, dla tego też nie chcąc wyłącznie polegać na chwajnych podaniach chorych, a nie mogąc dostarczyć pod tym względem pewnych szczegółów, wolę okoliczność tę zupełnie pominąć, a przechodzę natomiast do innych ważniejszych uwag.

Gojenie rany nastąpiło w trzech przypadkach w zupełności przez rychłozrost, w dziewięciu przypadkach rana goiła się w części przez rychłozrost a w części przez ropienie, które w niektórych przypadkach ograniczyło się tylko do bardzo nieznacznej przestrzeni. W dwóch przypadkach rana w całości goiła się przez ropienie. Ponieważ największą przeszkodą w gojeniu się ran na prąciu przez rychłozrost są naprężenia członka, z tego powodu nauczony doświadczeniem radzę z jednej strony, szczególnie w pierwszych kilku dniach o ile możności jak najenergiczniej występować przeciw takowym wiadomym sposobom i środkami, a powtóre nie radzę zawczasie szwów odejmować. W przypadkach moich najkrótszy czas gojenia się rany (przez ropienie) po wyciętym wrzodzie był dni sześć, a najdłuższy wynosił dni dziewiętnaście. W siedmiu przypadkach w miejscu wyciętego wrzodu po zagojeniu się rany wytworzył się w bliźnie tak zbity naciek, iż niemal w niczym się nie różnił od stwardniałości cechującej wrzód pierwotny, a w jednym z tych przypadków stwardniałość połączoną była nawet z płytkim na jej powierzchni rozpadem. Że ponowne wystąpienie stwardniałości nie jest zawisłym ani od szybkiego ani od dłuższego gojenia się rany, dowodem tego jest przypadek 13 i między innymi przypadek 4. W pierwszym z nich stwardniałość wytworzyła się ponownie, mimo to iż rana zagoiła się przez rychłozrost, podczas gdy w drugim rana w całości goiła się przez ropienie, i to przez czas ze wszystkich przypadków najdłuższy, a mimo to stwardniałość



w bliźnie nie wystąpiła. Stwardniałość w miejscu wyciętego wrzodu wystąpiła najpóźniej 40go dnia licząc od dnia wycięcia wrzodu, a zatem w czasie, w którym rana już dawno zagojona była. Nadmieniam jednak, i na tę okoliczność szczególnie nacisk kładę, iż wznowienie się stwardniałości nie było następstwem niedokładnego wycięcia wrzodu, a tém mniej zanieczyszczenia rany wydzieliną wrzodu w czasie operacji, gdyż w obec sposobu operowania i w obec zachowania wszelkiej ostrożności w czasie operacji, oba te przypuszczenia, gdyby się komu nasunęły, uważam za nieprawdopodobne.

Gruzoły pachwinowe przedstawiały się w przypadkach operowanych w ten sposób, iż w przeważnej liczbie były one przed wycięciem wrzodu nieznacznie powiększone, u niektórych chorych gruczoły były nawet tak małe, iż na razie wahałem się orzec, czy uważać je należało za gruczoły chorobowo zmienione. Jedynie w jednym przypadku gruczoły pachwinowe przed wycięciem nie były zajęte, zaczęły one jednak po wycięciu znowu powiększać się i w dalszym przebiegu przybrały nawet dość znaczne rozmiary. W przypadku tym wystąpiła w niespełna miesiąc po wycięciu recydywa wrzodu stwardniałego.

We wszystkich innych przypadkach, z wyjątkiem dwu przypadków, gruczoły pachwinowe także się powiększały po wycięciu wrzodu stwardniałego. Zwiększanie się gruczołów pachwinowych a równocześnie z tém wzmaganie się ich konsystencji wystąpiło najwcześniej trzeciego dnia a najpóźniej około 29 dnia licząc od dnia wycięcia. To powiększanie się gruczołów pachwinowych po wycięciu wrzodu nie było zawisłym od ropienia, albowiem spostrzegałem przypadki, w których gruczoły obrzękały dość późno po zagojeniu się rany, jak np. w przypadkach 3, 8, i 10, w których gruczoły dopiero w kilkanaście dni po zagojeniu się rany powiększyły się. Jedyny wyjątek stanowi przypadek 11, w którym po rychłozroście rany gruczoły pachwinowe nie powiększyły się wcale, przeciwstawić mu jednak należy przypadek 13ty, w którym mimo to, iż rana zagoiła się przez rychłozrost, gruczoły pachwinowe, które przed operacją były bardzo nieznacznie zajęte, po wycięciu przybrały dość znaczne rozmiary. Także wyjątkowym jest przypadek 2, w którym gruczoły pachwinowe przed wycięciem wrzodu były dość znacznie powiększone, po wycięciu, mimo ropienia rany przez dni czternaście, zmniejszyły się. Gruzoły pachwinowe zwiększały się po wycięciu wrzodu niezawisłe od recyduwującej stwardniałości, gdyż zwiększanie się gruczołów prawie zawsze wyprzedzało ponownie wytwarzającą się stwardniałość, a wreszcie powstawało ono i w tych przypadkach, w których nie było wznowienia się stwardniałości.

Jeżeli zatem uwzględnimy wszystkie powyższe szczegóły dotyczące zachowania się gruczołów pachwinowych przed i po wycięciu wrzodu pierwotnego, to przypuścić możemy, iż jad syfilityczny dostaje się do gruczołów w samych początkach pojawienia się wrzodu, gdzie następnie po wycięciu już niezawisłe od sprawy chorobowej na prąciu dalej swoje działanie rozwija.

Obecnie przystępuję do najważniejszej kwestyi, a mianowicie do pytania, czy przez wycięcie wrzodu stwardniałego, chociażby ono dość wcześnie dokonaniem zostało, można zapobiedz ogólnemu zakażeniu?

We wszystkich powyżej przytoczonych przypadkach, między którymi znajduje się jeden, w którym czas trwania wrzodu był tylko 48 godzin, wystąpiły objawy zakażenia

ogólnego. Przypadek 5ty, w którym chory po szybkim wygojeniu się opuścił szpital i więcej nie był już widzianym, uważać należy za stracony.

Zmiany ogólne występowały, licząc od czasu pojawienia się wrzodu, między dniem 32 a 66, t. j. w czasie, jaki zwykle przyjmujemy w tych razach, w których na przebieg były żadne leczenie ogólne przeciw wrzodowi pierwotnemu wymierzone nie wpływało. W przypadkach 1 i 3im wystąpienie zmian ogólnych przeciągnęło się znacznie po nad ten czas, albowiem w pierwszym wystąpiły one w dniu 146, a w drugim zmiany na błonach śluzowych pojawiły się w 110 dni od czasu wystąpienia wrzodu.

W dwu przypadkach uważano, iż przed wystąpieniem zmian ogólnych wystąpiły zaburzenia w organizmie polegające na ogólnym niedomaganiu, braku apetytu, dreszczach itp. objawach; co do zachowania się w tych przypadkach ciepłoty ciała nie mogę podać żadnych danych, gdyż chorzy ci leczeni byli ambulatoryjnie.

Z wyjątkiem jednego przypadku (5), w którym zmiany ogólne wystąpiły w formie obfitych guzków syfilitycznych i kłykcin sączących na napletku, we wszystkich innych objawy ogólne polegały na wystąpieniu wysypki plamistej, bądź to skąpo i niejednostajnie, bądź też mniej lub więcej obficie rozsianej, niekiedy z nieliczną przymieszką guzków syfilitycznych. Obok plam syfilitycznych znajdowała się jednak kłykcina sącząca około odbytnicy w przypadku pierwszym. W przypadku 3eim były w dwu miejscach lekkie zapalenia okostny, w przypadku 9tym po jednej kłykcinie sączącej na mosznach i około odbytu, w końcu zaś w przypadku 10 istniała obok obfitych plam syfilitycznych na ciele, tak zwana łuszczyca syfilityczna na dłoniach i podszewach obok kłykcin sączących na wewnętrznej blaszce napletka i żołądki. Obok wyżej wymienionych zmian na skórze występowały także na błonach śluzowych zmiany syfilityczne, przeważnie jako powierzchowne, nieznaczne kłykciny sączące najczęściej na łukach podniebiennych usadowione. W dwu przypadkach ograniczyły się zmiany do zaczerwienienia błony śluzowej podniebienia, a w czterech razach błony śluzowe były zupełnie wolne od zmian chorobowych.

Zmiany ogólne występowały tak w tych przypadkach, w których w czasie wycięcia wrzodu gruczoły nie były powiększone, jak i tam, gdzie po wycięciu wrzodu pierwotnego w bliźnie stwardniałość nie powróciła. Na tę ostatnią okoliczność o tyle znaczniejszy nacisk kładę, gdyż od tego szczegółu niektórzy autorowie czynią zawisłym powodzenie wycięcia.

Stan gruczołów karkowych i barkowych przedstawiał się bardzo korzystnie, albowiem obrzęki gruczołów towarzyszące zmianom ogólnym były bardzo nieznaczne. Przeważnie napotymano tylko powiększone gruczoły barkowe, wydarzały się jednak i tego rodzaju przypadki, w których gruczoły nie były wcale zajęte.

Pod względem leczenia zmian ogólnych w powyżej przytoczonych przypadkach nadmienić tylko mogę, iż w każdym z nich prócz wskazań chorobowych musiano także uwzględniać poszczególne stosunki osobiste chorego. Dla tego też stosownie do czasu, jakim chory rozporządzał, albo też ze względu na jego stosunki towarzyskie obierano, jeżeli stan chorobowy na to zezwalał, odpowiednie poniekąd, że tak powiem, dla pacjenta przystępne leczenie.

Ponieważ do ocenienia, czy kila przebiega łagodnie lub ciężko, niezbędnym jest także uwzględnienie nawrotów



choroby, przeto poniżej podaję w streszczeniu krótki pogląd na przebieg recydyw. Przedtém jednak niechaj mi wolno będzie wspomnieć, iż jeżeli ze zmian ogólnych, które po wyciętym wrzodzie jako pierwszy objaw tak zwanego zakażenia ogólnego występowały, można sobie było utworzyć pewnego rodzaju sąd, o ile przez wycięcie wrzodu zmiany następowe zmodyfikowane zostały, to co do dalszego przebiegu były ze względu na poprzedzające leczenie sąd ten nie może być już dokładnym. Pozostawienie choroby po wycięciu wrzodu stwardniałego w obec zmian ogólnych jej własnemu naturalnemu biegowi było w powyżej przytoczonych przypadkach dla mnie z łatwych do odgadnięcia powodów niemożliwem.

Nawroty były u chorych, którym wycięto wrzód stwardniały, wystąpiły tylko u siedmiu chorych, trzech chorych nie pojawiło się wcale po przebiegu zmian następowych, dwu chorych pozostaje jeszcze w obserwacji, a u jednego chorego od lat sześciu nie ma żadnych objawów kiły.

Pierwsze recydywy odznaczały się nader łagodnymi objawami, a mianowicie byłyto albo odnawiające się nieliczne gromady plam, które występowały równocześnie z powierzchniowymi kłykciami sączącymi na błonach śluzowych, albo też li tylko płytkie kłykciny sączące w jamie ustnej. Następne powroty objawiały się jeszcze łagodniej, albowiem byłyto pojedyncze i nieznaczne kłykciny sączące na błonie śluzowej jamy ustnej. Recydywy zwykle występowały w ciągu pierwszych 17 miesięcy i było ich, jak to w dwu tylko przypadkach zauważano, co najwyżej trzy.

Z pomiędzy wszystkich przypadków recydyw jeden tylko wyróżniał się od innych przypadków uporeczywszym przebiegiem, gdyż po łagodnych lecz częstych nawrotach kiły wczesnej wystąpiły w trzecim roku trwania choroby objawy kiły późnej, jako nieliczne skórne kilaki na odnogach dolnych. Wprawdzie objawy te przebiegały łakże łagodnie, lecz ponieważ przypadek ten już w czasie wystąpienia zmian ogólnych (obfita wysypka guzkowa) zaznaczył się zmniejszoną odpornością na jad syfilityczny, sądzę zatem, iż cały dotychczasowy przebieg kiły w przypadku 4ym upoważnia do przypuszczenia, iż w tym razie co do dalszego rokowania wypada być nieco ostrożniejszym.

Z siedmiu przypadków, w których wystąpiły recydywy, przypadają trzy na przypadki, gdzie blizna po wyciętym wrzodzie nie okazywała żadnych zbroceń, a cztery, w których we wyciętej bliźnie stwardniałość ponownie się wytworzyła. (Dok. nast.)

## II. Trzecia seryja laparotomij dokonanych z powodu niedrożności jelit.

Podał Prof. Dr. Obaliński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Powyższe przypadki nastroją mi sposobność do następujących ogólnych uwag:

1) Wyszczególniając po prostu, że z dwudziestu operowanych wyszło sześciu, a więc 30%, uwydatniam zarazem i wielki zysk przez to osiągnięty, osobliwie jeżeli się zważy, że każdy z tych uratowanych przypadków musiałby niewątpliwie zginąć. Rozpatrując się więc w tém zestawieniu nabieram otuchy, że dzisiaj nie stoimy już tak bezbronni w obec grożącego nam nieprzyjaciela. Otucha ta staje się tém silniejszą, jeżeli zważymy, że z postępującem doświadczeniem po-

prawiają się i wyniki; jeżeli bowiem otrzymałem na pierwszych dziesięciu przypadkach tylko dwa dodatnie, to w drugiej dziesiątce było ich już cztery. A wszakże przypadki te nie były dobierane, operowano wszystko, co się tylko nadarzyło. Wyrzucmy przypadki, w których bardzo mała albo prawie żadnej nie było nadziei dobrego skutku, to otrzymamy i odsetek śmiertelności znacznie mniejszy; lecz sztucznie otrzymany rezultat nie może sprawić zadowolenia podobnie jak sztucznie ułożony budżet. Ja wiem o tém, że mój odsetek śmiertelności jest większym niż wypada odsetek z ogólnego zestawienia znanych dotąd przypadków laparotomij podjętych w celu przywrócenia drożności jelit, ale i wiem z drugiej strony, że zestawiliem wszystkie moje przypadki, gdy nie mam pewności, czy wszystkie są zebrane po stronie przeciwniej, a to z pewnością w ten sposób, że żadnego nie brakuje z dobrym wynikiem, gdy ujemne przypadki częstokroć z umysłu, a czasem i z innych powodów, nie bywają ogłaszane. Jak już wyżej powiedziałem nie mam powodów być niezadowolonym z dotychczas otrzymanych wyników; jestem jednak prawie pewnym, że przy postępie w rozpoznawaniu przyczyn niedrożności i przy coraz większej wprawie operacyjnej mogą się spodziewać coraz to lepszych rezultatów.

2) Najlepszy pogląd na powyższe moje przypadki daje następująca tabliczka:

	Rodzaj niedrożności	Suma	Wynik dobry	Śmierć
Funkcyjonalna. Mechaniczna.	<i>Incarceratio-Strangulatio-Torsio</i>	11 . . . . .	5 . . . . .	6 . . . . .
	<i>Invaginatio</i>	3 . . . . .	— . . . . .	3 . . . . .
	<i>Stricturea neoplasmatica</i>	1 . . . . .	— . . . . .	1 . . . . .
	<i>Peritonitis perforativa</i>	3 . . . . .	— . . . . .	3 . . . . .
	<i>Peritonitis circumscripta</i>	1 . . . . .	1 . . . . .	— . . . . .
	<i>Graviditas extrauterina</i>	1 . . . . .	— . . . . .	1 . . . . .

Pobieżny rzut oka poucza nas, że lepszy rezultat osiągnąłem tam, gdzie przyczyna mechaniczna wywołała niedrożność a między nimi najlepszy w kolumnie pierwszej obejmującej przypadki uwięzienia, zadziernienia lub skręcenia jelit; rezultat ten byłby o wiele świetniejszym, gdyby w tych przypadkach, które zakończyły się śmiercią, operacja była przedsięwzięta wcześniej.

Wgłobienia dały mi już znacznie gorszy rezultat, również i zwężenie skutkiem nowotworu, pierwsze dla tego, że wgłobienia w ogóle ze znaczniejszymi zmianami w ścianach są połączone, a więc i opóźnienie z operacją o wiele łatwiej wydarza się niż w poprzednich; drugie dla tego, że one wymagają nadto kolistej resekcji jelita i enterorafii, które same dla siebie już są zabiegiem znacznym, a więc i rokowanie w ogóle obciążającym.

Drugi rodzaj niedrożności był funkcyjonalny, wywołany po największej części przez zapalenie otrzewny i dał się na pięć przypadków tylko raz usunąć przez laparotomiję, a mianowicie tam, gdzie zapalenie to było ograniczonem do małego obszaru. W trzech przypadkach mieliśmy zapalenie ropne otrzewny wywołane przez przebicie jelita (*peritonitis perforativa*), które dla tego nie było rozpoznaniem jako takie, że tutaj treść jelit nie dostała się do wolnej jamy otrzewnowej, lecz jelita przez proces zapalny, poprzedzający przebicie, zostały poprzednio ze sobą posklejane. Z tego powodu nie mieliśmy w tych przypadkach tego charakterystycznego nagłego zapadu, jaki postrzegać możemy tam, gdzie treść jelit dostaje się wprost do jamy otrzewnowej. Tutaj mieliśmy wprawdzie także zapad, lecz inny, a mianowicie taki, jaki spostrzeganym bywa zazwyczaj w ropnym zapaleniu otrzewny, tj. rozwijający się powoli. To też ro-



dziej zapadu, osobliwie w początkach choroby i obok innych przypadków, może być bardzo dobrze jako czynnik rozpoznawczy wyzyskany. I tak np. nie widziałem zapadu we wszystkich moich przypadkach pomyślnie zakończonych, chociażby, jak to było w przypadku 19ym, choroba trwała i dłużej; gdzie zapad powoli się wytwarzał, tam znaleźliśmy zapalenie otrzewny włóknikowo-ropiaste, czy ono było wywołanem przez mechaniczne zamknięcie jelita, czy też połączonem było z przebicciem się treści. Że nawet skręt może i to dosyć szybko doprowadzić do zlepnoropiastego zapalenia otrzewny, wyjaśniają nam najlepiej przypadki 20ty i 17ty, z których w pierwszym znaleziono jedno i drugie wybitnie rozwinięte; w drugim zaś na szczycie skrętu dopiero rozpoczynający się proces zapalny.

Najcharakterystyczniej występuje zapad w razie przebiccia się treści do wolnej, tj. przez poprzedzający proces zapalny niezlepionej, otrzewny, czego klasyczne przykłady mamy w przypadkach, w których po zeszcyciu resekowanego jelita kał wydostaje się pomiędzy szwami do jamy otrzewnowej. Przypadek pod l. 15 opisany daje do tego wyborną ilustrację: u pacjentki przez 9 godzin po operacji dobrze się mającej występuje stolec a tuż po nim ból brzucha i zapad nagły zakończony w 6 godzin później śmiercią. Rozróżnianie to jest tém ważniejszym, ile że na niem oprócz możemy i rokowanie; gdzie nie ma zapadu, tam *caeteris paribus* przypuścić należy niedrożność mechaniczną bez towarzyszącego zapalenia otrzewny a tém samem wolno też dobrze rokować; gdzie mamy zapad nagły, tam szybko operując możemy stosunkowo lepiej rokować niż tam, gdzie zapad rozwijał się powoli, gdyż w pierwszym razie treść jelit może być dokładnie usunięta i otwór zaszyty, w drugim zaś zlepne zapalenie stawia największy opór antyseptyce.—Z tego wpływa nauka, że gdzie mamy jakie takie wskazania do operacji, powinniśmy operować jak najwcześniej, gdzie zaś jest wątpliwość, nie należy przynajmniej bardzo zwłóczyć.

3) Wynik dobry laparotomii nie zależy tylko od samych dobrych warunków, które w organizmie operowanego znajdujemy, lecz także w wielkiej części od techniki operacyjnej a więc od warunków przez samego operatora stworzonych. Wielką rolę odgrywa tutaj wprawa tak co do antyseptyki w ogólności, jak i co do szczegółów saméjże operacji; dozwala ona na prędsze oryjentowanie się przy odszukaniu miejsca niedrożnego a tém samem przyczynia się do skrócenia czasu, w którym otrzewna wystawiona być musi na działanie powietrza i innych wpływów.

Mając już poważną cyfrę tych operacji za sobą, chcę tu zwrócić uwagę kolegów, którzy albo mniej sposobności mieli do tychże, albo wcale ich jeszcze nie wykonywali, na pewien szczegół, oryjentację nader ułatwiający. Wiadomą jest rzeczą, że tam, gdzie mamy rzeczywistą, tj. przez mechaniczną przeszkodę wywołaną niedrożność, już w krótkim czasie, bo po upływie 24 do 48 godzin, powstaje rozdęcie jelita powyżej miejsca niedrożnego, podczas gdy część jelita poniżej niego się znajdująca albo pozostaje w rozmiarach prawidłowych, albo nawet bywa z powodu czczości smuklejszą. Najlepiej postrzegamy to przy operacji przepukliny uwięzniętej a nawet doznajemy z tego powodu pewnych trudności, jak np. przy enterorafii po kolistej resekcji jelita. Mimo to, że objaw ten tak ogólnie jest znanym, nikt dotąd na niego nie zwrócił uwagi, aby go w celach dyjagnostycznych wyzyskać. To pewna, że od czasu, jak na ten szczegół uważam, o wiele łatwiej i prędzej oryjentuję się, a kto

wie, jak trudno jest częstokroć nawet i przy sekcji, gdzie wygodnie cały brzuch rozeinamy, rozpatrzyć się, ten pojmie doniosłość każdego ułatwienia tam, gdzie ograniczeni być musimy do cięcia nieznacznego, dozwolającego zaledwie przesunąć rękę do wnętrza jamy brzusznej. Jeszcze w tych przypadkach, w których przyczyna niedrożności przedstawia się w kształcie sznurka, guza lub tym podobnego tworu, rozpoznanie i odszukanie go bywa dosyć łatwem, lecz rozpoznanie skrętu np. sprawić może dosyć znaczne trudności. Kilka przykładów wyjaśni tę rzecz lepiej. W jednym z moich przypadków odszukałem skręt, lecz nie byłem pewnym, czy on był przyczyną niedrożności i gdyby nie stolec, który się pokazał jeszcze przed zaszcyciem brzucha, byłbym pozostawał w niepewności co do osiągnięcia zamierzonego celu. W podobnem położeniu znajdowałem się i w przypadku siedemnastym, tylko że tutaj zwracałem już uwagę na ów stosunek rozszerzonych i zwężonych pętli jelitowych, tak iż po zniesieniu skrętu spostrzedz mogłem, jak się zatrzymana treść jelitowa dalej posuwać i zwężona pętla rozszerzać zaczyna. Również i brak tego objawu da się zużytkować w celach dyjagnostycznych, jak to miało miejsce w przypadku drugim seryi drugiej (z rzędu dziesiątym), w którym nie znalazłszy owego objawu, lecz jelita wszędzie jednako miernie rozdęte, nie czyniłem już dalszych poszukiwań za mechaniczną przeszkodą, lecz zadowolilem się znaną wypociną włóknikowo ropiastą w okolicy kątnicy, po usunięciu której ze spokojem jamę brzuszną zamknąłem, a dobry wynik potwierdził słuszność mego zapatrywania.

Omawiając technikę wspomnieć muszę również o oczyszczaniu jamy brzusznej, którego dokonywam ciepłym 3% roztworem borowym obficie do jamy brzusznej wlewany i aseptycznymi gąbkami wymaczywany. Kwas borowy będąc równie dobrym środkiem antyseptycznym jak karbol, ma przed nim tę zaletę, że otrzewny nie drażni i po wchłonięciu nie działa szkodliwie.

4) Co do wskazań do laparotomii w obec przypadków niedrożności, to po rozpatrzeniu się w moich dwudziestu przypadkach pozostać muszę przy zdaniu, które już poprzednio wyjawilem, tj. że lepiej jest zawczasie operować niż za późno. Na tych dwadzieścia przypadków możnaby chyba tylko nad dziesiątym (drugi w drugiej seryi) dyskutować, czy laparotomija nie była zbyt późną, chociaż każdy, kto uważnie historję choroby tego przypadku odczyta, podzieli moje przekonanie, że bardzo prawdopodobnie mógł być się przypadek ten w razie niepodjęcia operacji zakończyć śmiertelnie. Natomiast w kilku przypadkach stanowczo żałować mi przypadło, że za późno przystąpiłem do operacji.

Że jednak nie przystępuję w takich razach do laparotomii na oślep i bez należytej krytyki, niech przemówi za mną ta okoliczność, iż w ciągu tych kilku lat, w których powyższe laparotomije wykonałem, trzy razy nie zgodziłem się na żąd inąd proponowane lub zaniechałem już zamierzonych operacji. Osobliwie w przypadkach, w których przypadki nie są piorunującymi, zwykłem wyczekiwać przez godzin kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt, dopóki się sytuacja nie rozjaśni, naturalnie pozostawiając chorego pod ciągłą kontrolą lekarską; gdzie jednak zapad wystąpił nagle i bardzo szybko siły chorego nikną, tam radzę operować przed upływem 8—10 pierwszych godzin, gdyż tam najczęściej mamy przed sobą przebiccie się treści jelit do worka otrzewnowego, co tylko przez szybką pomoc chirurgiczną usunięciem być może.



### III. Oceny i sprawozdania.

#### Sprawozdanie z drugiej seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

W dalszej dyskusyi Mehlhansen zwraca uwagę, iż utrzymanie strumieni wód w czystości stanowi ważny środek profilaktyczny. Przytaczając przykłady z Wrocławia, Królewca, Poznania, że gdy wody zanieczyszczonej używano do mycia naczyń wystąpiła cholera, przemawia za nadzorem małych strumieni między domami przepływających, które nadbrzeżni mieszkańcy, wrzucając nieczystości, zanieczyszczają.

Przemawiający następnie Neumann zapytuje, dla czego Koch zalecając różne środki zaradcze zalecał je tylko w przypadkach wybitnych a nie zalecał stosować ich w przypadkach biegunki cholerycznej, w czasie której odchody również prątek choleryczny zawierają.

Odpowiadając Koch oświadcza, że zdaniem jego i lżejsze przypadki mogą wytwarzać przyrzut, należy więc z nimi podobnie jak z wybitnymi postępować. Przy tej sposobności nadmienia Koch, że niemożliwem jest podać ogólny jakiś schemat, rodzaj recepty, jak zapobiegać cholercie. Zdaniem jego każda miejscowość ma swe epidemiologiczne własności, do nich więc postępowanie stosować wypada. Tu na jedno, tam na drugie zarządzenie szczególny nacisk kłaść wypadnie, w pewnych zaś okolicznościach szczególnym stosunkom szczególnymi zapobiegać zarządzeniami. W Berlinie np. wszystkie epidemie zostawały w związku z flisakami na Sprei, w razie więc zbliżania się epidemii należy szczególną zwracać uwagę na komunikację na Sprei.

Virchow nadmienia, że już dawniej w razie epidemii urządzano zakład dezynfekcyjny w punkcie oddzielania się kanałów Sprei idących do Berlina. Co do bielizny, ubrań, nadmienia, że niszczenie acz dobre nie da się przeprowadzić, gdy epidemija nieco tylko szersze przybiera rozmiary, w tych razach kwas karbolowy jako środek dezynfekcyjny na razie cennym się okazuje. Nadmienia w dalszym ciągu Virchow o doświadczeniach, jakie prof. Wolff czynił z przenośnymi aparatami dezynfekcyjnymi. Z pośród takich urządzeń zaleca się przyrząd Bacona, w którym działa gorąca para, ale który i do gorącego powietrza zastosować można. Ogólny wynik badań był ten, że w ciepłocie 100°C. i wyższej żaden żywy prątek się nie utrzymał. W niektórych razach i niższe ciepłoty 98° lub 95° dawały dobre wyniki, ale nie były pewne, zwłaszcza co do dużych i grubszych sztuk, gdy 100°C. bezwarunkowo pewnie działało w znacznie szerszym szeregu doświadczeń. Wolff sądzi, że przy tego rodzaju przyrządach wymagać należy dłuższego działania 100°C. a przyrządu nieodpowiadającego temu warunkowi nie można uważać za pewny. Byłoby zatem po tych doświadczeniach rzeczą wskazaną, aby w różnych miejscach znajdowały się takie przyrządy i aby przenoszono je tam, gdzie zachodzi potrzeba dezynfekcji. W ten sposób najłatwiej zapobiegać się przeniesieniu cholery na odleglejsze miejsca przez bieliznę. Virchow przemawia za takimi małymi przyrządami dezynfekcyjnymi a nie za dużymi, które wymagają transportu zanieczyszczonej bielizny do nich i przy których nastać może pomieszczenie z bielizną już oczyszczoną. Wprawdzie przy urządzeniu tych przyrządów miano to na względzie, ale w praktyce trudno będzie zawsze warunkowi temu zadość uczynić. Co do odosobnienia zgadza się Virchow z Kochem, że gdzie tylko można, wykonywać go należy, musimy bowiem przyznać, że cały szereg tych zarządzeń nie

ma bezwzględnej pewności. Mimo to podejmować je wypada, bo gdy nie pomogą, będziemy mieć uspokojenie, iż uczyniono, co było można. Tak zapatruje się Virchow i na nadzór nad komunikacją, oględziny doraźne w wagonach nie mają na celu, aby dopatrzeć się cholery, ale już zapytanie, czy nie ma kogo chorego, znacznie przyczyni się do ochrony, będzie korzystne pod względem możliwości wpuszczenia chorych do kraju. Takie pytania nasuwają myśl o użyteczności kwarantan. Virchow dziś jeszcze nie ma za złe ludności, która może ochronić się przez kwarantany, że je zaprowadza. Co do wysp zawsze będzie Virchow za kwarantanami, tak przeciw cholercie, jak ospie, odrze itd. Na lądzie stałym z powodu skomplikowanych stosunków komunikacyjnych kwarantany nie są praktycznym zarządzeniem. Chociaż więc zasada ich jest dobra, są one niemożliwe do przeprowadzenia na lądzie stałym lub krajach nadmorskich mających długie granice a zarazem i komunikację lądem.

Z kolei przemawia Eulenberg zwracając się znów do szkodliwości małych zanieczyszczonych strumieni. Są one, zwłaszcza w razie powodzi, połączone z niebezpieczeństwem, bo w skutek nich powstają złośliwe nieczystości, dające grunt odżywczy dla różnych chorób zakaźnych najprzystajniejszy. Eulenberg odwołuje się do dwóch przykładów (Salzbach pod Wiesbadenem i Schwarzwasser pod Lignicą).

Koehler podnosi następnie okoliczności, przemawiająco za zatrzymaniem rewizyi pociągów kolejowych w tych niewielkich rozmiarach, jak ona obecnie ma miejsce. Jeżeli komunikacja okrętowa ulega nadzorowi w razie grożącej epidemii i za nią przemawiają wszyscy znawcy, to nasunąć się może pytanie, dla czego na lądzie nie staramy się zapobiegać nawet w razach, w których można zawleczeniu cholery zapobiedz. Już z tego względu należałoby pewne zarządzenia zalecać a w szczególności dla uspokojenia publiczności, pomijając już to, co ze stanowiska naukowego za tém dałoby się przytoczyć.

Pistor zwraca uwagę, że używanie wysuszenia do odwietrzania w praktyce uleż winno pewnym ograniczeniom. Przy niektórych przedmiotach trudno osądzić, czy są suche a wykonanie też nie zawsze jest łatwe. Jeżeli np. podłoga pokoju, w którym chory leżał, jest powalana, co zdarza się nader często wśród uboższej klasy, to wątpić należy, czy przy pokostowaniu np. będziemy mogli osiągnąć zupełne wysuszenie.

Koch oświadcza, że w tym razie trzeba nawet ściany świeżo wybielić, w Indyjach bielenie wielką odgrywa rolę pośród zarządzeń zaradczych. Koch uważa je wraz z wysuszeniem za jeden z najlepszych środków do odwietrzania mieszkań, byłoby też do życzenia, aby w czasach cholery znalazło jak najobszerniejsze zastosowanie. Należy pokój przez parę dni wywietrzyć, ogrzewając go zarazem, aby go, o ile można, osuszyć, potem podłogę kwasem karbolowym lub sublimatem odwietrzyć a ściany i powałę wybielić. Postępowanie to wypada w miarę potrzeby modyfikować, raz suszyć, innym razem używać kw. karbolowego, albo nawet sublimatu. W niektórych razach, gdy jest wilgoć, należy zmienić obicia lub na nowo otynkować. Lekarz tu radzić sobie winien, trudno podać dokładne instrukcje w każdym przypadku odpowiednio.

Na zapytanie Pistora, czy istnieją dalsze próby co do sublimatu, co do którego na poprzedniem zebraniu konferencyi okazywał Koch upodobanie, usuwając kw. karbolowy na drugi plan tak, iż nieobojętnie działającemu sublimatowi dawał



pierwszeństwo nad mniej niebezpiecznym kw. karbolowym? odpowiada Koch, że na zeszłoroczném zebraniu mówił nie o odwietrzaniu lecz tylko o powstrzymaniu rozwoju prątków, które odróżniać wypada od właściwego odwietrzania polegającego na zabiciu drobnotworów. Co do powstrzymania rozwoju to już ówczesne doświadczenia Kocha świadczyły, iż sublimat jak co do wszystkich innych prątków tak i co do prątków cholery zasługuje na pierwszeństwo przed kw. karbolowym. Po dalszych doświadczeniach odnosi się to także do odwietrzania. Już nadzwyczaj małe ilości sublimatu wystarczają do zabicia prątków cholerycznych. Mimo to Koch nie byłby za używaniem sublimatu do odwietrzania na wielką skalę i zaleciłby używać go tylko w razach wyjątkowych, gdzie ten środek dezynfekcyjny i sposób jego użycia mógłby być nadzorowanym przez znawców. Koch nie uważa też jednak i kw. karbolowego za wyłączny środek odwietrzający w cholery. Przy próbach okazał on się jedynie jednym z najdzielniejszych środków, których praktycznemu użyciu nie stoi na przeszkodzie. Kw. karbolowy może być w każdéj chwili w dużych ilościach a małym kosztem dostarczany, daje się on łatwo przenosić i nie tworzy jak sole metalów z organicznemi istotami nierozpuszczalnych połączeń. Ze względu jedynie na te przymioty oraz na długoletnie i szerokie doświadczenie, jakie co do odwietrzających jego własności posiadamy, daje Koch kwasowi karbolowemu pierwszeństwo.

Na zapytanie Eulenberga co do nakadzań sublimatem, o jakich była wzmianka w niektórych dziennikach, a po których dopiero zalecano nakadzanie kwasem siarkawym, odpowiada Koch, że nie słyszał o nich.

Pettenkofer wyraża myśl nieco bluźnierczą, że co do środków zaradczych, jakie podejmuje się ze względu na publiczność, należałoby się ograniczyć do najtańszych, istnieją bowiem fakty okazujące, że choć się nie podobnego nie robi, epidemie nie bywają większe, Pettenkofer przypomina w tym względzie epidemję w Bawaryi w r. 1836. Uznawano wówczas cholery za chorobę zaduchową i na tém zapatrywaniu opierano wszelkie środki zaradcze. O odwietrzaniu w ogóle nie jeszcze nie wiedzano a odosobnienia obawiano się, gdy zaś epidemija wybuchła, kładziono nacisk na to, aby nikt nie wierzył, że chory na cholery może zarażać, nie odosobniano zatem ani w szpitalach ani nie opróżniano mieszkań, gdyby więc zaniedbanie środków zaradczych miało być szkodliwem, to Bawaryja w r. 1836 musiałaby była bardzo źle wyjść na tém zaniedbaniu. Ale nigdy cholera nie przebiegała tak łagodnie jak wówczas. Pettenkofer chce przez tę wzmiankę wskazać, że na pominięciu czegoś w kierunku ochronnym nie wiele zależy, że choć się coś przypadkowo dostanie, to niekoniecznie szkodzi. Środki zaradcze wówczas stosowane polegały na rychłym wzywaniu pomocy lekarskiej i na pomocy, jaką udzielano klasom uboższym przez zakładanie tanich kuchni, udzielanie pouczenia o czystości po domach. Punkt ciężkości nie może zatem leżeć w odosobnianiu chorych i odwietrzaniu, nie szkodzi zatem nic, gdy takich zarządzeń zmierzających do uspokojenia publiczności, nie bierze się z całym rygorem. Publiczność uspokajano w r. 1836 myślą, że chory na cholery nie zaraża, a to ułatwia niezmiernie pieczę o chorych.

Kersandt sądzi, że nie byłoby pożądanem, aby zapatrywania Pettenkofera, dopiero co wyrażone, wśród publiczności rozszerzenie znalazły. Mowca odwołuje się do swego doświadczenia, z jednéj strony że cholera szerzy się przez zawle-

czenie z miejsca na miejsce, z domu do domu, zwłaszcza przez gromadzenie się na pogrzeb w domu zmarłego i używanie przy tém w nadmiernéj ilości pokarmów i napojów a z drugiéj strony co do korzystnego wpływu odosobnienia, opróżniania mieszkań, odwietrzania tychże itd. Widział on, że przy zachowaniu środków ochronnych, mimo kilkukrotnego zawleczenia, cholera była ograniczoną nawet w miejscach, w których innym razem grasowała. Aczkolwiek więc Kersandt zgodzić się musi z Pettenkoferem, iż w niektórych przypadkach mimo zaniedbania środków ochronnych cholera szerszych rozmiarów nie przybrała, to mimo to nie należy przytaczać tego za przykład naśladowania godny i środek uspokojenia publiczności. Może być korzystniejszém dla chorego, gdy otoczenie nie uważa choroby za zaraźliwą, ogółowi jednakże podobne postępowanie, jak je Virchow zaleca policji sanitarnéj, przyniosłoby szkodę, pomijając już to, że publiczność lepiej się uspokoi, gdy wiedzieć będzie, że posiada pewne środki ochrony, niż gdy jest bezsilną w obec niebezpieczeństwa i zbawienia jedynie z nieba ma oczekiwać. W mieście zatem zagrożoném przemawiałby Kersandt za środkami zapobiegawczemi, przynajmniej za odosobnieniem, o ile można, za opróżnieniem mieszkań znanych jako ogniska zarazy z poprzednich epidemij i za zamknięciem studzien dostarczających złej wody. Nigdy nie można się zgodzić na zostawienie losowi wszystkiego. (Pettenkofer woła w odpowiedzi, że o tém nie myślał, *superflua non nocent*).

Virchow jeszcze odpowiada Pettenkoferowi. W Berlinie w czasie epidemii r. 1848—1849 lekarze byli antikontagionistami; śmiertelność wynosiła 12 p. M. Powoli zaczęto się skłaniać do zapatrywań kontagionistycznych. W Bawaryi epidemie się wzmagały, w Berlinie malały. Roku 1850 śmiertelność wynosiła 1·7 p.M., 1852: 0·4, 1853: 2·2, 1854 pojedyncze tylko przypadki, 1855: 3·2, 1857 i 1859 pojedyncze przypadki. Gdy kontagionistyczne zapatrywania panowały, była zatem najmniejsza śmiertelność, dopiero znów po wojnie 1866 nastąpiła wielka i śmiertelna epidemija ze śmiertelnością 9·2 p.M. Należy więc być z wnioskami ostrożnym. Wszyscy uznają, że dopiero zbadać należy warunki, w jakich epidemija jest silną lub słabą. Zdaniem Virchowa są okoliczności, w których zaraźliwość przyrzutu i możliwość zachorowania staje się większą. Zaraźliwość ta ostatecznie schodzi się z czasowem i miejscowem usposobieniem Pettenkofera, na téj drodze nastanie w końcu porozumienie. Idzie tu przecież o osobiste usposobienie, ale z niego nie wypływa nic ani za ani przeciw zarażeniu, ale będziemy musieli przy ocenianiu mających się podjąć środków zaradczych pominąć wielkie zarazy. Musimy za podstawę tego co czynić mamy brać praktyczne doświadczenie, jakie lepiej wyciągamy z pojedynczo opisanych przypadków lub grup tychże, aniżeli z wielkich epidemij i które kierowani postępującymi badaniami co do natury przyczyny chorobowej ulepszać winniśmy. Jeżeli różnią się jeszcze zapatrywania co do przyczyny chorobowej, mianowicie co do grzybka cholery, to jesteśmy zgodni co do poczytywania grzybka za przyczynę choroby.

Pettenkofer zabrawszy głos tłumaczy, że nie chciał powiedzieć, jakoby epidemija 1836 r. dla tego była tak małą, że nic nie robiliśmy, albo że w r. 1854 mieliśmy silną epidemję, żeśmy coś robili. Uważa on tylko te środki ochronne za bezskuteczne a dla uspokojenia publiczności może przemawiać jedynie za taniemi.

Coler zapytuje Kocha, czy może podać wskazówki co do sposobu życia, czy np. lepiej zastąpić chleb czarny chle-



bem białym. Wiadomo z poprzednich epidemij, że lepiej unikać pewnych pokarmów, otóż co do tych zapytuje Coler Koeha, czy może coś podać przytaczając np. doświadczenia pod tym względem z Indyj.

Koch oświadcza, że czas za krótki, aby dokładnie omówić rzecz poruszoną. Niektóre należące tu rzeczy były zresztą omówione. Ciekawe szczegóły co do życia Europejczyków w Indiach, rzadko cholery ulegających, poda Koch przy innej sposobności. Dla wojska indyjskiego przepisano osobny regulamin zachowania się.

Mehlhausen zwraca uwagę, że nie poruszono dotąd jednego ważnego punktu, jak postępować ze zwłokami zmarłych z cholery? Łatwem do pojęcia, że zwłok przewozić nie można, ale i co do obchodzenia się z niemi w miejscu potrzeba ścisłych przepisów. Odnosić się one muszą do własności trumny, odwietrzania zwłok i do czasu, w czasie którego wypada zwłoki z domu usunąć i pochować. Nędzne trumny zwykle używane pozwalają cieczom przesiąkać, co może przyczyniać się do szerzenia się przyrzutów. Policja sanitarna winna czuwać, aby trumny zmarłych z cholery były szczelne i miały spojenia zalane smołą. Zalecałby się przepis, aby zwłoki chorych na cholery natychmiast po śmierci zawijano w sukna lub derki zmaczane w roztworze kwasu karbolenego lub sublimatu, i aby zwłok w domu dłużej nie trzymano nad 24 godzin. Krótszego terminu naznaczyć nie można, bo przepis taki nie dałby się przeprowadzić. Mało zresztą domów przedpogrzebowych, a te co są, nie wystarczyłyby na przypadek epidemii. Te punkty należałoby ująć w przepisy.

Kersandt nadmienia, że większą część tego, czego żąda Mehlhausen, obejmują istniejące przepisy, Köhler zaś dodaje, że nad temi szczegółami obradowała też komisja choleryczna, jaka się zebrała w roku zeszłym w Państwowym Urzędzie zdrowia Cesarstwa Niemieckiego.

Przewodniczący zamknął obrady dziękując członkom przybyłym za udział w obradach Komisji, a w imieniu tych ostatnich przemówił Pettenkofer.

Dr. Grabowski.

C. Schimmelbusch: O ciałkach krwi i jej krzepnięciu.

(Z pracowni prof. Leberta w Hali).

Coraz nowe dowody przybywają na to, że we krwi zwierząt ssących prócz czerwonych i białych ciałek znajdują się także inne twory morfotyczne. Nieregularne kupki ziarniste, które przedtém uważano za niemające znaczenia szczątki rozpadowe, ukazały się Hayemowi (1878) jako stałe i o pewnych kształtach składniki krwi prawidłowej. Ciałka te żółte, okrągłe, dwuwypukłe, uważa H. za postacie przejściowe, z których powstają ciałka czerwone, i które mają największe znaczenie przy krzepnięciu krwi. Bizzozero podając (1882) nieco odmienny ich obraz, nazywa je blaszkami krwi (*Blutplättchen*) i również przypisuje im pewne znaczenie przy powstaniu włóknika. Heyl i Rauschenbach widzą w blaszkach Bizzozery szczątki rozpadłych ciałek białych, ostatni nawet odmawia im wszelkiego udziału w krzepnięciu krwi. Feiertag uważa je za szczątki czerwonych kul ziarnistych Slevogta i za stopnie przejściowe ciałek białych w czerwone. Z Heylem i Rauschenbachem zgadza się Weigert o tyle, że uważa ciałka białe za najważniejsze czynniki przy wytworzeniu skrzepu. Za jądra rozpadłych ciałek białych uważa je Hlava, nie przyznając im żadnego szczególnego znaczenia. W tém się jednak różni jego zapatrywanie od poprzednich, że przypuszcza powstanie tych ciałek tylko wewnątrz naczyń. Na odosobnionem stanowisku stoi Löwit, który ma te ciałka za wydzielinę gał-

czenia z ciałek białych i nie przyznaje im istnienia w stosunkach prawidłowych, gdyż we krwi płynącej przy ciepłocie ciała i braku działania zaczynowego utrzymują się w rozpuszczeniu; z krzepnięciem krwi nie mają nic wspólnego; w końcu Afanasiew wywodzi od nich ród ciałek czerwonych w ten sposób, że z nich mają powstawać ciałka czerwone z jądrem, które później nikt nie.

Z tych niezgodnych zdań przebija jednak wyraźnie ta prawda, że we krwi wynaczynionej w pierwszej zaraz chwili po wyjściu z naczynia istnieją rzeczywiście w prawidłowych stosunkach ciałka, opisane przez Bizzozera i nazwane przez niego blaszkami krwi (*Blutplättchen*). Można się o tém łatwo przekonać, jeżeli się szybko działając zbierze z nakłótego palca odrobinę krwi na szkiełko przedmiotowe, przykryje szkiełkiem nakrywkowem i szybko przy pewnej wprawie przejrzy obraz. Widać je w przestrzeniach wolnych między ciałkami czerwonymi jako ciałka małe, ząbkowane, światło silnie łamiące. Przynajmniej łatwo się przekonać, że ani białe ani czerwone ciałka nie okazują żadnych zmian, a nawet myśleć nie można o rozpadzie ciałek białych w tak krótkim czasie w znacznej ilości, aby z nich mogły powstać blaszki opisane przez Bizzozera. Przy użyciu tego najprostszego sposobu badania, jakoteż innych uchylających zmianę krwi przez wpływy zewnętrzne jak ciepło, zimno, powietrze, badając krew przy różnej wysokości ciepłoty od 2°C. aż do wyższej nad ciepłotę ciała i to krew tętniczą, żylną lub z naczyń włosowatych pochodzącą, znalazł je autor wszędzie i przypuszcza istnienie ich już we krwi płynącej, zgodnie z Bizzozera, którego też broni dzielnie w obec zarzutów przeciwników, lecz zaprzecza stanowczo związek ich tak ze szczątkami ciałek białych, jakoteż wytworami krzepnięcia krwi. Uznawszy istnienie ich za niewątpliwie, opisuje je dokładnie jako cienkie, płaskie, bezbarwne, okrągławe tabliczki, które wprawdzie wyglądają jednostajnie, lecz mało połyskują. Talerzykowatego zagłębienia jak na ciałkach czerwonych nie widział na nich autor i uważa je za zjawiska przypadkowe, sztuczne, jako skutek użycia pewnych cieczy ustalających krew. Zewnątrz naczyń ulegają blaszki bardzo szybko zmianie, żywot ciałek krwi jest o wiele trwalszy; we krwi płynącej stosunek jest odwrotny. Zmiany, jakie okazują te blaszki pod wpływem szkodliwych czynników, polegają na tém, że najpierw dostają brzegów ząbkowanych, potem się kurezą, stają się bardzo lepkiemi; w skutek tego skupiają się bardzo łatwo w gromadki i przyczepiają do ścian naczyń lub do szkiełka. Dalsze zmiany są tego rodzaju, że istota tych blaszek otrzymuje odmienny blask na obwodzie, niż w części środkowej, wyróżnia się wyraźnie. Części przybrzeżne są bledsze, jednostajne i porozciągane na sposób wypustek, których długość zmienia się co chwila tak, że to przypomina ruchy ameboidalne; część środkowa jest gruboziarnista, ciemniejsza. Później część obwodowa pęcznieje, szczególnie po dodaniu wody lub rozcieńczonego kwasu octowego i zlewa się w jedną kulę jasną. Pod wpływem rozcieńczonego kwasu octowego blednie następnie i część środkowa ziarnista, w końcu nikt nie, cała blaszka rozpuszcza się. Szybko rozpuszczają się blaszki także w rozcieńczonych zasadach, w 35% ługu potasowym mało się zmieniają. Co się tyczy wpływu ciał barwiących, to zabarwienie części środkowej występuje wyraźnie, lecz dopiero wtedy, kiedy już przyszło do różnicowania w samej blaszce; część obwodowa nie przyjmuje zabarwienia. Ta różnica w zabarwieniu skłoniła Hayema do przyznania blaszkom jądra, na co się autor



oparty na własnych doświadczeniach nie zgadza. — Obliczeń blaszek Bizzozery dokonywali Hayem i Afanasjew, mając być w 1mm. sz. średnio 255.000. Schimmelbusch wytyka tym autorom wiele niedokładności przy ich obliczeniach, sam nie kusi się o sprostowanie tej liczby z powodu trudności w dokładnym obliczeniu, lecz twierdzi, że liczba rzeczywista o wiele przewyższa liczbę przez nich podaną. Co się tyczy związku blaszek z wytwarzaniem włókniaka, to Schimmelbusch odmienne ma zapatrywanie niż Bizzozero. Tenże jakoteż Hayem przypuszczają ścisły związek, podając, że pierwsze nitki włókniaka tam powstają i w gęstą siatkę się zbijają, gdzie się tworzą kupki blaszek Bizzozery. Włókienka układają się niby promienisto około tych kupek, które w ten sposób tworzą niejako środek krzepnięcia. Schimmelbusch z własnych doświadczeń wysnuwa całkiem przeciwne przekonania, tj. że między kupkami owymi a pierwszymi nitkami włókniaka żadnego nie ma związku; że ostatnie występują gdziekolwiek, niekoniecznie zaś najpierw tam, gdzie się B. i H. zdaje. Takie są zatem ostateczne wyniki niniejszej pracy:

1) Blaszkki krwi znajdują się prawidłowo zawsze natychmiast po wynaczynieniu we krwi żylniej, tętniczej, krwi naczyń włosowatych i serca zwierząt ssących. Także wewnątrz naczyń można je widzieć nawet wśród niemal prawidłowych stosunków. O żadnym nagłym rozpadzie jednych lub drugich ciałek krwi na blaszki natychmiast po wynaczynieniu niemożna się przekonać; przy znacznym nagłym zniszczeniu czerwonych i białych ciałek nie spostrzega się rozpadu tychże na blaszki.

2) Blaszkki krwi ssawców składają się z pierwszcza, które się rozpada w skutek różnych wpływów na dwie chemicznie i morfologicznie różne istoty, jednorodną obwodową i środkową ziarnistą. Ziarnistą nie można uważać za jądro.

3) Podane dotąd prawidłowe stosunki liczbowe blaszek, a szczególnie przez klinicystów rzekomo zauważone zboczenia patologiczne co do liczby nie mogą być dokładne, ponieważ wszystkie sposoby obliczenia nie są wolne od błędów.

4) Nie udowodniono dotąd ani chemicznie ani histologicznie współdziałania blaszek krwi w jej krzepnięciu a myśl o przyczynowym stosunku między blaszkami a włókniakiem krwi już nawet za hipotezę nie może uchodzić. (*Virch. Arch.* Tom 101, zeszyt 2).  
*S. Świerz.*

**Jaecckel: O leczeniu morfinizmu za pomocą kokainu.**

Autor używał t. zw. skombinowanej metody wstrzykując czterem chorym z początku po równej części kokainu z morfinem, a następnie ujmując coraz więcej morfinu. Jeżeli od czasu do czasu występowały gwałtowniejsze objawy, wtedy powiększał zwykle raz i to dawkę wieczorną morfinu. Metoda ta ma o tyle pierwszeństwo przed zwykłą metodą leczenia za pomocą kokainu, że nigdy nie przychodzi do tak groźnych objawów głodu morfinowego. Jako ogólny objaw po zastrzyknięciu kokainu, prawie stale występujący, było tętno częstsze i większe i uczucie podmiotowe przyjemnego ciepła. Nie tak regularnie ale stosunkowo bardzo często następowały poty. Rozszerzenie źrenic było zawsze wybitniejsze po zastrzyknięciu samego kokainu. Osła-

wienie i mdłości mógł J. także stwierdzić od czasu do czasu i to nie u wszystkich chorych, żółtaczkowego zaś zabarwienia skóry i obłożonego języka nigdy nie zauważył. Sen w ogóle przez ciąg całego leczenia bywał dobry, apetyt nigdy nie był znacznie upośledzony a rozwolnienie występowało tylko bardzo rzadko.

Reasumując swoje doświadczenia przychodzi J. do przekonania, że do odzwyczajenia zupełnego od morfinu potrzebował tyłu gramów kokainu ile decygramów wynosiła dzienna dawka spożywanego morfinu przed leczeniem; prawdopodobnie jednak przy stósownej modyfikacji dałaby się i ta ilość jeszcze zmniejszyć. (*Deutsche med. Zeitung* Nr. 83, 1885).  
*Dr. Otto.*

#### IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarzy kijowskich  
z d. 28 listopada 1885 r.

Przewodniczący kol. Afanasjew. Członków obecnych 34.

1. Kol. Szadek miał odczyt o pierzechnicach płaskich (*lichen planus Wilsoni*). (Rozprawa ta będzie umieszczoną w Przeglądzie Lek.)

2. Kol. Rodzajewski miał odczyt o przypadkach odmy piersiowej w klinice terapeutycznej Uniwersytetu św. Włodzimierza w ciągu ostatnich lat 40 spostrzeganych. W tym zajmującym odczycie skreślił prelegent krótki rys tegoczesnego stanu wiedzy naszej o odmie piersiowej i uczynił kilka trafnych krytycznych uwag dotyczących się niektórych stron tej kwestyi. Zestawiwszy 36 przypadków tej choroby spostrzeganych w klinice prof. Möhringa w Kijowie, kol. R. przytoczył też krótkie historie ciekawszych przypadków.

W dyskusji kol. Afanasjew przytoczywszy kilka przypadków w prywatnej praktyce spostrzeganych wypowiedział zdanie, iż odma piersiowa wklajająca w początku niektóre przypadki gruźlicy wywiera niekiedy pomyślny wpływ na chorobę pierwotną i nawet wstrzymuje niekiedy szybki przebieg suchot. *Dr. Karol.*

W ostatnim numerze Przeglądu Lekarskiego umieściłem sprostowanie przemówienia mojego o operacjach kamienia pęcherza moczowego, które w protokole posiedzeń Towarzystwa lekarskiego z d. 21 października b. r. mylnie było podane. Dowiedziawszy się, że sprostowanie moje dotknęło kol. sekretarza, korzystam chętnie z pierwszej sposobności nadarzającej się, i oświadczam, że mylne podanie przemówienia mojego nie jest skutkiem winy kol. sekretarza Dra Dobruchowskiego.

*Dr. Mikulicz.*

#### V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w listopadzie r. 1885.

Tyfus brzuszny przybiera coraz większe rozmiary, stwierdzono go w listopadzie w 26 powiatach a w 45 gminach; do 239 chorych pozostałych z końcem października przybyło w listopadzie 678 chorych, a z ogólnej liczby leczonych wyzdrowiało 568, czyli 61·9%, zmarło 62, czyli 6·8%, pozostało w leczeniu 287 osób, w 25 gminach. Najwięcej chorych było w trzech gminach powiatu czortkowskiego, najwięcej gmin nawiedzonych tyfusem było w powiecie brzeżańskim, tarnopolskim, i złoczowskim (w każdym po 4 gmin).

Tyfus płamisty stwierdzono w 8 gminach 6 powiatów. Ogółem leczono 105 chorych, z tych wyzdrowiało 55, czyli 52·4%, zmarło 7, czyli 6·7%, pozostało w leczeniu 43 osób, w 4 gminach.

Tyfus powrotny występujący w październiku w powiecie jaworowskim w dwu miejscowościach, w listopadzie rozszerzył się także z dość znaczną śmiertelnością w trzeciej miejscowości tegoż powiatu. Do 15 chorych pozostałych z końcem



października przybyło w listopadzie 71, a z 86 leczonych wyzdrowiało 48, czyli 55·8%, umarło 12, czyli 14%, pozostało w leczeniu 26 osób w dwu miejscowościach.

Szkarlatyna wzmogła się znacznie, już w październiku liczba chorych była wyższą, niż w każdym poprzednim miesiącu bieżącego roku, a w listopadzie wzmogła się jeszcze bardziej. Stwierdzono ją w 36 powiatach, w 73 miejscowościach (w październiku tylko w 47 miejscowościach). Do 303 chorych pozostałych z końcem października przybyło 1434 chorych, a z 1737 leczonych chorych wyzdrowiało 978, czyli 56·3%, umarło zaś 284, czyli 16·5%, pozostało w leczeniu 475 osób. Najwięcej rozszerzoną była ta choroba w powiecie jaworowskim (w 9 miejscowościach), dalej w powiecie borszczowskim (w 6 miejscowościach), w powiecie liskim, myślenickim i rzeszowskim (po 4 miejsc.). także wystąpiła ta choroba dość groźnie w pow. czortkowskim, przemyskim, staromiejskim i zaleszczyckim. Największa śmiertelność zdarzyła się w Żwiniaczu, w pow. czortkowskim i w Nowosiółce w pow. zaleszczyckim (prawie 50%).

Dyfteryja zarówno jak w latach poprzednich w ciągu listopada rozszerzyła się więcej niż w poprzednich miesiącach bieżącego roku. Stwierdzono ją w 18 miejscowościach 13 powiatów; do 28 pozostałych z końcem października chorych przybyło w listopadzie 207 chorych, z tej liczby wyzdrowiało 98, czyli 41·7%, umarło 96, czyli 40·9%, pozostało w leczeniu 41 chorych w 8 miejscowościach. Największa śmiertelność prawie 60% zdarzyła się w Peczeniżynie, w powiecie kołomyjskim; mniej groźnie wystąpiła choroba w mieście powiatowem Gródku, oraz w Rudzie w powiecie cieszanowskim.

Dysenterya przygasa wprawdzie, lecz zawsze jeszcze stwierdzono ją w ciągu listopada w 19 powiatach w 29 miejscowościach. Do 319 chorych z końcem października pozostałych przybyło w listopadzie 392 chorych, a z ogólnej liczby leczonych wyzdrowiało 562 czyli 79%, umarło 76 czyli 10·7%, pozostało w leczeniu 73 osób w 6 miejscowościach.

Odra, która we wrześniu b. r. tak dalece wygasa, że zaledwie w 7 miejscowościach w całym kraju panowała, w listopadzie została już stwierdzoną w 54 miejscowościach a w 23 powiatach, przeważnie w powiecie dąbrowskim. Do 387 chorych pozostałych z końcem października przybyło 2075 chorych, z tych wyzdrowiało 1330 czyli 54%, umarło 140 czyli 5·7%, pozostało w leczeniu 992 osób.

Koklusz zmniejsza się powoli od początku października. Do 694 chorych pozostałych z końcem tegoż miesiąca przybyło w listopadzie 1046 chorych, a z ogólnej liczby leczonych wyzdrowiało 1189 czyli 69%, umarło 65 czyli 3·9%, pozostało w leczeniu 466 chorych. Przeważnie stwierdzono koklusz w pow. krakowskim także w złoczowskim.

Ospa szerzy się od października br., w stolicy kraju nie wygasa jeszcze, toż samo panuje w 22 miejscowościach a 13tu powiatach, szczególnie w powiecie limanowskim, żywieckim, sokalskim i nowotarskim; znacznieszą śmiertelność zanotować wypada w Ochotnicy w pow. nowotarskim, gdzie z 36 leczonych chorych w listopadzie 7ro dzieci umarło.

W ogóle leczono w listopadzie 318 chorych ospowych, z tej liczby wyzdrowiało 141 osób szczepionych czyli 63·5%, a 21 nieszczepionych czyli 21·9%; pozostało w leczeniu 67 osób szczepionych a 18 nieszczepionych.

Lwów d. 13 grudnia 1885.

*Dr. Merunowicz.*

\* W Państwie niemieckim w r. 1884/5 dyplomowanych zostało 882 lekarzy, 27 dentystów, 97 weterynarzy i 420 aptekarzy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 listopada do 5 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37·3. Z odry umarło 3 (4 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (3 z. t.); z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 10. Doniesiono w tymże czasie o 25 przypadkach odry, 1 płonicy, 1 duru brzuszego. W tygodniu od 22—28 listopada umarło z ospy: w Warszawie 4, w Berlinie i Hamburgu po 1, w Mníchowie 2, w Wiedniu 21, w Budapeszcie 10, w Pradze 13, w Tryjeście 1, w Rzymie 2, w Wenecyi 21, w Zurychu 1, w Paryżu 3, w Londynie 1, w Liwerpolu 2, w Petersburgu 1. Z duru osutkowego umarło w Akwisgranie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z wścieklizny umarło w Londynie 3. Z duru brzuszego umarło w Paryżu 30, w Londynie i Peters-

burgu po 14. Z odry umarło: w Berlinie 11, w Bremie 14, w Gdańsku 11, w Królewcu 34, w Paryżu 19, w Londynie 62, w Liwerpolu 20. Z płonicy umarło w Berlinie 13, w Hamburgu 11, w Londynie 12, w Warszawie 8, w Petersburgu 15. Z błonicy umarło: w Berlinie 44, w Hamburgu 11, w Budapeszcie 8, w Paryżu 45, w Londynie 38, w Chrystyjani 7, w Petersburgu 11. Z krztuśca umarło w Londynie 47, w Liwerpolu 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców; w Krakowie 32,9; w Warszawie 28,1; w Pradze 29,2; w Budapeszcie 24,6; w Wiedniu 23,3; w Tryjeście 30,5; w Berlinie 27,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Gdańsku 28,8; w Hamburgu 25,4; we Wrocławiu 20,3; w Brukseli 24,6; w Chrystyjani 14,2; w Kopenhadze 23,0; w Londynie 20,6; w Odesie 32,6; w Paryżu 24,0; w Petersburgu 24,1; w Rzymie 26,6; w Stokholmie 20,0; w Wenecyi 28,3; w Zurychu 22,7. *J. R.*

## VI. Wiadomości bieżące.

\* **Kraków** d. 17 grudnia. Na wczorajszym posiedzeniu Tow. lekarskiego kol. docent Pieniążek miał wykład o kokainie, jako środka znieczulającym miejscowo; w dyskusyi zabrali głos koll. doc. Głuziński, prof. Rydel, Dr. Szymkiewicz i Żuławski. Następnie wybrano członkami Tow. Drów Bąkowskiego i Sondermayera. Wreszcie przystąpiono do wyboru urzędników na rok przyszły. Wybrani zostali: prezesem ponownie prof. Rosner, wiceprezesem prof. Mikulicz, sekretarzem stałym Dr. Kwaśnicki, sekretarzem dorocznym Dr. Dobruchowski, podskarbnim doc. Zarewicz, bibliotekarzem Dr. Murdzieński, delegatem do komisji sanitarniej miejskiej prym. Paszkowski, redaktorem Przeglądu Lek. redaktor dotychczasowy, sprawozdawcą do roczników Virchowa prof. Oettinger, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. galic. Drowie Króweczyński i Rieger we Lwowie, członkami komisji redakcyjnej Przeglądu Lek. prof. Cybulski, Korczyński, Oettinger i doc. Jordan. Wreszcie z łona Tow. lekarzy galicyjskich wybrani zostali członkami komisji redakcyjnej Przeglądu Lek. prof. Rydel i doc. Grabowski.

\* Na posiedzeniu swém, odbytym d. 11 bm., Wydział lekarski wyznaczył Komisję dla zastanowienia się nad kwestyją zanieczyszczenia zboża sporyszem, celem udzielenia opinii naukowej na odnośne pytania, uczynione przez Izbę handlową krakowską i Wydział krajowy. Komisja ta, w skład której wchodzi koll. Korczyński jako przewodniczący, Łazarzski, Stopczński, Grabowski oraz prof. botaniki Rostański, jak najspieszniej ma przedłożyć zdanie swoje Wydziałowi lek. — Następnie na wniosek prof. Rydla uchwalił Wydział wystosować petycję do Wys. Sejmu względem urządzenia oddziału rezerwowego dla chorych na oczy w tutejszym szpitalu św. Łazarza. Petycja ta już przesłaną została do Lwowa na ręce p. Rektora U. J., bawiącego tamże jako członek Sejmu.

\* W sobotę d. 12 bm. odbył się uroczysty akt imatrykulacji w Uniw. Jagiell. Po przemowie Rektora prof. Łepkowskiego nowo wstępujący uczniowie złożyli ślubowanie akademickie. Liczba uczniów Uniwersytetu w r. b. dochodzi po raz pierwszy w stuleciu bieżącym do liczby 1070.

\* Od 1 grudnia rb. zaprowadzono w Krakowie do wypróbnienia dołów kloacznych system pneumatyczny Talarda, polegający na tём, iż maszyna parowa, osobno w tym celu zbudowana, porusza pompę pneumatyczną, która rozrzedza o 300 a w razie potrzeby i 600 mm. ręki powietrze w beczkach żelaznych, przez co dostają się do nich węzami częścią gutaperkowemi i najgęstsze nawet nieczystości. Gazy kloaczne wywiązujące się w znacznej ilości przy tём pompowaniu wchodzi przy pomocy odpowiedniego mechanizmu do ogniska maszyny parowej, gdzie spalają się na połączenia bezwonne. Tym sposobem cała procedura niegdyś dla mieszkańców miasta tak wstrętna, a nawet szkodliwa, w dodatku i powolna, odbywa się obecnie bardzo szybko (napelnianie beczki o 2 metrach sześciennych objętości trwa od 90 do 105 sekund) i z zachowaniem wszelkich możliwych ostrożności higienicznych

\* Otrzymałmy następującą odezwę, którą chętnie zamie-



szczamy, życząc nowopowstającemu u nas pismu fachowemu powodzenia materyjalnego; rękojmią powodzenia moralnego są koledzy w skład komitetu redakcyjnego wchodzący.

„Już dawno uznajemy potrzebę czasopisma fachowego poświęconego umiejętnościom weterynarskim. Prace polskie w zakresie tych nauk rozrzucone są w rozmaitego rodzaju pismach, a przeważnie w lekarskich i gospodarskich. Wielu też rodaków, pragnąc wynikami swych badań i spostrzeżeń podzielić się z kolegami swego zawodu, widzi się spowodowanymi ogłaszać swe prace w obcym języku, w czasopismach weterynarskich niemieckich, francuskich lub rosyjskich.

Zjednoczyć te wszystkie rozrzucone siły i skupić prace nasze w jednym czasopiśmie, jest rzeczą pożądaną i tym pożyteczniejszą już z tego powodu, iż takie czasopismo fachowe także niejednego z kolegów zachęci do pracy literackiej, a przedstawiając zarazem w streszczeniu postępy nauk weterynarskich, zastąpi w rękę naszych weterynarzy obce tego rodzaju pisma, a zarazem stanie w obronie stanu, któremu ze względu na naukowe wykształcenie i na ważne zadania, jakie spełnia, pracując na pożytek gospodarstwa i dobrobytu krajowego, należy się poważne w społeczeństwie stanowisko.

Urzeczywistnieniu tej myśli stała dotąd na przeszkodzie ta okoliczność, że nie było ogniska, około którego mogłyby się zespolic usiłowania naukowe naszych weterynarzy.

Gdy zaś obecnie czasopismo poświęcone umiejętnościom weterynarskim znajduje oparcie w założonej niedawno we Lwowie „Szkołe weterynaryj“, przeto grono weterynarzy lwowskich, widząc tym sposobem zabezpieczony byt takiego pisma, postanowiło już obecnie rozpocząć wydawnictwo pisma miesięcznego, poświęconego weterynaryi i hodowli zwierząt domowych, pod tytułem: *Przegląd weterynarski*, i w tym celu wybrało komitet redakcyjny, w którego skład wchodzi profesorowie szkoły weterynaryj: Dr. Antoni Barański jako naczelny redaktor, Dr. Henryk Kadyi, Dr. Józef Szpilman, a z poza grona szkoły Józef Kubicki weterynarz miejski i docent wyższej szkoły rolniczej w Dublinach, i Aleksander Littich c. k. weterynarz krajowy.

*Przegląd weterynarski* będzie wychodził początkowo raz na miesiąc w objętości co najmniej jednego arkusza druku. Przedpłata wynosi 3 zlr. rocznie“.

Lwów, we wrześniu 1885 r.

W imieniu Komitetu redakcyjnego  
prof. Dr. A. Barański.

Lwów, ulica „na Rurach“ 31.

\* Otrzymał pismo następujące, które podajemy bez uwag ze swej strony, oświadczając jednak gotowość umieszczenia takowych, gdyby ktoś z szan. kolegów zechciał zabrać głos w tej sprawie:

Szanowna Redakcjo!

Jeżeli w ogóle nieprzyjemną jest, że dość często słownictwo krakowskie nie zgadza się z warszawskiem, to wprost trudną i nieznośną jest rzeczą dla piszącego, chcącego być zrozumiałym dla wszystkich, jeżeli ten sam wyraz oznacza co innego w Krakowie, a co innego w Warszawie. W tym nieprzyjemnym położeniu znajduję się obecnie oddając drugi zeszyt mego podręcznika do druku i dla tego upraszam szan. Redakcję o umieszczenie kilku następujących uwag.

Gardziel oznacza w Krakowie „*oesophagus*“, a w Warszawie „*pharynx*“, kiedy krakowianie tłumaczą „*pharynx*“ na połyk, warszawianie „*oesophagus*“ nazywają przelykiem.

Dwie drogi służą nam do wyjścia z tych zagmatwanych stosunków: albo zgodzimy się na jednolite używanie wyrazu „gardziel“, albo w ogóle przestaniemy go używać.

Opierając się na Lindem i dawniejszych pisarzach uważałbym za najodpowiedniejsze tłumaczenie „*pharynx*“ na „gardło“, gdyż w tym znaczeniu na pierwszym ono tamże podane miejscu: „choroba inflamatyczna gardła“ (*Dykcyon. med.* 6, 175, zob. Linde) „gardło mnie boli“, „kęs wydrzeć z gardła“. Dla tego nie pojmuję, dla czego krakowianie nie pozostali przy tym tłumaczeniu, jakie znajdujemy i w Słowniku lekarskim Oettingera, Janikowskiego i Kremera na pierwszym miejscu, *pharynx* gardło, a przyjęli wyrażenie „połyk“, które tam podano jako przestarzałe. Zresztą zupełnie zgadza się to i dzisiaj z mową naszą potoczną; o ile bowiem znam sposób mówienia w rozmaitych okolicach naszej ojczyzny, to wszyscy mówimy „mam zapalenie gardła“,—pocóż więc lekarze mają inaczej pisać! Jeże-

liby mi zaś warszawianie zarzucili, że „gardło“, używa się bez określenia bliższego okolicy w ogólnem znaczeniu szyi, np. „poderznął sobie gardło“, „śpiewać darmo boli gardło“, to im z méj strony odpowiem: 1) że ten zarzut można zastósować i do używanego przez nich wyrazu „gardziel“; Linde bowiem na pierwszym nawet miejscu tłumaczy gardziel jako „kanał pokarmowy poczynający się w gardle“, którym pokarm do żołądka przechodzi (*Zoolog. Narod.* 25, ob. Linde) *die Speiseröhre*, a jako dalsze znaczenie podaje „rura oddechowa, krtan“, *die Luftröhre*, „inny jest gardziel, którym jemy i pijemy, a inny, którym mówimy i śpiewamy“, (Sak. Pro. 105). u nas w Księstwie i Prusiech, lud nazywa „gardziela“ tchawicę z krtanią (ulubioną zabawką dzieci jest, gdy na wsi zabijają gęsi, brać te części i dmuchając w odcięty koniec tchawicy „grać na gęsięj gardzieli“; 2) że publiczność nielekarska używa wyrażenia tego w rozmaitem znaczeniu poprostu dla tego, że nie zna stosunków anatomicznych,—a jeżeli lekarze jednomyślnie zgodzą się na używanie jakiegoś słowa w pewnym ściśłem znaczeniu, to do porozumienia się w piśmiennictwie wystarczy, mianowicie, że nikt z lekarzy wyrażenia „gardło“ nie użyje w ogólniejszem znaczeniu szyi. Wszak i greckie *pharynx* oznacza w Homerze szyję, a niemieckie *Rachen* właściwie paszczę zwierząt drapieżnych. A zresztą gdybyśmy tak rygorystycznie chcieli postępować, to musielibyśmy i „połyk“ uważać w tłumaczeniu niezupełnie odpowiadającym znaczeniu *pharynx*, bo owa część górna po za jamą nosową, *cavum nasopharyngeum*, właśnie przy połykaniu odgradza się podniebieniem miękkim od części dolnej, którą się połyka, a przecież i ta jama należy do anatomicznego określenia *pharynx*.

Z tych względów radziłbym nazywać *pharynx* gardłem.

Trudnię znaleźć odpowiedni i równie dogodny wyraz na przetłumaczenie wyrazu *oesophagus*. Opierając się na Lindem (zob. wyż) należałoby może, jak piszą krakowianie, używać wyrazu „gardziel“. Żeby jednakże uniknąć dwuznaczności możliwej w używaniu „gardła“ i „gardzieli“, a zarazem usunąć jako główny szkopuł na drodze wspólnego porozumienia wyraz, który dwie różne oznacza rzeczy, możnaby przyjąć tłumaczenie warszawskie „przelyk“, boć rzeczywiście służy *oesophagus* do przelykania potraw do żołądka.

Przez takie zobopólne ustępstwo obu szkół, przyjęcie krakowskiego „gardła“ a warszawskiego „przelyku“, pewnie najprędziejby można się pogodzić.

Miłoby mi było, gdyby nasi znaczniejsi językoznawcy tak ze strony Warszawy jak Krakowa, zechcieli zabrać głos w tej sprawie i wątpliwość tę ostatecznie ubić.

Chełmno 15/XI 1885.

Dr. Rydygier.

\* Rząd krajowy w Serajewie ogłasza konkurs na kilka posad prowizorycznych lekarzy powiatowych w Bośni i Hercegowinie, z płacą 900 zlr. oraz kwaterunkowem 200 zlr. i dodatkiem 200 zlr., razem 1.300 zlr. Ubiegający się winni być lekarzami, którzy dyplom uzyskali w jednym z austro-węgierskich uniwersytetów, i posiadać znajomość języka serbo kroackiego, albo przynajmniej jakiego innego słowiańskiego. Podania, zaopatrzone w należyte dowody, należy z załączeniem 40 centów na stempel bośniacki wnosić do rządu krajowego w Serajewie, najpóźniej do d. 15 stycznia 1886.

\* Nowy państwowy Urząd zdrowia powstał — w Japonii a dyrektorem jego mianowany został prof. higieny w Tokio, Dr. Mansanori-Ogata, który przez kilka lat pracował w Monachium, Lipsku i Berlinie.

\* Praga czeska d. 14 grudnia. Na posiedzeniu Spółki lekarzy czeskich docent Dr. Zit miał zapowiedziany odczyt o *Impetigo contagiosa*. Po omówieniu historii tej choroby przychodzi prelegent na podstawie przypadków obserwowanych u dzieci w 8 rodzinach do wniosku, że choroba ta jest cierpieniem samoistnem, dającym się zawsze odróżnić od *Pemphigus contagiosus localisatus* i od *Eczema impetiginosum*. Od tej ostatniej choroby różni się to cierpienie brakiem reakcyi zapalnej w otoczeniu skrzepów powstałych po pęknięciu pęcherzów, jakoteż brakiem świerzbień. Jako najlepszy lek wypróbowany w swoich przypadkach poleca prelegent zmywania sublimatem (1:1000 aq.) i zasypywania kałomelem.

Prof. Janovský uważa chorobę tę za samoistną, zwraca jednak uwagę, że dopóki nie wykryje się swoistego jakiegoś mikroorganizmu, którego działanie i na drodze eksperymentu



stwierdzonem zostanie, o tej chorobie nic więcej pewnego nie można powiedzieć.

*Dr. Obrzut.*

\* **Berlin.** Prezesem Rady miejskiej po Strassmanie miał być wybrany prof. Virchow, gdy jednak odmówił przyjęcia tej godności, wybrano znów lekarza Dra Strycka.

\* **Londyn.** W skutek prośby Towarzystwa lekarskiego Lord major rozpiął subskrypcję, w celu uczczenia podarunkiem honorowym prof. Pasteura w Paryżu z powodu wynalezienia środka leczniczego przeciw wścieklicznie.

\* **Petersburg.** W *Petersb. med. Woch.* Drowie hrabia Magawly, Koch, Grünewaldt i Amburger oświadczają, że prof. Leyden w Berlinie z pacjentką bardzo wykształconą, która z listem ordynaryjusza petersburskiego udała się do niego o poradę, obszedł się w sposób nieprzyzwoity i historii choroby czytać nie chciał. Gdy na odnośną interpelację ze strony powyższych lekarzy żadnej nie udzielił odpowiedzi, oświadczają oni, że odtąd postarają się, aby chorzy przez nich wysyłani lepszej doznawali opieki.

\* **Wiadomości uniwersyteckie.** **Graz.** Prof. baron Krafft-Ebing, dotychczasowy tytularny prof. zw. psychiatrii mianowany został rzeczywistym prof. zwyczajnym. — **Charków.** Profesor patologii i terapii szczegółowej Dr. Kremjanski podał się do dymisji. — **Petersburg.** Mianowany profesorem farmakologii w Warszawie Dr. Popow nie przyjął katedry i pozostaje jako asystent przy Akademii wojskowo lek. — **Wiedeń.** Docent Weichselbaum mianowany został nadzw. prof. anatomii patolog.

\* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Henryk Bouley, członek Akademii lekarskiej, jeneralny inspektor zakładów weterynarskich. — W Berlinie umarł prezes reprezentacji miejskiej Dr. med. Strassmann starszy (izraelita). Jako dowód niezwykłego poszanowania, którego doznawał nieboszczyk, służy okoliczność, że pochowany został kosztem miasta Berlina, że Cesarz złożył wieniec na jego trumnie, a książę następcę tronu na pogrzebie reprezentowany był przez swego adjutanta; nad grobem zaś przemówili starszy burmistrz stolicy Forbenbeck, oraz Virchow i Löwe.

**Artykuły oryginalne, mieszczące się w czesopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 50: Szadka: *Leucoderma syphiliticum*; Heringa: Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych (c. d.). W *Medycynie* Nr. 50: Rumaszewicz: Przypadek podwójnej źrenicy; Neugebauera (syna): Rozwieracz nóg dla operacji giniatrycznych (dok.).

**Pamiętnictwo lekarskie.** CORNIL et BABES. Les bactéries et leur role dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses. Av. 145 fig. et atlas de 27 pls. col. Paris, Alcan. Fr. 25.

FOVILLE A. La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse. 8 Paris, Bailliére et fils. Fr. 5.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 1845.

### KONKURS.

Zwierzchność gminna miasteczka Żurawna ogłasza niniejszemu konkurs na obsadzenie posady lekarza miejskiego z płacą roczną 400 zlr. Kandydaci mogący się wykazać dyplomem z ukończonych nauk medycyny i znajomości języka polskiego w urzędowaniu zechcą zgłosić się do 30 Grudnia 1885 r.

Żurawno dnia 21 Listopada 1885.

Opolski.

## VESICATOIRE ROSE de A. BESLIER

z kantarydynam sodowym.

Pryszyczydło to jest o wiele czystsze i o wiele dzielniejsze od wszelkich innych; daje się przechować bardzo długo bez zmiany bez względu na szerokość geograficzną. Jest bezbolesnym i nie sprawia zadrażnienia pęcherza (a więc nigdy nie potrzeba się obawiać zapalenia pęcherza).

40 rue des Blancs-Manteaux PARYŻ.

Próbki rozseła się na żądanie pocztą, bezpłatnie lekarzom francuskim i zagranicznym.

### ROZBIÓR NATURALNÉJ

## WODY GORZKIEJ FRANCISZKA JÓZEFA

Siarkanu magnewego	24785	Dwuwęglanu sodowego	1186
" sodowego	23189	Chlorku magnewego	1756
" potasowego	0007	Manganianu żelazowego	0005
" wapniowego	1353	Kwasu krzemowego	0010
		Kwasu węglowego	0419

Wolnego i na pół wolnego kwasu węglowego 52296

Na 100 części co do wagi ilość stałych składników 52296

Urzędowy chemik głównego miasta Budapesztu d. 23 Listopada 1876.

**Prof. M. v. Balló.**

Członek węg. Akad. Umiejętn.

Na składzie w Krakowie u aptekarza K. Wiszniewskiego, J. Wentzla i W. Goldwassera, równie jak we wszystkich składach aptecznych.

DYREKCYJA W BUDAPESZCIE.

## RUDOLF THÜRRIEGL

Wiedeń IX Schwarzsplanerstrasse 5.

wyrabia wszelkie chirurgiczne narzędzia i przyrządy według najnowszych konstrukcyj i z najlepszego materiału. *Nowe patentowane narzędzia z metalizowanymi rekojeściami drzewianymi do przeciwniełnych operacyj.*

Skład wszelkich lekarskich materiałów opatrunkowych. Ilustrowane cenniki na żądanie gratis i opłatnie.

## PAPIER RIGOLLOT.


MUSZTARDA W KARTKACH NA SYNAPIZMY;

Przyjęty w szpitalach paryskich, szpitalach wojskowych, marynarki francuskiej i angielskiej.

Niezbędnie potrzebny dla familij i podrózných.

P. Rigollet przez wynalezienie sposobu umieszczenia musztardy na papierze, bez nadwężenia jej własności, oddał wielką usługę sztuce lekarskiej.

Sprzedaj we wszystkich aptekach.



Synapizmy jego przewyższają wszystkie dotychczasowe naśladowania.

Każda kartka opatrzona jest jego podpisem czerwonym atramentem.

Żądać należy tego znaku dla uniknięcia podrobienia.

Skład główny: 24 Avenue Victoria PARIS.

## PROSZEK MIĘSNY

wyrabia z czystego mięsa wołowego i jako nader pożywny środek dla chorych i rekonwalescentów poleca:

*Apteka pod Gwiazdą Piotra Mikolascha we Lwowie.*

Cena słoika 50 ct. — Dla pp. lekarzy i aptekarzy rabat.



# WODY LECZNICZE GAZOWE

WYROBU

## Apteki pod Gwiazdą Piotra Mikolascha we Lwowie,

mianowicie: Woda alkaliczna, gorzka, żelazista, magnowa, litowa, salicylowa, jodowa, bromowa nadają się z powodu korzystnego swego składu, łatwej asymilacji, przyjemnego smaku i niskiej nadzwyczaj ceny do dłuższych kuracji w chorobach przewlekłych. Na każdej flasce uwidoczniiony jest dokładny skład ilościowy, a w dodanej broszurce bliższy opis. Flaszka zawiera 300 gramów płynu i kosztuje 16, względnie 18 ct.

Oprócz powyższych także woda sodowa prawdziwa, tj. woda nie tylko bezwodnikiem węglowym nasycona, którą sprzedają pod nazwą wody sodowej, ale woda zawierająca sól kuchenną i dwuwęglan sodowy w cenie 13 ct. i Woda chromowa, tudzież Lemonijada angielska gazowa z cytrynianu magnowego jako środek rozwalniający bardzo przyjemny w cenie 35 ct. za flaszkę.

Rozselkę uskutecznia apteka pod Gwiazdą Piotra Mikolascha we Lwowie.

## ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

Amera et Ferments digestifs

Doświadczenia chemiczne panów Archambault, Bouchut, Fremy, prof. Gubler, Huchord i innych dowiodły zadziwiającej skuteczności tego preparatu w leczeniu **Dyspepsyj żołądko-kiszkowych**, braku apetytu, wy-

miotów podczas ciąży, dolegliwości żołądko-kiszkowych u dzieci. Łyżka stołowa zawiera 50 centigrm. Pepsyny tytrowanej. Dozy: Dla dorosłych mały kieliszek przy każdym jedzeniu, dla dzieci zaś 1 lub 2 łyżeczki deserowe. Dostać można w Paryżu, u pana P. Grez, Aptekarza szpitali paryskich 34 Rue Labruyère. W Krakowie: W aptekach Trauczyńskiego, Redyka i Wiszniewskiego; we Lwowie pp. Mikolascha, Sklepińskiego i Krzyżanowskiego.

## SOLUTION BOURGIGNON

CONTENANT 1 Gr

DE CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

PAR CUILLERÉE-BOUCHE

Fizjologiczny i racjonalny środek wywierający pomyslnie działanie na organizm, który go z łatwością asymiluje. Suchoty, słaba konstytucja ciała, choroby kości, niedostateczna asymilacja, zapalenie oskrzeli. — Zastępuje tran rybi we wszystkich jego zastosowaniach.

W Paryżu: W Aptecce p. LABOUREUR 26 Rue de l'Abbé-Gregoire; we Lwowie: W Aptekach pp. MIKOLASCHA, SKLEPIŃSKIEGO i KRZYŻANOWSKIEGO; w Krakowie: W Aptekach TRAUZYŃSKIEGO, REDYKA i WISZNIEWSKIEGO.

# WINA LECZNICZE

WYROBU

## KAROLA MIKOLASCHA

właściciela apteki pod firmą „Piotr Mikolasch we LWOWIE“.

**Jedynie i wyłącznie** polecane i nader pochwalnemi świadectwami niemal wszystkich **Koryfeuszów** wiedzy lekarskiej w **Wiedniu, we Lwowie, Krakowie i Czerniowcach** zaszczycone, mianowicie: **Wino hiszpańskie chinowe**, — **chinowo-żelaziste**, — **pepsynowe**, — **rzewieniowe** (rumbarbarowe), i **peptonowe** w cenie po 1 zlr. 50 ct. za flaszkę  $\frac{1}{4}$  litrową, tudzież za najlepsze dla chorych i rekonwalescentów uznane: **Koniak** stary 1 zlr. 80 ct. za  $\frac{1}{4}$  litr. flaszkę, **Malaga** stara 1 zlr. 20 ct. za  $\frac{1}{4}$  litr. flaszkę; **Wino hiszpańskie dla rekonwalescentów** 1 zlr. za  $\frac{1}{4}$  litr. flaszkę; **Tokaj bardzo stary** 2 zlr. 50 ct. za  $\frac{1}{4}$  litr. flaszkę, znajdują się na składzie we wszystkich **znacniejszych aptekach** w Monarchii austro-węgierskiej i na **składach centralnych u Wilhelma Maagera w Wiedniu** Heumarkt Nr. 3 i u **Piotra Mikolascha we Lwowie**, z kąd poselki uskutecznia się a pp. lekarzom i aptekarzom stósowny **znaczny rabat od cen powyższych** udzielany bywa.

**Ostrzega** się przed podrabianiami lub fałszowaniami winami leczniczymi i napojami dla chorych i rekonwalescentów, dla tego wyraźnie **żądać należy „Mikolascha win leczniczych“** lub też Koniaku, Malagi, Tokaju i Win dla rekonwalescentów, a firma ta powinna się znajdować w szkle flaszką, na etykietce, korku, kapsli, broszurce dodanej i na papierze wierzchnim, a podpis własnoręczny na pasku papierowym u szyjki flaszką.