

Redakcja:
ulica Grodzka Nr. 73.

Administracja:
ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Rekopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobiście kosztuje 20 centów.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłata wynosi:	Rocznie	w Austrii	8 zlr. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech	18 mk.	we Francji	24 fr.
	Półrocznie	"	4 " 40 "	"	3	"	9 "	"	12 "
	Kwartalnie	"	2 " 20 "	"	1½	"	4½ "	"	6 "

Kraków, 27 Kwietnia 1878.

Nr 17.

Rok XVII.

TREŚĆ: I. RYDEL. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jej operacją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznej Uniw. Jagiell. (C. d.) — II. Z pracowni prosektoryjnej szpitala powszechnego lwowskiego. FEIGEL. O więzieniach wewnętrznych w skutek zwięzienia jelit powstałych. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania:* Dr. PRESL. Ogledziny pośmiertne itd. według ustawodawstwa austriackiego, ocenił prof. Blumenstok. — Dr. SCIBOROWSKI. Krzeszowice jako zakład zdrojowy, Ocenił Dr. Warschauer. — LANGENBACH. WÄCHTER. — IV. RYDYGIER. Krótkie sprawozdanie z VII Zjazdu niem. chirurgów w Berlinie. — MACHEK. Listy z Wiednia III. — V. *Wiadomości bieżące.*

I. Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jej operacją poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku w klinice okulistycznej Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

A. Zaćmy samorodne niepowiklane (*Catarraeta spontanea non complicata*).

Tą postacią zaćmy dotkniętych operowano mężczyzn 124, kobiet 111, razem 235. Z nieco mniejszej ilości kobiet (47·23%) nie można bynajmniej wnosić, że u nas mężczyźni (52·77%) częściej od nich podlegają tej zaćmie. Taką, a nawet znacznie większą przewagę mężczyzn znajdujemy we wszystkich zakładach okulistycznych. Zjawisko to spotykamy w klinikach Arlta, Hasnera i Jaegera, a zestawiając ich liczby otrzymujemy 1288 mężczyzn na 972 kobiety, a więc stosunek mniej więcej jak 4 do 3, a ma on przyczynę w tym, że w uboższych warstwach ludności zawisło utrzymanie rodziny głównie od zdolności zarobkowania mężczyzny. Utraciwszy takową stara się on zatem odzyskać ją nakładem nawet znacznych stosunkowo kosztów dalekiej częstokroć podróży, na które zdobyć się mogą ci ludzie ubodzy zazwyczaj tylko z największym wysiłeniem. Podobny stosunek liczebny płci obojgę zachodzi zresztą co do chorych na oazy w ogólności, tak w mojej jak i w innych klinikach okulistycznych.

Z tych 235 osób pochodziło (według miejsca stałego zamieszkania) z Krakowa 19, z W. Ks. krakowskiego i Galicyi zachodniej 165, z Galicyi wschodniej 18, z Królestwa polskiego 20, ze Szląska austriackiego 9, z Węgier 2, z Wołynia 1, z Morawy 1.

Pod względem stanu i zatrudnienia było: Wieśniaków i wieśniaczek 118, handlarzy i handlarek 24, mieszczan i mieszczek 16, wyrobników i wyrobnie 14, kupców 6, oficyjalistów prywatnych 5, wdów po urzędnikach 4, gospodyń 4, urzędników 3, faktorów 3, arendarzów 3, służące 3, pieka-

rzów 2, kowali 2, blacharzy 2, z ochrony kalék i starców 2, obywatel wiejski 1, ks. kapelan wojskowy 1, traktyjnik 1, kucharz 1, belfer 1, szewe 1, kominiarz 1, budnik kolejowy 1, postrzygacz sukna 1, szytecz 1, górnik 1, żona fkaacza 1, żona terejjana1, bez zatrudnienia 8.

Ogólna ilość operowanych jest zbyt małą, ażeby uprawniała do wyprowadzenia wniosków pod względem wpływu zatrudnienia na powstawanie zaćmy samorodnej, pozwolę sobie tylko podnieść, że na 124 mężczyzn jest 5 (2 piekarzy, 2 kowali i 1 kucharz), których powołanie zmusza do pracy przy ogniu, co przy szeszupłej ilości osób mających — zwłaszcza u nas — takie zatrudnienie potwierdza dawniejsze już spostrzeżenie, że praca przy ogniu usposabia do zaćmy.

Na 190 chrześcian było 45 starozakonnych (M. 27 K. 18), stanowią oni zatem z górą 19% operowanych, a tylko około 10% całej ludności kraju; nie wnosilibym jednak z tego, że częściej od chrześcijan podlegają zaćmie (jak to niewątpliwie ma się co do jaskry), lecz, że będąc bardzo o swoje zdrowie dbali (po swojemu t. j. gdy je utracą), a przy tém ruchliwsi i rzutniejsi skorzej i liczniej szukają pomocy aniżeli lud wiejski, do którego większość chorych naszej kliniki należy.

Pod względem wieku było:

Wiek	M.	K.	Razem	W%
15—20 l.	1	2	3	1·27
20—30	1	5	6	2·55
30—40	9	18	27	11·49
40—50	17	24	41	17·45
50—60	49	41	90	38·29
60—70	35	16	51	21·70
70—80	10	5	15	6·38
80—90	2	—	2	0·85
	124	111	235	99·98

Najmłodsza z operowanych miała 19, najstarszy 89 lat wieku.

Względnie największa ilość operowanych przypada więc na szósty dziesiątek lat. Szybkie zmniejszanie się odsetki operowanych po 60tym roku życia odpowiada mniejszej ilości ludzi dochodzących w ogólności tak późnego wieku. Uderzająco wysoką odsetkę (44·14%) kobiet operowanych przed 50tym rokiem życia w porównaniu z mężczyznami (22·58%) starałem się ile możności wytłumaczyć w pierwszej części tej pracy.

Na jednym oku operowano 151 osób (70 m. 81 k.), na obu oczach 84 (54 m. 30 k.); wykonano zatem ogółem 319 operacji.

Z 84 operowanych na obu oczach wykonano obie operacje za jednym pobytom w klinice u 52, za dwukrotnym pobytom u 32 osób.

Należąc z przekonania do operatorów, którzy w razie dojrzałości zaćmy na obu oczach nie zdejmują jej równocześnie (w jednym posiedzeniu), lecz drugą dopiero po upływie pewnego czasu z powodów znanych, których nie widzę potrzeby przytaczać i rozbiierać na tém miejscu, wykonałem wyjątkowo pod wpływem naglących okoliczności operację obuoczną równoczesną tylko u dwóch osób; u reszty zaś 50 chorych, którzy w ciągu jednego pobytu poddali się operacji obuocznej wykonywałem operację drugą dopiero po upływie najmniej ośmiu, najczęściej atoli dopiero dziesięciu do czterestu i więcej dni.

Pobyt chorych w klinice przedłużał się wprawdzie skutkiem takiego postępowania, ale za to wynagradzały tę stratę czasu z jednej strony znane korzyści operacji nierównoczesnej, z drugiej zaś strony nie wydarzył się ani jeden przypadek obłędu, ściekowego zapalenia płuc itp. następstw niezbyt rzadkich, jeżeli operując zaledwie w kilka dni po pierwszym oko drugie nie da się ludziom wiekowym czasu do wypoczęcia po pierwszej operacji, lecz skazuje się ich na dłuższe bez przerwy leżenie z oczyma zawiązanymi. Zaledwie kilku było takich chorych, którzy przyjęci do kliniki z zaćmą dojrzałą obuoczną i odzyskawszy wzrok na jednym oku, zrzekli się operacji drugiego. Ale gdyby nawet liczba ich była o wiele większą, nie widziałbym w tém jak Schiess powodu do wykonywania równoczesnego operacji obu zaćm, trzymając się zasady „*beneficia nemini obtruduntur*,” i a zgardzając się w tej mierze w zupełności z trafną uwagą Hirschberga, że zaćmy nie są na to, abyśmy je operowali, lecz my od tego, aby je w razie potrzeby operować.

Pod względem okresu rozwoju było zaćm:

Niedojrzałych 15 czyli 4·70%

Dojrzałych 162 „ 50·78%

Przejrzalnych zwyczajnych 130 }
„ Morgagniego 12 } „ 44·51%

Na 142 zaćm przejrzalnych była w 46 przypadkach i torebka przodkowa w mniejszej lub większej rozległości zamknięta (*Cataracta capsulo-lenticularis hypermatura*).

Jakkolwiek przyznać trzeba, że dojrzałość zaćmy ma nieco mniejszy wpływ na pomyślny wynik operacji odkąd ją uskuteczniamy sposobem obwodowym liniowym Graefego, a to z powodu, iż pozostawienie szczątków zaćmy w oku pociąga za sobą w ogólności rzadziej i mniej złowrogie skutki aniżeli po dawnym wydobyciu płatówem, przestrzegałem przecie o ile tylko można było dojrzałości zaćmy ze względu, że ona nie tylko prawidłowe wykonanie operacji, zwłaszcza zaś dokładne, a przy tym sposobie operowania w ogólności trudne oczyszczenie źrenicy ułatwia, ale i na ostateczny wynik co do bystrości wzroku odzyskanego korzystnie wpływa.

Wyjątkowo atoli operowałem, jak z powyższego wykazu powziąć można i zaćmy, chociaż już dość daleko posunięte ale przecie niedojrzałe. Takiego wyjątku od zasady dopuszczalem się tylko pod naciskiem tak ważnych okoliczności, jak bardzo powolny rozwój zaćmy, na której dojrzanie chory czekałby musiał długie jeszcze lata z przytępieniem wzroku czyniącym go niezdolnym do pracy ehlodajnej, lub niemożność przedsięwzięcia powtórnej a dalszej podróży, której koszt ubogi chory poniósł już i ten raz tylko z wielkim dla siebie uszczerbkiem.

W dwóch (z 15) przypadkach zaćmy niedojrzałej uciekłem się w ostatnich latach w celu zmniejszenia niebezpieczeństwa operacji do sprowadzenia sztucznej dojrzałości sposobem już dawniej znanym, a ponownie przez Moorena z Düsseldorfu z pewną zmianą zaleconym: Irydektomia — w 3 do 4 tygodni później rozcięcie torebki, a następnie po dokładnym zaćmieniu się soczewki (w kilkanaście dni) wydobyć zaćmy. (*Ophthalmologische Mittheilungen von A. Mooren 1874* str. 73). — Tak w tych dwóch przypadkach jak i w trzecim, nie objętym tém sprawozdaniem, jako operowanym już w roku bieżącym, osiągnąłem wypadek pomyślny (mianowicie S $\frac{9}{12}$, $\frac{22}{26}$ i $\frac{6}{60}$).

Zdaje się więc, że ten sposób postępowania może być zaleconym w przypadkach, w których zaćmę niedojrzałą z konieczności operować wypadnie.

W powyższem zestawieniu zaćm pod względem okresu ich rozwoju uderzyć musi każdego wielka ilość zaćm przejrzalnych (44·51%), ilość tak wielka, jakiej nie napotykamy w sprawozdaniach z innych zakładów. Przyczyna tego zjawiska tkwi niezawodnie w ubóstwie i niezaradnym niedbalstwie o zdrowie tych warstw ludności, które dostarczają głównego kontyngensu chorych do naszych klinik. Ludzie ci ociemniawszy na jedno oko nie pomyślą — częstokroć dla braku funduszu na podróż — o szukaniu pomocy, dopóki ich do tego nie zmusi ostateczna konieczność t. j. niezdolność do pracy w skutku zaćmy oka drugiego. Dopiero wtenczas przybywają do kliniki z zaćmą na oku późniejszym najczęściej jeszcze niedojrzałą, a za to już przejrzalą na oku dawniej ociemniałem, które się też przedmiotem operacji staje. Zresztą przybyło do kliniki 20 osób t. j. prawie 9% z zaćmami na obu oczach już przejrzalami.

Wszystkie 319 zaćm wydobyto sposobem obwodowym liniowym Graefego.

Na osiągnięcie pomyślnego wyniku operacji składa się mnóstwo czynników i okoliczności, które zmienić nie zawsze jest w mocy operatora. Wiek i temperament chorego, stan jego zdrowia ogólnego i stan oka samego, okres rozwoju zaćmy, jej jakość itd. są czynnikami, które jużto ułatwiają, już też utrudniają prawidłowe wykonanie samej operacji, albo też wpływają na przebieg sprawy gojenia po urazie operacyjnym, bądź co bądź mniej więcej ciężkim. Nie zaprzeczając wpływowi rzeczonych czynników, cokolwiek bądź drugorzędnych, przyznać jednakże trzeba, że największej pod tym względem wagi jest prawidłowe, zręczne i delikatne wykonanie samej operacji bez przygód jakie każdemu, najwprawniejszemu nawet operatorowi przy największej uwadze, przy każdym sposobie operowania wydarzyć się mogą i zawsze wydarzać będą, zwłaszcza przy obecności jednej, a tém bardziej przy zbiegu kilku powyżej wymienionych okoliczności niepomyślnych.

Doświadczenie oparte na rozległej, bo tysiące operacji obejmującej statystyce wykazało atoli, że przy równych

wszystkich innych warunkach, tak ze strony chorego samego, jego oka i zaćmy, jak ze strony operatora otrzymuje się za pomocą różnych sposobów wydobywania zaćmy bardzo różne wyniki. Nie zamierzam bynajmniej rozbiierać szczegółowo i oceniać tutaj względnej wartości różnych sposobów wydobywania zaćmy, a namienię tylko, że jestem stanowczym zwolennikiem sposobu obwodowego liniowego Graefego, który w ostatnim lat dziesiątku wyrugował dawny sposób wydobywania za pomocą cięcia płatowego do tego stopnia, że za ledwie kilku znakomitych okulistów holduje dotąd dawniej metodzie.

Nie mogę i nie chcę zaprzeczać, że sposób Graefego nie jest — jak nareszcie żaden inny — zupełnie wolnym od wszelkich zarzutów, że nawet w porównaniu ze sposobem płatowym ma on pewne słabe strony, ale bez zaślepienia przyznać mu przecież koniecznie należy znakomite zalety i pierwszeństwo nad sposobem płatowym. Pomijając już drugorzędne, chociaż ważne i cenne korzyści, do których zaliczam krótsze trwanie sprawy gojenia i mniejsze — tak co do stopnia jak i co do czasu — wymagania pod względem spokojnego zachowania się chorego po operacji, ma on tę wielką wyższość nad wydobywaniem płatowym, że daje znacznie większą od setkę pomyślnych wypadków, a prócz tego, że ostateczny wynik bez porównania więcej zawisł od wykonania samejże operacji. Podczas gdy po wydobyciu płatowym wcale nierzadko wydarzały się przypadki zupełnego niepowodzenia po operacji ze wszechmiar wzorowo wykonanej i pomimo wszelkich najpomyślniejszych warunków ze strony chorego, to zawodu takiego po nienagannie wykonanym wydobyciu Graefego doświadczamy bez porównania rzadziej, chociaż nawet chory niedopisze w zupełności pod tym lub owym względem.

Jest to zaleta nieoceniona, bo zabezpieczając operatorowi większą niezawisłość od chorego i zbiegu nieprzyjaznych okoliczności daje mu tę pewność, że chociaż nie bezwzględnie, to przecież w wysokim stopniu ma w swoim ręku ostateczny wypadek swoich usiłowań. Tę zaletę i lepsze w ogólności wypadki zawdzięcza sposób Graefego z jednej strony obwodowemu (w znacznej części twardówkowemu) położeniu i liniowej postaci rany, z drugiej zaś strony płatowi spojówkowemu, który pokrywając ranę ułatwia i przyspiesza jej gojenie się.

Tych kilka słów wystarczy, jak sądzę, na uzasadnienie, jeżeliby w ogólności jeszcze potrzebnem było — dla czego od początku mojego zawodu klinicznego porzuciłem dawny sposób płatowy, zastępując go sposobem Graefego we wszystkich przypadkach zaćmy samorodnej niepowikłanej z jądrem twardym. Zanim nacechuję moje stanowisko w obec nowszych sposobów wydobywania zaćmy, pozwolę sobie zdać pierwój sprawę z wykonanych operacji i osiągniętych wypadków. Wróćmy zatem do naszych chorych.

Do operacji przystępuję zazwyczaj dopiero, gdy chory przez jakie dwie lub trzy doby wypocznie w klinice z trudów podróży i oswoi się z warunkami nowego pobytu. Całe przygotowanie polega obecnie na zadaniu choremu w przeddzień operacji olejku rącznikowego; dawniej zapuszczałem przed operacją jak wszyscy inni operatorowie kilkakrotnie rozezyn atropinu (1 : 120), aby źrenicę jak najmoniej rozszerzyć; nabywszy jednak przekonania, że zbezwdnienie tęczęwki przez atropin sprzyja jej opadaniu w ranę, wykonywałem dla próby już dawniej niektóre, a od października 1877 wszystkie operacje przy źrenicy wązkiej. Uskuteczni-

wszy w ten sposób do chwili gdy to piszę 35 operacji zapewnić mogę, że wązkość źrenicy nie utrudnia dokładnego wykonania operacji, a nie upośledzona dzielność mięśni tęczęwkowych przynosi tę ogromną korzyść, że opadnięcie i wrośnięcie tęczęwki w ranę — w następstwach swoich jak wiadomo wcale nieobojętne tak pod względem samej sprawy gojenia, jako też pod względem przyszłych losów oka — ze zjawiska wcale nierzadkiego staje się wyjątkowym. Na 35 oczu operowanych przy wązkiej źrenicy wydarzyło się tylko jeden raz i to nieznaczne zagłobienie tęczęwki. Gdy jednakże dokładne rozpoznanie zaćmy pod względem okresu jej rozwoju, twardości i wielkości jądra, stanu torebki itd., tak ważne dla operatora, nie może się obejść bez rozszerzenia źrenicy, postępuję więc obecnie tak, że zaraz za pojawieniem się chorego w klinice ruchomą zapuszcza mu się bardzo słaby rozezyn atropinu (1 : 1000), którego działanie do chwili operacji przemija tak, że kurezliwość tęczęwki jest już przywróconą. Rozezynu ezerynu zaleconego przez Weckera nie używam przed operacją, a zaraz po niej tylko wyjątkowo w razie szczególnych wskazań.

Podczas operacji, którą wykonywam w sali wykładowej, leży chory na krześle operacyjnym z przyrządem do ustalania głowy, na którym wiozą go po operacji aż do samego łóżka. Prowadząc cięcie na oku prawem ręką lewą i odwrotnie, siedzę bez względu na to, czy oko jest prawe czy lewe, zawsze i przez cały ciąg operacji po prawej stronie chorego i nieco przed nim, tak że światło wpada z tyłu i od mojej lewej ręki. Powieki i galkę oczną ustalają zwykłym sposobem; chloroformu ani żadnych innych środków odurzających nie używam u dorosłych nigdy. W ostatnich czasach polecam chorym, aby przez czas pobytu w klinice aż do operacji ćwiczyli się w kierowaniu i spokojnem trzymaniu oka ku dołowi i znajduje, że im to o wiele ułatwia należyte zachowanie się podczas operacji. W pierwszych latach prowadziłem cięcie ściślej według przepisów Graefego, przy czem środek ranki przypadał jeszcze w obręb rogówki, a płat spojówkowy tworzył się tylko w obu końcach ranki.

Nabrawszy przekonania, że mniej zależy na ściśle liniowym przebiegu cięcia, aniżeli na wycięciu płata spojówkowego i na takich rozmiarach chociaż lekko łukowatej ranki, aby przez nią największa twarda zaćma wysunąć się mogła z łatwością bez oderwania się okruców kory i ugniecenia brzegów ranki, zacząłem później wklówać (i wyklówać) koniec noża w twardówkę cokolwiek niżej (t. j. bliżej poziomego przekroju oka), a zarazem cokolwiek dalej od brzegu rogówki i suwać nóż aż do ukończenia cięcia w płaszczyźnie podstawy rogówki nie skręcając ostrza po wyklóciu końca wcale lub tylko o tyle ku przodowi, ile potrzeba żeby środek cięcia przypadł na sam brzeg rogówkowo-twardówkowy lub cokolwiek (0.5 mm.) w samą twardówkę. W ten sposób zbliżyłem się bardzo do sposobu prowadzenia cięcia, jaki zaleca mój czcigodny naucec Arlt w klasycznej swojej nauce o operacjach ocznych (*Handbuch der gesamten Augenheilkunde redigirt von A. Graefe und Th. Saemisch*, tom III. str. 294 i nast.), a który to sposób przyjąłem od roku 1874 w zupełności.

Mimo całej usilności i wielkiej wagi, jaką zawsze przywiązywałem do jak najdokładniejszego wycięcia tęczęwki, wydarzało mi się w początkach mojego zawodu dość często zagłobienie i wrośnięcie tejże w ranę, dopóki trzymałem się w tej mierze przepisu Graefego, dopiero od czasu gdy zacząłem tęczęwkę wycinać sposobem ulepszonym przez Arlta

(tamże str. 298), stało się to zjawisko znacznie rzadszém, a prawdziwą rzadkością od czasu jak operuję bez atropinu.

Operacyja odbyła się prawidłowo, to jest bez wprowadzenia jakiegokolwiek narzędzi wyciągających zaćmę, bez upływu ciałka szklanego, bez znacniejszego krwotoku, pozostawienia w oku większych szczątków zaćmy itp. przygód 269 razy t. j. w 84·33% wszystkich operacyj; zbożenia zaś w przebiegu operacji pod tym lub owym, lub kilkoma na raz względami wydarzyły się w 50 przypadkach t. j. w 15·67%.

Na 15 zaćm niedojrz. była operac. nieprawidł 2 r. (13·33%).
 „ 162 „ dojrzał. „ „ „ 17 r. (10·49%).
 „ 142 „ przejrzał. „ „ „ 31 r. (21·83%).

Pomijając zaćmy niedojrzałe jako nie dość liczne, wynika z tego zestawienia jasno, że przejrzalność zaćmy utrudnia prawidłowe wykonanie operacji, a gdy to jest jednym z najwłaśniejszych warunków pomyślnego skutku, wpływa tém samém niekorzystnie na rokowanie. Jakoż rzeczywiście z 269 ócz prawidłowo operowanych stać się wzrok niepowrotnie 9 t. j. 3·34%. Dwoje ócz prócz tego nie odzyskało jeszcze wzroku w chwili gdy chorzy opuszczali klinikę, chociaż była wszelka nadzieja po temu; razem było więc 4·09% niepowodzeń. Tymczasem na 50 ócz przy których operacji zaszły zbożenia straciło wzrok 7 t. j. 14% — wszystkie bez żadnej nadziei.

Zastanawiając się nad zbożeniami od prawidłowego przebiegu operacji na pierwszym miejscu wymienić należy:

Uplyw ciałka szklanego. Należy on niezawodnie do najważniejszych, w ciężkie następstwa płodnych, a w pewnych warunkach trudnych do uniknięcia nieprawidłowości przy wydobyciu zaćmy. Przypadek ten wydarzył się 35 razy*) (10·97% wszystkich operacyj), a mianowicie odplynęła 18 razy bardzo mała, 12 razy mierna, a 5 razy znaczniejsza ilość ciałka szklanego.

Oprócz wielu innych przyczyn usposabia do tój nieprawidłowości przejrzalność zaćmy, i gdyby nie zbyt wielka powyżej podana ilość takich zaćm, mielibyśmy znacznie mniejszą odsetkę tój przygody, gdyż na 162 zaćm dojrzałych wydarzyła się 13 (8·02%) razy, na 142 zaćm przejrzałych zaś 22 (15·49%) razy. Znaczenie tego przypadku zawisło prócz innych okoliczności przeważnie od tego, czy się wydarzy przed, podczas lub już po wydaleniu zaćmy z oka. Najniebezpieczniejszym jest upływ ciałka szklanego wtenczas, gdy nastąpi już przed wydaleniem zaćmy, nie mówiąc już bowiem o trudności, a niekiedy nawet o zupełném niepodobieństwie dokładnego oczyszczenia źrenicy, nakazuje on wstrzymać się od wszelkiego ucisku wywieranego w prawidłowym przebiegu operacji na oko w celu wyparcia soczewki, a zmusza do użycia jednego z narzędzi wyciągających, sprowadza więc za sobą konieczność drugą i to wcale nieobojętną nieprawidłowość. Na 35 przypadków wystąpiło ciałko szklane 10 razy przed soczewką, 14 razy równocześnie z nią, a 11 razy już po niej. Z pierwszych 10 ócz nie odzyskało wzroku 2 t. j. 20%, z reszty zaś tylko jedno czyli 4%, co wymownie świadczy o bardzo różném znaczeniu tego przypadku, w miarę tego kiedy się wydarzy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

*) Graefe miał z początku 14, później 6, w końcu tylko 4%. Knapp miał w pierwszej setce operacyj 25, w drugiej 18, w trzeciej 9, w czwartej i piątej 13, a więc w przecięciu 15·6% upływu ciałka szklanego.

II. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego.

O uwięzieniach wewnętrznych w skutek zwężenia jelit (*nodus intestinalis*) powstałych.

(Rzecz przedstawiona w Tow. lek. galic.)

Opisał Dr. Longin Feigel,

Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

Przypadki podobne do opisanego były do roku 1860 zupełnie nieznanne, a dotychczas są też bardzo rzadkie; wedle dokładnej statystyki Leichtensterna bowiem liczba ogłoszonych dotychczas przypadków tego rodzaju i podobnych dochodzi do sześciu. Przy szczuplejszych środkach znalazłem w tutejszych księgozbiorach tylko 5 podobnych przypadków, a to opisyanych przez Rokitańskiego (l. c.), Eamera (*Case of W. Byme: Ileus. Med. Presse and Circular Oct. 21 1868, Virch. Jahresb. 1868 II*), Taylora (*Intestin. obstruct. from a knot. on the lower part of the ileum. Brit med. Journ. July 29 1870*), Panasa (*Cas d'occlusion intestin. produite par le renversem. d'une anse de l'ileon sur elle même, Gaz. des Hôp. Nr. 90, 1871*), i Leichtensterna (l. c.); szósty zaś może opisał Sewruk w Moskwie w r. 1859, dzieła jednak jego dostać nie mogłem. Z tych przypadków Leichtensterna był o tyle innym, że tu jedna z pętli była przyczepioną do bramy przepukliny pachwinowej, tworzyła więc ós nieruchomą, około której druga pętla okręciła się, podchodząc pod nią do miednicy małej, gdzie leżała jako sina, na wpół zgorzelinowa masa, ciężarem swym dokonywając uwięzienia.

Wszystkie dotychczas znane przypadki, z wyjątkiem przypadku Taylora, wydarzyły się u mężczyzn. Przypadek opisany byłby więc drugim dopiero znanym u kobiety.

Śmierć w przypadku Taylora nastąpiła w 13 dni, w przypadku Panasa w 5 dni, w naszym przypadku w 3 dni po wystąpieniu pierwszych objawów wewnętrznego uwięzienia.

Na uwagach tych kończymy opis tego przypadku zamawiając sobie bliższe omówienie takich zbożeń w ogóle po opisanu przypadku drugiego.

II.

Splątanie wielkiej pęli jelita biodrowo go z małą wtórzną pętlą zakrzywienia esowatego i zwężenie takowych, przy okręceniu jelit w 2cm miejscach około połowy swej osi.

Maryja Sokopowa l. 66 przybyła na oddział chorób skórnych Dra Chądzyńskiego dnia 7go listopada 1876 r. z zapaleniem różycowém (*Erysipelas*) nogi i podudzia lewego. Dnia 9go listopada żali się chora, że od 2 dni cierpi na zaparcie stolec. Badanie przedsięwzięte okazuje brzuch za dotykem twardawy, niebolesny, język obłożony, stan bezgorączkowy. Zalecono olejek rącznikowy i lewatywy ze solą i mydłem. Stolec jednak do wieczora dn. 9 list. nie nastąpił, powtórzono więc powtórnie te same środki. Brzuch przy badaniu wieczorném tegoż dnia nieco wzdęty, przy dotyku bolesny, nad jelitem esowatém wypuk słumiony. Tętno drobne 90 na minutę; róża na nodze wzmaga się. Dnia 10 listopada o godzinie 6tej z rana chora umarła.

Sekcya wykonana dnia 11 listopada 1876 r. wykazała: Zwłoki kobiety wzrostu średniego, krępej budowy ciała, dość dobrze odżywione. Ściany brzuszne wydęte, podszyte dość grubą podściółką tłuszczową, nad którą skóra pomarszczona, ściany zaś mięsne mocno naprężone i wysklepione, szczególnie w dolnej części lewej połowy brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej nderza przedewszystkiem niejednostajne zabarwienie jelit; podczas kiedy bowiem jelita leżące po stronie prawej i w górnej części jamy brzusznej są blade, nawet niedokrewne, w lewej dolnej części leżą jelita ciemno-fioletowo-czerwone, znacznie rozdęte i naprężone. Odchyliwszy różniąc się tak jelita od siebie napotykaemy w głębi pomiędzy nimi w okolicy wzgórka krzyżowego (*promontorium*) i nieco nad nim węzeł zbity, utworzony z postronkowato wyciągniętych splaszonych i bladych jelit, śrubowato około siebie okręcających się. Po za tym węzłem i nad nim występuje szczytem ku górze i ku stronie prawej zwrócona niewielka pętla, 10 cm. wysoka, ciemno-czerwono zabarwiona; po stronie zaś lewej i ku dolowi odchodzi od tegoż węzła druga pętla ciemno fioletowo zabarwiona, która licznymi skrętami swojemi zajmuje całe podbrzusze lewe i pokrywa opisany węzeł od przodu, dołu i z lewej strony, podczas gdy takowy od góry i od strony prawej pokryty jest częścią szczytem małej pętli powyż opisanej, częścią wolnymi bladymi splotami jelita ceczego. Fig. A.



Do węzła tego, oddalonego od kątnicy 8 cm., wchodzi od strony prawej i od góry 2 jelita, mianowicie zaś jelito biodrowe, które utworzywszy z drugiej strony węzła tj. po stronie dolnej lewej pętli, której długość jelita wynosi 314 cm., powraca w węzle napowrót nastronę prawą i przechodzi w dalszym ciągu w jelito

cecze. Z lewej zaś strony wchodzi do węzła również 2 jelita należące do zakrzywienia esowatego, które tworzą po stronie prawej pętlę opisaną 10 cm. wysoka, w której długość jelita wynosi 35 cm. Przechodząc środek węzła przechodzi nadto sieć wielka postronkowato zwinięta i mocno naprężona z powodu, iż dolny jej koniec jest silnie przyrośnięty do dna macicy; pociągając za górny lub dolny koniec postronka tego daje on się w węzle ku górze i dolowi chociaż z trudnością przesunąć.

Ponieważ obie pętle splątane były przepelnione płynem obfitym nadzwyczaj silnie wzdęte i bębnowato naprężone, a ztąd rozplątanie węzła niemożliwem, nakłóto przedewszystkiem jelita uwięznione, przyczem z pętli górnej i dolnej wypłynęła stosunkowo ogromna ilość cieczy krwawej ciemnoczerwonej. Mimo to jednak węzeł był tak silnie zaciśnięty, a kreski pętel uwięznionych skutkiem licznymi wybroczynami w utkaniu ich, tworzących liczne guzy skrzeplonej krwi do 4 cm. grube, tak obrzękłe, że wszelkie usiłowania rozplątania

węzła w jamie brzusznej okazały się bezowocnymi. Wyjęto tedy wszystkie jelita, z utrzymaniem ile możności tylnej ściany otrzewny i utrzymaniem jelit w swem położeniu, z jamy brzusznej, a i wtedy dopiero po mozolnych i długich zabiegach udało się węzeł rozwinąć. Wtedy okazały się następujące stosunki:

Długość jelita od odźwiernika do prostnicy wynosi 11428 metra (36'2"). Z tego wypada na jelita cienkie 890 metra (28'2"), na jelita grube 2528 mt. (8'). Jelito cecze posiada kreskę 15—18 cm. (6—7") wysoką, w jelicie biodrowem uwięznionem dochodzi wysokość kreski do 36 cm., przewyższa zatem znacznie zwykłą średnią wysokość kreski. Koniec jelita biodrowego jest od kątnicy na przestrzeni 6 cm. przyczepiony na kresce krótkiej, szeroko przyplaszczonej, zaledwie 3—4 cm. wysokości. Z jelita biodrowego jest część 314 cm. długa, a oddalona na 8 cm. od kątnicy w pętli, a tworzącej opisany węzeł, uwięzniona. Zagięcie esowate powyż ujścia zewnętrznego prostnicy na 25 cm. wzniesione, ma długość 35 cm. Wysokość kreski od szyi takowej do szczytu wynosi 12 cm., szerokość kreski blisko szczytu 7 cm, w szyi zaś tylko 4 cm., i to przy rozciągnięciu poprzecznem kreski. Całe to zagięcie od górnej swjej granicy aż do dolnej, od prostnicy, jest w węzle uwięznione, tworząc jedną z opisanych pętel, tj. pętlę b. Fig. B.

Węzeł w jamie



Pętla jelita biodrowego (a) leży prawie poziomo, szczytem ku stronie lewej i nieco ku dolowi zwrócona, a jelita tworzące ją są tak ułożone, że część górna w jelito cecze przechodząca leży z przodu, od dołu i z prawej strony; część jelita dolna, ku kątnicy przebiegająca leży od

góry, od tyłu i po lewej stronie poprzedniego końca pętli; skutkiem tego kreska pierwszej części jelita tj. górnej jest odwinięta i zalamana tak, że tylna jej powierzchnia patrzy ku przodowi, tak samo i kreska jelita dolnego. Próż tego zaś obie cewy pętli są w szyi skrzyżowane a ramię tylne tej pętli jest o połowę swjej osi przekręcone. Zupełnie podobnie ma się rzecz i w pętli drugiej b. tj. w zagięciu esowatym; tu bowiem część górna, zwykle prawa zagięcia leży w dole i z lewej strony; część zaś zwykle dolna i lewa, przechodząca w prostnicę, przesunęła się ku stronie prawej i ku górze, tak że cewy zagięcia są w szyi skrzyżowane, a w tym miejscu jelito tylne jest około połowy swjej osi przekręcone, a kreska górnej części odwinięta tworzy w miejscu zalamania brzeg ostry, który po tylnej części otrzewny przechodzi na takiż brzeg wytworzony skutkiem zalamania się i odwrócenia kreski jelita biodrowego. Część ta otrzewny z tylnej ściany brzusznej nad samym wzgórkiem krzyżowym jest z powodu opisanego odwinięcia się kreski z obu stron, połączonego z napięciem takowych, również lekko wzniesiona od tylnej ściany brzusznej i tworzy niski, poprzecznie przechodzący brzeg ostry, ku przodowi napięty i spadający ku

górze i dołowi ku ścianom tylnym brzuszny. Na tym brzegu, który można na każdym zwłokach otrzymać, jeśli się kreskę dolnego jelita biodrowego napręży ku stronie prawej, a kreskę zagięcia esowatego ku stronie lewej, jak to w obecnym przypadku miało miejsce, spooczywa postronkowo zwinięte pasmo sieci wielkiej, przebiegające od okrężnicy poprzecznej do dna macicy. Jeżeli ułoży się, jak to przy tworzeniu węzła miało miejsce, pętlę zagięcia esowatego nad i przed szyją pętli biodrowej, powstaje między tym brzegiem otrzewny tylny ściany brzusznej a skrzyżowanymi pętlami otwór (o) w około zamknięty, w którym przebiega opisany postronek sieci, jak to widzimy przedstawione na fig. B. Skoro więc pętla jelita esowatego otoczyła szyję potężnej pętli biodrowej najpierw od góry, potem od przodu, następnie szczytem pod nią się podsunęła i przeszła nareszcie po za nią przez tak wytworzony otwór napowrót ku górze do jamy brzusznej i na prawą stronę, zwężenie było dokonane, a naciąganie silne szyi pętli biodrowej pierwotnie równą oś stanowiącej doprowadzić musiało wreszcie do pociągnięcia jej takiego, że obie pętle owijają się wzajemnie śrubowato, jak to na węźle widzimy.

Ściany jelit zwężonych są prócz zabarwienia opisanego fioletowo-czerwonego zupełnie dobrze utrzymane, polyskujące. Błona śluzowa ich z wyjątkiem części w węźle uciskających się, cienkich, bladych, jest mocno obrzękła, ciemnoczerwona, jednak gładka.

Wolne od uwięźnięcia jelita cienkie i jelita grube mają wejrzenie prawidłowe, a z wyjątkiem prostnicy są wypełnione mierną ilością płynów i miazgową treścią kałową. Ani na otrzewnej, ani na błonie śluzowej nie znaleziono zresztą śladów zapalnej wypociny; w jamie miednicy małej znajdowała się skąpa tylko ilość płynu czerwonego, cienkiego, zresztą jama otrzewny była próżna. Zresztą znaleziono w zwłokach tylko zbręknienie ostre obu płuc i mózgu, sinicę i obrzęk surowicy tkanki podskórnej odnogi dolnej prawej po przebytej róży.

Sposób wytworzenia się zwężenia tego możemy sobie wedle powyższego wytłumaczyć w następujący sposób, którego używa i Gruber (*Virch. Arch. f. path. Anat., Physiol. u. klin. Med. Bd. 48.*) do tłumaczenia podobnego przypadku: W ostatnich lub kilku poprzedzających dniach musiały niestrawne pokarmy wytworzyć w jelitach cienkich znaczną ilość gazów. Ponieważ jelito biodrowe jest w prawidłowych stosunkach cieńsze od jelit czeczych, co przy zwykłych już stosunkach ułatwia szybsze przechodzenie treści w jelicie biodrowym, jakoteż skutkiem podniesionych ruchów robaczkowych w jelicie czeczym, treść płynna i gazy zostały z niezwykłą szybkością nagromadzone w jelicie biodrowym, podczas gdy nie mogły w tej mierze z takowego być wydalone. To sprawiło nadmierne wydęcie jelita biodrowego, które w następstwie musiało wywołać położenie jelita biodrowego takie, jak przy seceji napotkane. Ponieważ bowiem jelito biodrowe i dolna część jelita czeczego wisi na kresce przyzecznej do tylnej ściany brzusznej ukośnie w kierunku od góry i lewej strony na dół i w prawą stronę ku kątnicy, jelita odpowiednie musiały przed uwięźnięciem wisieć na kresce w kształcie łuku ku dołowi i lewej stronie skierowanego, którego odcinek górny tj. jelito czecze, leżało z lewej strony i w górze, dolny zaś odcinek tj. jelito biodrowe, ułożone było z prawej strony i od dołu. Z powodu nadmiernego napelnienia i ciężaru swego, jakoteż ruchów od góry na treść jego napierających, ramię wyższe lewe tych jelit usunę-

ło się przed ramię prawe ku dołowi i ku prawej stronie, podczas gdy ramię niższe prawe nie mogąc w zwykłym swym położeniu znaleźć dostatecznego miejsca usunęło się ku górze i ku lewej stronie, z tyłu od ramienia poprzedniego. Zmiana ta w ułożeniu jelit musiała za sobą pociągnąć i zmianę w ułożeniu dotyczących kresk tego rodzaju, że przednia powierzchnia kreski górnej części tych jelit stała się teraz tylną, a powierzchnia jelita samego zwrócona ku tyłowi i lewej stronie, obecnie zwróciła się ku przodowi i prawej stronie. Kreska zaś i powierzchnia dolnej części jelita biodrowego, skierowane poprzednio ku przodowi i prawej stronie, zwróciły się teraz ku tyłowi, lewej stronie i ku górze. Skutkiem tego górny przedni koniec tej pętli, dokonywając zmiany tej w położeniu na większym łuku i stopniowo nie doznał przekręcenia około swjej osi, drugi zaś niższy, a obecnie tylny koniec tej części jelita został około połowy swjej osi okręconym. Nadto musiały się jelita te w pewnym miejscu, które następnie przesunęło się jak najbardziej do początku ich kreski, ze sobą skrzyżować. Zmiany te, tj. okręcenie jelita około swjej osi i skrzyżowanie wzajemne obu jelit w szyi pętli utworzonej, musiały wywołać w tej części jelita znaczne upośledzenie krążenia zawartości gazowej i kałowej, pętla wytworzona musiała się powiększać i ułożyć się w położeniu najwygodniejszym, tj. szyją przed i nad wzgórkiem krzyżowym, szczytem przed prostnicą, w lewej połowie jamy miednicy małej. Z drugiej strony widzieliśmy, że jelito grube tworzyło w tym przypadku niezwykle długie zakrzywienie esowate. Skutkiem ucisku, jaki wywierała pętla jelita biodrowego na prostnicę, musiała w jelicie esowatym nagromadzić się większa ilość treści płynnej i gazowej, skutkiem czego, jakoteż z powodu ucisku od dołu przez pętlę biodrową wywartego zagięcia esowate podsunęło się ku górze, szczytem zaś ułożyło się nad pętlą biodrową ku stronie prawej, krzyżując takową w okolicy szyi. Przytém górne ramię zakrzywienia opadło z powodu ułożenia poziomego pętli i ciężaru swojego ku dołowi i ku lewej stronie, załamując zarazem kreskę swoją tak, że tylna prawa jej powierzchnia stała się przednią i lewą. Dolny zaś koniec pętli esowatej został tępym samym wysunięty ku górze i tyłowi tak daleko, o ile na to pozwalała kreska pętli esowatej, przyczem musiało również jak to widzieliśmy w pętli biodrowej nastąpić skręcenie dolnego końca pętli esowatej o połowę swjej osi. Przy dalszym przepełnieniu i rozdęciu opadło zagięcie esowate szczytem pomiędzy szyją pętli biodrowej a przednią ścianą brzuszną, przez co szyje obu pętli wywierały na siebie wzajemny ucisk i powiększały się coraz to bardziej. Zakręty pętli biodrowej wyparły więc wreszcie opadły ku dołowi koniec pętli esowatej, który z powodu przypierających doń przednich ścian brzusznych niemógł się podnieść pod szyję pętli biodrowej, a gdy i tu pętla esowata pozostawała pod uciskiem, wsunęła się ona szczytem w otwór opisany pomiędzy tylną ścianą brzuszną a skrzyżowaniem obu pętli (o) i wysunęła się przez takowy do jamy brzusznej ku górze. Okręcenie w szyi obu pętli, ucisk wywarto na naczynia w węźle musiały teraz sprawić obrzmienie żyłne w pętlach dochodzące do najwyższego stopnia, napelnienie jelit krwią wybroczoną i surowicą, wybroczyny opisane w utkanii kresk, które sprawiły do reszty silne zaciśnięcie węzła wytworzonego do tego stopnia, w jakim je przy seceji napotkano.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. F. Presl: *Todtenbeschau etc. nach der östr. Gesetzgebung.* Prag 1878, Mercy, mala 8ka str. 231.

Autor będący lekarzem powiatowym w Czechach zebrał wszystkie ustawy, rozporządzenia i przepisy odnoszące się: 1) do oględzin pośmiertnych, (str. 1—134), 2) do ratowania pozornie zmarłych (str. 134—157), 3) do chowania zmarłych (str. 158—171), 4) do urządzenia ementarzy (str. 172—210), oraz 5) do przewozu trupów (str. 210—223), poczynając od rozporządzenia z d. 2 kwietnia 1757 r. polecającego uskutecznić cięcia cesarskiego na świeżo zmarłych kobietach brzemiennych aż do ostatnich przepisów wydanych w ciągu roku zeszłego. Zbiór ten mieszczący w sobie wszystko, co tylko odnosi się do kwestyj wspomnianych a więc nierównie obfitszy, aniżeli odnośny rozdział zbioru Obentrauta, z którego w roku przeszłym zdaliśmy sprawę w tygodniku naszym, ma wielką wartość dla wszystkich lekarzy austriackich, zwłaszcza dla lekarzy rządowych i gminnych. Zwracając z tego powodu uwagę szan. kolegów na książeczkę, która właśnie się ukazała, a której wartość podnosi jeszcze dwojaki rejestr, a mianowicie chronologiczny i alfabetyczny, dodajemy tylko, że rozporządzenia nie są podane luźno lecz połączone ze sobą uwagami wydawcy, wytykającymi niedostatki oraz wady, których usunięcie jest pożądanym, oraz wskazówkami opartymi na podstawie doświadczenia. Na szczególną uwagę zasługują: najmłodsze rozporządzenie rządu krajowego szląskiego z d. 25 września 1877 r. pod względem oględzin pośmiertnych z dodatkami, mieszczącymi w sobie pouczenie co do rozpoznania śmierci pozornej i rzeczywistej (przyczem jednak zbyt mocno przywiązano wagę do plany twardówkowej Larchera, która według naszego doświadczenia żadnego prawie nie ma znaczenia), do desinfekcji itd.; rozporządzenie obowiązujące dla 3 głównych szpitali we Wiedniu; rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych i sprawiedliwości z d. 28 stycznia 1855 r. odnoszące się do sekcji sądowych, podane w całej rozciągłości, z którym lekarze sądowi, zwłaszcza początkujący, dokładniej, aniżeli się to dotąd dzieje, zapoznawać się powinni; historia rozporządzeń dotyczących się chowania samobójców tak cywilnych jako wojskowych aż do ostatniego zgodnego z duchem czasu rozporządzenia z d. 28 sierpnia 1873 (względnie dla armii z d. 22 czerwieca 1875 r.); rozporządzenie pod względem chowania zmarłych na centralnym ementarzu wiedeńskim i w gminie Ottakring pod Wiedniem, mogące służyć za wzór dla innych ementarzy itd. itd. — Jednym słowem w zbiorze tym wszystko jest pouczającym i ważnym dla lekarza, który w danym razie nie potrzebuje szukać po rozmaitych, często nieprzystępnych zwłaszcza na prowincyi zbiorach ustaw i bez straty czasu może poinformować i dowiedzieć się rzeczy w praktyce niezbędnych. Cena również jest przystępną (1.45 zł. wraz z przesyłką pocztową przez księgarńnię H. Dominicus w Pradze czeskiej). L. B.

Krzeszowice jako zakład lekarsko-zdrojowy wód siarczanych.

Napisał Dr. Seiborowski in 8vo str. 151. Kraków 1878.

Książka przereczona stanowi monografię Krzeszowic, zdrojowiska znanego już w 17ym stuleciu ze zwyczajnych skutków leczniczych.

W niej podaje autor rys historyczny, literaturę, opisuje obszernie stosunki geologiczne Krzeszowic, korzystając z prac dawniejszych i nowszych uczonych.

W opisie źródeł krzeszowickich przytacza badanie chemiczne źródeł dokonane przez śp. Aleksandrowicza, zastanawia się nad działaniem fizjologicznym siarki i wody krzeszowickiej, wylicza choroby, w których używanie wód siarczanych w ogólności a krzeszowickiej w szczególności jest wskazane, opierając się na doświadczeniu Dietla i własnym podaje uwagi co do zachowania się dyjetetycznego dla osób leczących się w Krzeszowicach, opisuje topografię tego zdrojowiska, urządzenia miejscowe, ważniejsze budowle, nakoniec miejsca wycieczek w okolicy przyległe. Część lekarska, która nas głównie obchodzi, zaznajamia lekarzy z działaniem i skutecznością źródeł w rozmaitych niemocach; reszta zaś dziełka służyć może gościom kąpielowym za *Vade mecum*.

Opracowanie staranne, język gładki, jasny, poprawny i potoczny, druk wyraźny, format dziełka zręczny cechujący dziełko powyższe.

Dr. Warschauer.

Langenbuch: O odsłonięciu wielkich naczyń skutkiem owróżdzenia i o skuteczności chlorku cynku w takich razach.

Autor miał sposobność w krótkim przeciągu czasu spostrzeżać trzy przypadki, w których ważne naczynia krwionośne zostały odsłonięte skutkiem owróżdzenia. W trzecim z nich, który dotyczył 9cioletniej dziewczynki okazującej w głębi znacznego owróżdzenia na bocznej okolicy szyjnej (*ulcus rodens* czy *lupus exedens*?) tętnicę i żyłę szyjną jako ziarniną pokryte wałce, użył L. sposobu podanego przez Königę przeciw zgorzeli szpitalnej, a który miał sposobność wypróbować podczas wojny francusko-pruskiej 1870 r. Polega on na tym, że się ranę wypycha drobnymi placuszkami w tęgim roztworze chlorku cynku maczanej a następnie dobrze wyciśniętej skubanki. Na wierzeh kładzie nieco waty i całe przytrzymuje opaską aż do dnia następnego. Skubanka ta łączy się z powierzchnią raną bardzo ściśle i daje strup szczelnie do niej przylegający. W powyższym przypadku odpadł strup 8go dnia i odtąd wypełniała się rana bujną ziarniną. W kilka miesięcy później można było wyczuć tętnienie w miejscu, gdzie była odsłonięta tętnica szyjna, jakkolwiek po odejściu strupa wałce tętnienia widać nie było. — L. przytacza doświadczenia Bonnet'a, Bruns'a, Gersunego i Gjorgievicia i w końcu wyraża swoje domysły, że tu nie działa chlerek jako taki, lecz przeważnie ucisk przez ściśle przylegający strup statecznie na odsłonięte naczynia wywartę. (*Vollmanns Sammlung klin. Vortr.* 129). A. O.

Wächter: Otrucie arsenkiem trójwodu.

Otrucia tym gazem zdarzały się dotąd tylko w pracowniach chemicznych; tém ciekawszym więc jest przypadek następujący: Czterech włochów, trudniących się sprzedażą znanych powszechnie balonów gumowych czerwonych i niebieskich, przybywszy na uroczystość ludową do Flensburga wynajęło ciasną źle odwietrzoną izdebkę, i w niej pracowało przez godzin 5 nad świeżym napelnianiem balonów wodorem. Do otrzymania ostatniego posługiwali się kawalkami cynku, nabytymi od blacharza i kwasu siarkowego. Pokazało się później, że pierwsze a prawdopodobnie i ostatni zanie-

czyszczone były arsenem. Pod koniec roboty wszyscy czerń uczuli osłabienie i drzenie członków, zawrót, ból głowy, wymioty, a po niespokojnie przebytej nocy spostrzegli moczzenie krwawe i żółtaczkę. Następnego dnia udali się do szpitala w Altonie. Trzech wyzdrowiało po upływie kilkunastu dni; czwarty, lat 33 letni, zmarł po upływie 10 dni. Sekcja wykazała: powłoki zewnętrzne żółtawe, krew płynna, brudno-wisniowa, serce wiotkie, blade-czerwone, zawiera nieco krwi płynnej i ściętej, pod opłucniami i na wątrobie drobne wynaczynionki, śledziona powiększona, pod drobnowidem większa część kanalików moczowych w istocie rdzenną i naczyńniową napelnioną i zatkana ciałkami krwi, niezbyt jelitowy; we krwi, żółci i mózgu badanie chemiczne wykazało arsen. W moczu u wszystkich 4 chorych 2go dnia po przyjęciu ich do szpitala sprawdzono obecność arsenu. W zwraca uwagę na zatkanie kanalików moczowych ciałkami krwi, skutkiem czego nastąpił bezmocz (*anuria*) u jednego z chorych, który zmarł, a tym samym krew nie mogła już się pozbywać dalej trucizny. Trzej wyleczeni odzyskali zdrowie w zupełności, a więc o charakterze arsenowemu mowy nie było. (*Viertelj. f. gerichtl. Medicin 1878, April, p. 251—261*).
L. B.

IV. Krótkie sprawozdanie z VII. Zjazdu niemieckich chirurgów w Berlinie.

Napisał Dr. Rydygier.

Docent chirurgii w Jenie.

Cheąc niezwłocznie przesłać sprawozdanie z ostatniego Zjazdu niemieckich chirurgów ograniczę się do pobieżnego skreślenia całego przebiegu dodając tylko tu i owdzie niektóre uwagi; dokładniejsze streszczenie niektórych ważniejszych prac pozostawiam sobie na później.

Udział tegoroczny był nadzwyczaj wielki: przeszło 200 członków zjechało się, a niemniej było uczestników nienależących do towarzystwa. Materiału było za wiele, tak, że nie wszyscy zgłaszający się z wykładami dostali się do głosu.

Zjazd rozpoczął się 10. b. m. o 12½ g. w południe przywitaniem członków przez przewodniczącego. Następnie załatwiono się z wyborem biura i komisji do sprawdzenia rachunków. Przewodniczącym obrano powtórnie Langenbecka.

Pierwszy wykład miał Koenig (z Gietingi) „o sposobie oprawy przeciwniej w razach już istniejącego gnicia.“ Jako środek najlepszy zalecał oczyszczenie i dokładne wymycie ran 5% rozezysem kwasu karbolowego z następnym założeniem oprawy Listrowej, albo w gorszych przypadkach z następnym ciągłym nawodnianiem 2% rozezysem kwasu karbolowego, na co się wszyscy zgadzali. Miło mi dodać, że przy tej sposobności wszyscy koledzy wyrażali podobne zdania do mojego w ostatniej mej rozprawie wypowiedzianego o skuteczności tymolu: t. j., że nie może zastąpić kwasu karbolowego dla niepewności działania*). Bardeleben nadto podniósł jeszcze i tę niedogodność tymolu, że swoim zapachem, który wszyscy nader niemiłym nazywali, zwabia roje much, tak że w lecie chorzy im się opędzić nie mogą.

Następnie mówił Koehler (z Berna) „o przyczynach i leczeniu ostrych zapaleń mianowicie o zapaleniu ostrym gruczołu tarczowego i szpiku kostnego.“

Po nim mówił Küster (z Berlina) „o trującej właściwości kwasu karbolowego przy używaniu jego chirurgicznem.“ Opowiedział kilka przypadków otrucia kwasem karbolowym, które się na jego oddziale wydarzyły i zapytywał, w jaki sposób temu zapobiedz można. Ztąd wywiązała się nadzwyczaj żywa dyskusja wypełniająca jeszcze następne posiedzenie popołudniowe.

W następnych dniach bowiem zarząd ułożył porządek dzienny w ten sposób, że przed południem od 10—1 godz. odbywały się posiedzenia w salach operacyjnych kliniki Langenbecka lub Bardelebena, na których przedstawiano chorych, okazy anatomiczne i nowe narzędzia; po południu zaś od 2—4 g. bywały posiedzenia w sali uniwersyteckiej poświęcone teoretycznym wykładom. We czwartek zebrał się członkowie na wspólny obiad, a w każdy dzień wieczorem na pogadankę.

Wracam do posiedzeń:

We czwartek 11. b. m. na rannem posiedzeniu przedstawił najprzód Langenbeck kilku chorych z podudziem wyluszczonej wstawie kolanowej, dalej kilku z wypilowaniem tegoż stawu i jednego z założonym gorsetem gipsowym Sayre'a zalecanym w garbie (*kyphosis*) Potta.

Po przedstawieniu każdego rodzaju chorych wywiązała się krótka dyskusja co do sposobu operowania i wyników jego ostatecznych. Tak np. zgadzała się większość na to, że wyluszczenie podudzia w stawie kolanowym zasługuje na pierwszeństwo przed odjęciem na wysokości kłykców (*amputatio transeondylica*); tylko co do ostatecznych wyników wypilowania stawu kolanowego, mianowicie, czy skrócenie odnogi podczas rośnięcia wzmagają się, chociaż zostawimy chrząstki nasadowe (*Epipluysenknorpel*), lub nie, zdania były podzielone.

Następnie Lossen (z Heidelberga) opowiedział przypadek raka skóry czoła u 18letniej dziewczyny.

Po nim przedstawił P. Vogt (z Gryfii) chorego z wypilowaniem stawu łokciowego. Ruchy w nowo utworzonym stawie były nadzwyczaj obszerne i silne. Zmienił on dotychczasowy sposób operowania o tyle, że zważając na trudność dokładnego odłączenia okostnej od kłykców razem z nią odcina powierzchowną część ich kostną dłutem. W skutek tego pozostają przyczepy mięśni na właściwym swoim miejscu, co ostatecznie wywołuje doskonałą czynność stawu. Podobny sposób operowania zalecał Vogt przed rokiem przy wypilowaniu stawu ręki, żeby nie naruszyć pochewek ścięguowych mięśni wyprostnych palców (*extensores dig.*).

Na popołudniowym posiedzeniu uchwalono dyskusję o złośliwych guzach odłożyć do przyszłorocznego Zjazdu i polecono komisji na ten cel wybranej wypracowanie porządku do tych obrad. Resztę posiedzenia wypełniła dyskusja nad odczytem Küstera o kwasie karbolowym, jak to już namieniłem.

Trzeciego dnia w piątek 12. b. m. na rannem posiedzeniu przedstawił najprzód Schede (z Berlina) 2 chorych z wyluszczeniem podudzia w stawie kolanowym; dalej chorego z wypilowaniem obu stawów łokciowych, również ręki i stopy celem usunięcia zrostów kości w stawach (*ankylosis*) po przewlekłym gościcowem zapaleniu stawów; dalej przypa-

*) Rozprawa, do której się szan. korespondent odwołuje, już od kilku tygodni znajduje się w naszych rękach; żałujemy, że dla braku miejsca nie mogliśmy jej jeszcze umieścić, ale uczynimy to niebawem. Redakcja.

dek stopy szpotawej (*pes varus*) wyleczonęj wycięciem klina z kości nartowych (*tarsus*), nareszcie 2 przypadki wypilowania główki kości udowej za pomocą cięcia przedniego.

Po nim przedstawił Meusel (z Goty) również chorego ze stopą szpotawą wyleczonego wycięciem klina z kości nartowych.

Mosengeil (z Bonn) okazał maszyny służące do usuwania tak tego cierpienia, jako i kolana koślawego.

Hüter (z Gryfii) okazał rysunek człowieka cierpiącego na mięczaka zaraźliwego (*molluscum contagiosum*) może jeszcze wyższego stopnia, niż na rysunku tytułowym Virchowa „*Geschwulstlehre*“ przedstawiony.

Busch (z Berlina) przedłożył preparaty kości przedstawiające rozmaite zmiany przy zapaleniach kości sztucznie wywołanych, które już dawniej opisał.

Wegner (z Berlina) przedstawił chorą z całkowitem wyjęciem krtani i dziewczynkę mówiącą za pomocą sztucznego przyrządu; chorą można było rozumieć i w najodleglejszych miejscach najobszerniejszej sali.

Trendelenburg (z Rostoka) okazał szездło niedawno opisane w „*Centralblatt für Chirurgie*“ i opisał kilka przypadków zajmujących.

W końcu przedstawiło kilku członków Zjazdu chorych na kolano koślawe operowanych z dobrym skutkiem podług sposobu Ogstona. Pokazało się, że operacja ta prędko zyskała wielu zwolenników w Niemczech, tylko jeden Koenig z pewnym niedowierzaniem o nią przemawiał.

Chorych przedstawili: Riedieger (z Würzburga), Kolaček (z Wrocławia) i Bardeleben (z Berlina), Thiersch (z Lipska) okazał zajmujący preparat otrzymany w kilka tygodni po wykonaniu tej operacji; chory uległ innemu cierpieniu.

Na po południowym posiedzeniu tego dnia przemawiali:

1) Tillmanns (z Lipska) o doświadczeniach i anatomicznych badaniach nad różą.

2) Hüter (z Gryfii) „O skrofuleznie i gruzliczem zapaleniu stawów“.

3) Koenig „O zmianach ciepłoty przy wystąpieniu zropienia w stawach jako najlepszym środku rozpoznawczym.“

4) Braune (z Lipska) „O przemiejscowieniu pęcherza moczowego podczas badania przez odbytnicę sposobem Simona.“

Czwartego i ostatniego dnia w sobotę 13 b. m. odbyło się ranne posiedzenie w klinice Bardelebena.

Pierwszy mówił Mosengeil (z Bonn) o przeciwnych oprawach stałych (*antiseptische Contentiv-Verbände*)

Następnie okazał Lütke (z Strassburga) kilka kawałków mięśni odumarłych wskutek narwania bez uszkodzenia skóry.

Po nim powiedział Koch (z Berlina) kilka słów o przerzutowym odumarciu (*embolische Necrosis*) kości.

Pauly (z Poznania) mówił o operacji doszczętniej przepuklin, i okazał przy tej sposobności wycięty worek przepuklinowy.

Schneider (z Królewca) opowiedział przypadek zranienia postrzałowego przeszywającego płuco lewe, w którym wypilował kawały z 5 żeber górnych i obojczyka z dobrym skutkiem. Dalej okazał preparaty po wyluszczeniu stopy podług Choparta.

Beely (z Królewca) pokazał oprawę z leszczot konopnych nagipsowanych (*Gyps-Hanfsciennen*) mającą zastąpić niektóre skomplikowane przyrządy ortopedyczne.

Rydygier (z Jeny) przedłożył 2 miednice i kilka fotografii z asymetrią kości krzyżowej, wskazując na tę przyczynę zбочenia (stosu pacierzowego (*scoliosis*)) dotychczas nie dość uwzględnioną.

Gussenbauer (z Leodyjum) opisał przypadek wycięcia kawałka jelita grubego ze zejściem śmiertelnym; dalej ostateczny wynik przed rokiem zalecanęj przez siebie stomatoplastyki.

Madelung okazał odlewy gipsowe tak zwanego zwichnięcia dobrowolnego ręki i mówił o jego istocie i sposobie powstawania.

Na posiedzeniu popołudniowym podali:

1) W. Koch „Przyczynek do nauki o nerwicach stawowych.“

2) Adelmann (z Berlina) „Przyczynek do historii zupełnego wyluszczenia łopatki.“

3) Czerny „O rozcięciu brzucha (*laparotomia*) wykonanem z zastosowaniem oprawy Listrowej.“

4) Passavant (z Frankfurtu n. M.) „O polepszeniu wymowy po wykonanej uranoplastyce.“ Zalecał guziki kauczukowe mające się włożyć w otwór pozostawiony na granicy pomiędzy twarde a miękkie podniebienie, żeby zapobiedz skróceniu miękkiego podniebienia, wskutek czego właśnie powstaje głos nosowy.

W końcu zawiadomił Langenbeck zebranych, że kasa Towarzystwa posiada 15000 marek, a Cesarzowa gotowa przeznaczyć znaczny dar na zakupienie własnego domu dla Towarzystwa. Na tém zamknął VII Zjazd żegnając zebranych.

Listy z Wiednia.

III.

(Poliklinika — Uchwały stowarzyszeń lek. w sprawie honorarium lekarskiego. — Nowy szpital w Wiedniu i nowe przytulisko krajowe. —

W sprawie wydziału lekarskiego na Uniwersytecie lwowskim. — Sprawy osobowe).

Donosiliśmy, że sprawa polikliniki zalega w ministerstwie oświaty. Blisko od roku zasięga minister informacy i zdania tak ciał lekarskich jak i znanych w świecie powag. Wiadomo, że wydział lekarski na wniosek Billrotha uchwalił, że poliklinika, tam gdzie na klinikach uniwersyteckich się ndziela ubogiej ludności bezpłatnie rady lekarskiej, jest zbyt, jako zakład naukowy niedostateczną, a pod względem zdrowotnym szkodliwą. Dumreicher w swojej broszurze uskarża się, że materyjal klinik z powodu „przedsiębiorczych“ poliklinicystów ze szkodą klinik jako szkół lekarskich znacznie się pomniejsza. Komisja sanitarna rady miejskiej oświadczyła, że poliklinikę należałoby zreformować, tak samo orzekły rady sanitarne, krajowa i najwyższa. Namiestnictwo wreszcie oświadczyło, że należałoby przedsięwziąć rewizyję statutu polikliniki, ponieważ ona tak pod względem wewnętrznego urządzenia jak i działalności lekarskiej potrzebuje reformy. Orzeczenie to opiera się na badaniach policyi, o których donosiliśmy.

Z drugiej strony zarząd polikliniki skrzętne robi zabiegi, aby podnieść zakład, tak pod względem materyjalnym, jak i naukowym. Trudno jednak zaprzeczyć, że środki, których używają w celu dopięcia powyższego celu, przekraczały czasami granice, które odpowiadają nauce i celowi, jakiemu służyć powinna poliklinika. Z początkiem b. r. wysłał zarząd

zakładu tak do prywatnych jak i do zakładów finansowych, które z nadwyżki dochodów corocznie pewną kwotę przeznaczają na cele dobroczynne, listy z prośbą o wsparcie, w których podnoszą zasługi polikliniki i odpierają zarzuty ze strony ciał lekarskich teje poczynione. W tych listach znajduje się ustęp, który twierdzi, iż dyrekcja policyi nie znalazła nic, coby na nią obowiązek wystąpienia przeciwko poliklinice lub jej lekarzom wkładało. Za sprawą redaktora jednego z pism lekarskich przeciwnych poliklinice wykazało się wreszcie, iż to twierdzenie mija się z prawdą, a sam prezydent policyi oświadczył pisemnie, iż powyższe oświadczenie lekarzy polikliniki „nie zgadza się z rzeczywistością.“ W każdym jednak razie, tak ten jak i inne podobne środki i zabiegi, które przeciwnicy polikliniki nazywają reklamą na wielką stopę rządzoną, ze stanowiska zakładu odniosły skutek pożądany. Dość hojne posypały się datki. Wspominamy tylko, iż kasa oszczędności ofiarowała 2000 zlr., Cesarz 200 zlr., a zeszłego tygodnia udzieliło nawet ministerstwo oświaty z funduszu przeznaczonego na wsparcie zakładów prywatnych mających cel naukowy na rok 1878, 500 zlr. na rzecz polikliniki. Udzielenie tej kwoty ze strony ministerstwa ma takie znaczenie, iż się tamże w zasadzie na to zgodzono, aby poliklinika nadal istniała. Niewątpliwie jednak przyjdzie do reformy i to zapewne przy sposobności rewizyi statutu, której ze wszystkich stron przyjaciele instytucji doradzają.

W obce takiego zapatrywania ministerstwa ciekawym jest reskrypt pruskiego ministra oświecenia publicznego i spraw lekarskich Dr. Falka w sprawie bardzo pokrewnej. Berlińskie stowarzyszenie docentów wydz. lekarskiego zażądało od ministra, aby docentom pozwolono w granicach *veniae legendi* otworzyć prywatne kliniczne zakłady (rodzaj polikliniki wiedeńskiej). Zażądano orzeczenia wydziału lek., który oświadczył, iż z wolności nauczania, do której się docenci odwoływali, nie wynika, aby należało zadość uczynić ich życzenia. „Jeżeliby,“ wypowiada orzeczenie podpisane przez Du Bois Reymonda i Virchowa, „uniwersytet prywatne zakłady docentów znał i popierał, a chociażby tylko młodzieży polecił, powstałby rodzaj nowego wydziału z niedostateczną kontrolą publiczną bez wpływu dostatecznego na urządzenie i sposób uczenia ze strony senatu akademickiego.“ Minister Falk przychylił się do orzeczenia wydziału, co tutaj w piśmiech lekarskich przeciwnych poliklinice wywołało uwielbienie; stronnictwo polikliniki zaś wskazuje na Austryję jako na państwo, w którym istotnie wolność nauki i nauczanie istnieje.

W stowarzyszeniach lekarzy od jesieni z. r. rozstrząsają z wielkim zajęciem sprawę honoraryjum. Wiadomo każdemu lekarzowi, iż zazwyczaj lekarze są dość wzięci i udzielają dość często rady lekarskiej, że jednak publiczność nie rzadko o honoraryjum zapomina. Otóż w kolegium doktorów medycyny przyjęto na wniosek Dra Lederera następujące uchwały: 1. Dotychczasowe niedobrowolne udzielanie kredytu ze strony lekarzy, w skutek czego publiczność mieniła się w prawie nieplacenia przez dłuższy czas lekarzowi, ustaje. 2. Za usługi lekarskie należy bezzwłocznie płacić. 3. Jeżeli zaś stronom stósowanie się do tej zasady jest niedogodnym lub udzielenie kredytu jest pożądanym, stać się to tylko może za poprzednim porozumieniem z lekarzem i oznaczeniem dnia zapłaty. Zdaje się, że przeprowadzenie tej uchwały mogłoby poniekąd zaradzić przykreemu położeniu, w jakim się znaczna część lekarzy znajduje; chodzi tu wreszcie tylko o przeprowadzenie uznanej przez świat zasady, że każdej pracy należy się odpowiednie wynagrodzenie.

Przeciwko nadużyciom ze strony publiczności skierowaną jest także „*Standesordnung*“ Izby lekarskiej okręgu rządowego Wiesbadeńskiego, którą w zeszłym miesiącu uchwalono, a w której bardzo wiele sprawiedliwych i trafnych znaleźliśmy uwag.

Tutaj stanie w b. r. nowy szpital, który nosić będzie nazwę szpitala arcyksiężniczki Zofii. Komitet szpitala zostaje pod protektorem arcyksięcia Karola Ludwika. Dotąd zebrano na ten cel 50.000 zlr. Kwota ta powiększyła się teraz o 300.000 z zapisu Ludwika Kenyon, znanej ze swojej dobroczynności obywatelki. Szpital stanie na przedmieściu *Neubau, Kaiserstrasse*, na gruncie, na którym stał dom testatorki. W przyszłym roku stanie tu także nowe przytulisko krajowe, w części kosztem gminy, w części kosztem kraju zbudowane.

Podeczas obrad nad budżetem uczynił w kole polskim Rady państwa poseł Hausner wniosek, aby celem uzupełnienia Uniwersytetu lwowskiego wydziałem lekarskim, jeden z posłów zabrał imieniem koła głos i upominał się o utworzenie tego wydziału we Lwowie. Koło jednak uważało za stósowne, zapewne mając na względzie i tak bardzo wrogą nam usposobioną większość parlamentarną i jej przewodzcę w sprawach naukowych prof. Suessa, przejść nad wnioskiem Hausnera do porządku dziennego. W skutek tej uchwały na zgromadzeniu pełnym o tej sprawie nowy nie było.

Na Uniwersytecie tutejszym w ubiegłym miesiącu zyskał p. Adolf Dietzins z Jarosławia stopień doktora w. n. l.

Wiedeń 20 kwietnia 1878.

Dr. E. Machek.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 25 kwietnia. Przy rozprawach ostatecznych w tutejszym Sądzie krajowym przeprowadzanych niewątpliwie sposobność przekonania się, z jak wielką łatwością ludzie noszący się z zamiarem popełnienia zbrodni otrzymują w miasteczkach galicyjskich różnego rodzaju trucizny, i to nie tylko ługi i kwasy mineralne, ale nawet i arsenik biały. Za parę centów usłużny kupeczyk dostarcza dawki arszeniku, mającego niby służyć do trucia szczurów, a w rzeczy samej przeznaczonego do zgładzenia bydła a nawet i ludzi. Zazwyczaj śledztwo dociera do źródła śmiercią darzącego, czasem arsenik ukazuje się jako zbytek pozostały po nieznanym właścicielu w jakiejś starej szafie itd., ale zawsze wynika z dochodzenia, że kto arszeniku potrzebuje, znajdzie go w krótkim czasie i bez wielkiego zachodu. Że weale nie lepiej ma się rzecz w odleglejszych powiatach kraju naszego, dowiadujemy się z listu jednego z kolegów i współpracowników naszych, który utyskuje, że „w żadnym miasteczku nie dostanie z taką łatwością arszeniku, jest on w każdym sklepie do nabycia.“ A przecież obowiązujące w tej mierze rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych i handlu z d. 21 kwietnia 1876 r. (dz. p. p. Nr. 60) jest nadzwyczaj jasne a pomiędzy truciznami wylicza na pierwszym miejscu arsen i wszystkie połączenia arsenowe, co większa, nawet co do ługi i kwasów mineralnych czyni (w §§. 15, 12 i 13) ważne zastrzeżenia; nadto ustawa karna (§§. 361—370) wyszczególnia kary za nieprawne sprzedawanie trucizn lub nieprzestrzeżenie przepisów obowiązujących. Czyż więc na podstawie tych przepisów nie należałoby wreszcie wykorzeniec nadużycie, które się tak dalece rozwieliło? Z naszej strony poczuwamy się do obowiązku zwrócenia uwagi władz na to nadużycie, skoro ono nie ogranicza się już do faktów wyjątkowych.

Przy tej sposobności nie możemy atoli przemilczeć, że chcący popełnić zbrodnię ma sposobność zaopatrzenia się w truciznę i w miastach większych, w sposób nie budzący żadnego podejrzenia. Przed kilku laty niewiasta usiłowała tu odebrać sobie życie za pomocą morfinu, a posiadała go podostatkiem, gdy na podstawie przepisu lekarskiego kilkakrotnie po jednym ziarnie brała go z apteki, nie zażywszy weale dawek poszczególnych. W spra-

wie pani Simmère we Wiedniu okazało się niedawno, że kobieta ta szafowała szczerze atropiną, otrzymywaną z apteki również kilkakrotnie na mocy przepisu lekarskiego niby dla dziecka epileptycznego. Czyżby temu i innym jeszcze nadużyciom nie dało się skutecznie zapobiedz, gdyby lekarze zgodzili się pomiędzy sobą i z aptekarzami, aby pewne środki lekarskie wydawano ponownie tylko wtedy, jeżeli recepta opatrzona zostaje klauzulą: *repetatur!* a w pewnych razach lekarz mógłby nawet z góry przepis swój opatrzeć w klauzulę: *ne repetatur!* Kwestyję tę, naszym zdaniem nader ważną a już w roku przeszłym w Przegl. Lek. przez nas poruszoną, poddajemy pod ocenę zwłaszcza towarzyszów lekarskich, w mniemaniu, że ona zasługuje na to, aby dojrzałe roztrąsaną została.

Wreszcie wypadaloby, aby pp. aptekarze nie wydawali bez przepisu lekarskiego środków wymiotnych itp. leków, bo i w ten sposób złoczyńca może powoli zaopatrzyć się w środek trujący, jak niemniej, aby nie wydawali kwasów mineralnych zwłaszcza dzieciom i wyrostkom, bo i takie przypadki się zdarzają.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 15 (od 7 do 13 kwietnia włącznie) umarło w Krakowie osób 44; 25 mężczyzn i 19 kobiet; 27 osób w obwodach i 17 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnej ludności wynosiła 41,6; we Lwowie 38,4; w Warszawie 40,1; we Wiedniu 36,8; w Budapeszcie 49,8; w Pradze 50,8; w Tryjeście 36,6; w Bazylei 30,4; w Brukseli 28,7; w Paryżu 29,1; w Londynie 27,6; w Kopenhadze 23,4; w Chrystyjani 24,7; w Petersburgu 59,9; w Odesie 37,3; w Wenecyi 38,9; w Bukareszcie 51,8; w Aleksandryi 31,4; w Królewcu 40,6; w Gdańsku 31,2; w Berlinie 28,1; w Poznaniu 24,5; w Monachium 40,8; W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 5, mianowicie: z ospy 1 osoba nieszczepiona, z duru brzuszkiego 1, z duru powrotnego 2, z posocznicy 1.

* **Paryż.** Miejsce Klandyjusza Bernarda w *Collège de France* zajmie najprawdopodobniej Charcot, a w *Muséum d'histoire naturelle* zastępować go będzie jeden z jego uczniów, Gréhant.

* **Mianowania.** Dr. Roloff zamianowany został dyrektorem szkoły weterynarzy w Berlinie. — Docent prywatny Dr. F. A. Falck w Kielu prof. nadzw.

* **Nekrologia.** Mamy smutny obowiązek zapisania zgonu dwóch Krakowian i wychowauć szkoły krakowskiej, którzy w kwiecie wieku, aczkolwiek na różnych stanowiskach, legli wśród zajęcia swego zawodowego. W Siedleach w król. Polskiem umarł Dr. Stefan Strzelbicki, który przed 20tu mniej więcej laty ukończywszy w Krakowie nauki lekarskie kształcił się i za granicą, zanim osiadł w Królestwie. W Pograniczu zaś wojskowym umarł lekarz półkowy Dr. Mohr, syn tutejszego fizyka miasta.

W armii rosyjskiej zmarli: Dr. Jewecki i Dr. Lisowski w Jassach, Dr. Sobieszczański w Zofi, Drowie Faworski, Suchocki, Iwaszkiewicz i Moszyński na Kaukazie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę 1 maja rb. o godzinie 5tej po południu w **sali wykładowej kliniki okulistycznej** posiedzenie zwykłe, na którym 1) kol. Bylicki opowie ważny przypadek operacyjny a 2) kol. Ponikło okaże i objaśni wyrób anatomiczno-patologiczny.

Dla prenumeratorów w Państwie austriackim dołącza się do Nru bieżącego *Vademecum* dla podróżujących do zakładu zdrojowego w Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Jod i brom zawierająca

SOLANKA GOCZAŁKOWICE pod PSZCZYNEM

w Górnym Szląsku

Otwarcie 15 Maja r. b.

Kąpiele wannowe, nasiadowe natryskowe i natryski z solanki jakoteż wszelkie obce wody i żentyca.

Lekarze kąpielowi: Fizyk obwodowy Rada zdrowia Dr. Babel i Dr. Kratzert.

Zamówienia na mieszkania, na sól, na zgęszczoną solankę jak również na **mydło goczałkowickie** przyjmuje

Zarząd kąpielowy.

ASTMY

Duszość, chrypka, katary zardawione i wszelkie cierpienia kanałów oddechowych ustępują po użyciu Rurek **antiatmatycznych** p. Levasseura, 23. rue de la Monnaie w Paryżu.

Dostać można w składach materiałów aptecznych P. Gallego i J. Mrozowskiego ulica Miodowa w Warszawie; w Krakowie w aptece p. J. Trauczyńskiego; we Lwowie w aptece p. Mikolascha; w Brodach w aptece p. Kullaka.

NEWRALGIE

wszelkie cierpienia nerwowe każdej chwili ustępują po użyciu pigulek antinewralgicznych Dra CRO-NIER. Skład w Paryżu w aptece p. Levasseur, rue de la Monnaie 23.

MATTONIEGO

GIESSHÜBELSKA

najczystsza alkaliczna szczawa

najgoręcej zalecana tak w chorobach narządu oddechowego i trawienia jak i za napój we wszystkich porach dnia.

HENRYK MATTONI w Karlsbadzie.

Skład w Krakowie u P. J. Wentzla.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY PRIESSNITZTHAL

pod Wiedniem.

Otwarcie 20 Kwietnia.

Bliższych wiadomości Szanownym Kolegom chętnie udziela lekarz zakładowy.

Dr. Maks. Gumplowicz
w Wiedniu I. Kohlmarkt 26.

Dr. Ed. NAGEL

z Wiednia

będzie jak od lat wielu tak i w tej porze kąpielowej spełniał obowiązki lekarza kąpielowego

w **Trenczyńskich Cieplicach**

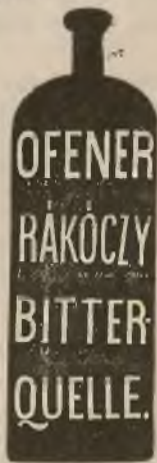
ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Gräfenberg

na Szląsku austriackim.

Mój nowy dom leczniczy „Annahof“ posiada 60 pięknie umeblowanych pokoi, wykwinnie urządzonej jadalni i wielką ku południowi zwróconą otwartą werandę. Łazienki i natryski odpowiadają wszelkim nowoczesnym wymogom.

Lekarz kąpielowy Dr. Anjel (mówi po polsku) mieszka w tymże domu. Najbliższa stacyja kolei o 2 mile odległa, Ziegenhals. **Neugebauer.**



WODA
GORZKA

BUDZIŃSKA RAKOCZEGO

wyszczególniona przez J. Ces. Mość
Cesarza austriyac. Króla węgierskiego.

Uznana przez Król. węg. Akademię krajową za najzasobniejszą w sole rzezywiście skuteczne i za najdzietniejszą ze wszystkich dotąd znanych wód gorzkich świata a zdaniem najpierszych powag krajowych i zagranicznych używa się jej z najlepszym skutkiem: w chorobach brzusznych powstałych przez zastoiny w wątrobie i śledzionie i przez zastoiny w systemie żyły brzusznej w cierpieniach hemoroidalnych i w żółtaczce w cierpieniach powstałych przez nawały krwi, w gorączkach, dnie, długotrwałych wyrzutach skórnych itd. w lżejszych stopniach żółtów i w chorobach narządu płciowego u kobiet powstałych przez nwykowe zaparcie stolca.

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.
Składy wszędzie się urząda.

Właściciele Bracia Loser w Buda-Peszeie.

Dr. WINTERNITZA

Zakład wodoleczniczy Kaltenleutgeben

o milę od Wiednia, 1/2 mili od stacyi kolei połud. Liesing.

Przyjmuje chorych przez cały rok

Lekarz naczelny ces. Radea Dr. Wilhelm Winternitz.

Rad i wiadomości zasięgnąć można w Kaltenleutgeben i w Wiedniu I. Mollerbastei 8. Prospekta na żądanie franco.

Vin de Bugeaud

Toni-Nutritif

Au Quinquina et au Cacao combinés

Trudność, z jaką żołądek znosi przetwory chinu, i w ogóle substancje gorzkie, nieraz wprowadzała w kłopot lekarzy praktycznych. Lecz od czasu wprowadzenia między środki lecznicze połączenia zwanego:

WINEM ŚCIAGAJĄCO-ODŻYWCZEM BUGEAUD'A,

w którym Kakao połączone z chiną dla złagodzenia własności ściągających, — trudność ta już więcej nie istnieje.

Zwracamy szczególnie uwagę ciał lekarskich na ten szacowny środek leczniczy, który od 20 dopiero lat zalecany z wybornym skutkiem przez najznakomitszych lekarzy, sprowadza najlepsze skutki we wszystkich przypadkach, w których wskazane są środki ściągające i wzmacniające razem, — a szczególnie w następujących chorobach: w niedokrewności, w cierpieniach nerwowych, uptywach, w przewłocznej biegunce, w osłabieniu płciowem, przekrwieniach biernych, w gnilcu, w żółtach etc. Przetwór tego wina na podstawie wina hiszpańskiego, wymaga dla rozczywu Kakao, istot szczególnych, jakie się nie znajdują w lekowniach; potrzeba zatem dla zapewnienia się o pochodzeniu tego leku, zapisywać go pod nazwą:

« WINA ŚCIAGAJĄCO-ODŻYWCZEGO BUGEAUD'A ».

Wyjątkowa wziętość, jakiej nabyło wino ściągająco-odżywcze Bugeaud'a u lekarzy wszystkich krajów, obudziło chęć niektórych przemysłowców. Wypada zatem wystrzegać się podrobienia i naśladownictwa od niektórych niesumiennych pośredników.

SKŁAD GŁÓWNY: w Krakowie, w aptekach PP. J. Trauczyńskiego i Redyka; we Lwowie, w aptece P. Mikolascha; w Warszawie, w składach materyałów aptecznych PP. Ferd. Aug. Gallego i Lud. Spiessa i w aptece P. Lilpopy; w Wilnie, w aptece P. Chrościckiego; w Kijowie, w aptece PP. Marciniczyk braci; w Poznaniu, w aptece P. doktora Mankiewicza.

Należy podać rękę szczęściu!

375,000 marek

czyli 218,750 złr. M. Połuda.

jako główna wygrana w najkorzystniejszym razie na najnowszą wielką loteryi odbyć się mającej za dozwoleniem i ręką mią wysokiego Rządu.

Korzystnie urządzonym jest nowy plan w ten sposób, że w ciągu kilku miesięcy w 7 ciągnięciach niezawodnie rozlosowanych zostanie 49,600 wygranych między którymi znajduje się główna wygrana wględnie 375,000 mk. czyli złr. 218,750 M. Połuda, w szczególności zaś

Wygr.	marek	Wygr.	marek
1	250,000,	1	12,000
1	125,000,	23	10,000
1	80,000,	4	8,000
1	60,000,	31	5,000
1	50,000,	71	4,000
2	40,000,	209	2,400
1	36,000,	112	1,200
3	30,000,	621	500
1	25,000,	700	250
5	20,000,	28,015	135
6	15,000		it. d.

Ciągnięcia odbywają się według planu urzędownie ustanowionego.

Do najbliższego pierwszego ciągnięcia tej wielkiej przez Państwo poręczonej loteryi pieniężnej kosztuje

1 cały los oryginalny tylko 6 mk. czyli 3 1/2 Zlr.
1 połowa losu oryg. 3 mk. „ 1 3/4 „
1 ćwiartka „ „ 1 1/2 mk. „ 90 kr.

Wszelkie zlecenia wykonane zostaną natychmiast z największą troskliwością za nadesłaniem gotówki, przekazu pocztowego, lub za pobraniem pocztowem należności, a każdy otrzyma od nas herbem państwa opatrzony los oryginalny do rąk.

Do zamówień dołączymy potrzebne plany urzędowe gratis, a po każdym ciągnięciu każdemu interesantowi prześlemy bez żądania wykazy urzędowe.

Wypłata wygranych nastąpi zawsze zaraz pod ręką państwa, a możemy ją przesłać albo wprost, albo na żądanie interesantów za pośrednictwem naszych stosunków po wszystkich większych miejscowościach Austrii.

Naszemu zakładowi sprzyja zawsze szczęście i już nieraz mieliśmy przyjemność między wielu innymi znacznymi wygranami wypłacić główne wygrane wprost naszym interesantom.

Prawdopodobnie niezawodnie liczyć można przy takim przedsięwzięciu na pewną podstawę opartem na nader żywy udział, prosimy więc abysmy mogli zadość uczynić wszelkim zamówieniom o nadesłanie zleceń w jak najkrótszym czasie a na wszelki przypadek przed 15 Maja r. b.

Kaufmann & Simon

Kantor bankowy i wymiany
w Hamburgu.

Zakup i sprzedaż wszelkich rodzajów obligów państwa, akcyj kolejowych i losów po życzkowych.

PS. Dziękujemy niniejszemu za zaufanie jakim nas dotąd obdarzano a zapraszając przy rozpoczęciu nowego losowania do udziału starać się będziemy i nadal przez zawsze szybką i rzetelną usługę pozyskać sobie zupełnie zadowolenie naszych szanownych interesantów.
Wyżej podpisani

Nie wielka liczba roczników kompletnych

PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO

z lat 1873, 1874, 1875 1875 1876 i 1877

jest do pozbycia w Administracyi
Przeglądu Lekarskiego.