

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. T. Dunin Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucnej, oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej. — II. J. Minkiewicz. Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrzędu wzrokowego. (Dalszy ciąg). — W sprawie asystentów szpitalnych. — *Dział sprawozdawczy.* 51. Filehne. O nowych środkach, obniżających w gorączce ciepłotę ciała. — Miscelanea. — Od Redakcyi. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek— Ogłoszenia.

## I. Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucnej, oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej.

Podał

**D-r med. Teodor Dunin**

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem).

(Dokończenie — Patrz Nr. 47).

Historyja zastosowania lewara jest bardzo niedługa; jeszcze w 1851 r. stosował go C z e r m a k z dobrym skutkiem, lecz nie znalazł naśladowców. Dopiero w 1877 r. wprowadził go napowrót w użycie G i r g e n s o h n, a w 1879 r. H a m p e l n <sup>1)</sup>, obaj w Rydze. Właściwie jednak najwięcej przyczynił się do jego rozpowszechnienia R i e s e l <sup>2)</sup>, który jego zasady i wyższość bardzo dokładnie objaśnił. Dalej pisali o nim w chronologicznym porządku idąc: ja <sup>3)</sup> (1880 r.), G o l t d a m e r <sup>4)</sup> (1881 r.), S c h m i d t <sup>5)</sup> (1882 r.) i F i e d l e r <sup>6)</sup> (1882).

Tym sposobem, Szanowni Panowie, skończyłem z lewarem i przechodzę do drugiej części mojego odczytu, a mianowicie do leczenia ropnych wysięków opłucnej. Jeżeli, Szanowni Panowie, co do pożyteczności czynnej interwencji w surowicznych wysiękach mogą jeszcze być zdania podzielone, to sędzę, że nie ma już dziś racjonalnego lekarza, któryby chciał leczyć konserwatywnie ropne wysięki. Lecz i tego mało, nietylko wyczekujące leczenie, ale nawet proste przekłócie nie prowadzi tu do żadnego rezultatu; ropne zapalenie opłucnej, Panowie, jest ropniem i jako taki leczone być winno. A więc należy dać ropie swobo-

<sup>1)</sup> l. c.

<sup>2)</sup> l. c.

<sup>3)</sup> l. c.

<sup>4)</sup> Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 47. 1881 r..

<sup>5)</sup> l. c.

<sup>6)</sup> Ueber die Punktion der Pleurahöhle und des Herzbeutels w Volkmann'a odczytach. N. 215.

dny odpływ i leczyć ranę antyseptycznie i nigdzie może ściśle przeprowadzone antyseptyczne leczenie nie zmieniło tak do gruntu statystyki śmiertelności, jak w ropnem zapaleniu opłucnej. Ale rzeczywiście nie wszystkie ropne zapalenia opłucnej w jednaki leczymy sposób. I tak, kiedy przy świeżych wysiękach wystarczy proste przecięcie, przy starszych należy robić wycięcie części jednego lub kilku żeber, a przy bardzo długotrwałych, połączonych ze znacznym uciskiem płuca, to wszystko nie prowadzi do celu i należy, jak to w najnowszym czasie zrobił *Schede*<sup>1)</sup>, wycinać część całej ścianki klatki piersiowej i łączyć wprost skórę z opłucną trzewiową. Bądź jak bądź w świeżych przypadkach wystarczy proste przecięcie, z warunkiem, aby antyseptyczne leczenie przeprowadzone było z całą ścisłością; stanowi zaś to warunek do tego stopnia *sine qua non*, że w ostatnich czasach *Göschel*, *König*, *Wagner*<sup>2)</sup> i *Hampeln*<sup>3)</sup> nie przemywiają wcale klatki piersiowej, a wprost wypuszczają ropę, wprowadzają dren i nakładają opatrunek *Lister'a*, aby tylko jak najmniej dać sposobności zetknięcia się ropy z pasorzytami. To ostatnie, t. j. zapobieżenie zetknięcia się ropy z pasorzytami powietrza, jak to Szanowni Panowie wiecie, stanowi przecie główną istotę antyseptycznego leczenia ran. Nie szukając gdzieindziej przykładów, jako dowód szkodliwości podobnego zetknięcia wezmę ropne zapalenie opłucnej; chory miesiące chodzi z ropniem w opłucnej, a ropa pomimo to nie ulega sposoczeniu. Dość jednak przeciąć opłucne i niedbale opatrywać ranę, a w 2 dni ropa stanie się śmierzącą, a w tydzień chory umrze na jaknajgwałtowniejszą posocznicę. Tak więc Panowie, jeszcze raz powtarzam, zasadą leczenia ropnego zapalenia opłucnej być winno, abyśmy dali ropie odpływ i zapobiegali zetknięciu się powierzchni ropiejącej z atmosferą. Z tej podwójnej zasady wychodząc, starałem się wynaleźć przy-

1) Cytowano u *Wagnera*. *Das Empyem und seine Behandlung*, w zbiorze *Volkmanu'a*. Nr. 197.

2) l. c.

3) *Die Heilung des Empyems*. (*Zeitschrift f. klin. Med.* T. IV. Z. 1 i 2).

## W SPRAWIE ASYSTENTÓW SZPITALNYCH.

W N-rze 38 „*Medycyny*“ prof. *Kosiński*, wychodząc z zasady, że w mieście naszym mało jest chirurgów, proponuje ustanowienie przy oddziałach chirurgicznych posad lekarzy, którzyby, otrzymując mieszkanie i całodzienne utrzymanie, mogli się kształcić w chirurgii i w danym razie zastępować nieobecnego ordynatora. Myśl w zasadzie niezmiernie słuszna, szkoda tylko, że prof. *Kosiński* rozwinął ją częściowo, niedostatecznie, że tak powiem, egoistycznie, szkoda tem bardziej, że odnośna władza, idąc za głosem tyle znanego specjalisty, zamiast gruntownej reformy, dać nam może tylko półśrodek, którym długo znów zadawałać się będziemy zmuszeni.

Na innem miejscu starano się wykazać prof. *Kosińskiemu*, że w mieście naszym uzdolnionych nie brak jest chirurgów. Chętnie w to wierzymy, tem bardziej, że śledząc zarówno za naszą literaturą lekarską, jak i za posiedzeniami *Towarz. Lekarskiego*, najczęściej spotykaliśmy się z pracami chirurgów, choć liczba ich jest o wiele mniejsza od liczby lekarzy innych specjalności. Nie

rząd, mogący zastąpić przecięcie opłucnej, a dający jednocześnie odpływ ropie i nie pozwalający na dostanie się powietrza do jamy opłucnej. W tym celu poleciłem przyrządzić trójgraniec zakończony kranikiem; długość trójgrańca jest taka, aby po wetknięciu do klatki piersiowej takowy tylko bardzo nieznacznie wystawał poza ściankę i tym sposobem o ile możności jak najmniej stykał się z płucem. Prócz tego kazałem zrobić trójgraniec P o t a i n'a, t. j. z boczną rurką i kranikiem w górnej, o wiele dłuższy od pierwszego. Grubość jego jest taka, że rurka jego wprowadzona w pierwszą styka się z nią zupełnie szczelnie. Jednem słowem mamy dwa trójgrańce, z których cieńszy wchodzi szczelnie w grubszy. Przy operacji postępować należy w następujący sposób: grubszy trójgraniec wpycham do opłucnej, wyjmuję sztylet i zamykam za nim kranik, tak, aby powietrze nie dostało się do opłucnej. Rurkę tę pozostawiam *à demeure* w klatce piersiowej i w tym celu poza kranikiem znajduje się tarcza, jak w rurkach tracheotomicznych, oraz dwa uszka, do których przywiązuje się tasiemka, służąca do przymocowania rurki do klatki piersiowej. Dla przytwierdzenia najlepiej jest użyć dość szerokiej elastycznej taśmy, opasującej całą klatkę piersiową; do jej końców przytwierdza się długie tasiemki, które przewlec należy przez uszka w rurce i zawiązać z tyłu klatki piersiowej. Tym sposobem unika się ucisku przez węzły tasiemek, a elastyczna taśma należycie utrzymuje rurkę. Przytwierdziwszy rurkę, którą oznaczamy lit. (a), biorę drugi trójgraniec (b), wkładam tępy sztylet do rurki (b) i wprowadzam go do pierwszej rurki (a), otwieram kranik (rurki a), wprowadzam dalej do klatki piersiowej trójgraniec (b), wyjmuję przepychadło, zamykam kranik (rurki b) i mam tym sposobem wprowadzoną długą rurkę, przez którą mogę wypuścić ropę. Tę drugą rurkę (b) należy wpięrow połączyć z aparatem ssącym, albo jeszcze lepiej z lewarem i mogę opróżnić, lub przepłukać swobodnie jamę opłucnej. Po skończeniu rękoczynu wyjmuję rurkę (b), zamykam ostrożnie kranik (b) i tym sposobem powietrze nie dostaje się wcale do opłucnej. Wreszcie koniec rurki (a), pozostającej w opłucnej, zamykam przykrywką śrubową. Na wierzch kładę

---

zmienia to jednak kwestyi do gruntu; jeżeli mamy dość chirurgów w Warszawie, to natomiast prowincya nie ma ich wcale. Nie stanowią tu zresztą chirurgowie wyjątku; w każdej specjalności brak nam odpowiednio wykształconych lekarzy i to już nie na prowincyi, ale nawet w Warszawie. Że tak jest, każdy wie i moralnie o tem jest przekonany; że tak jest, świadczy o tem stosunkowo mały ruch umysłowy pomimo 400 lekarzy w Warszawie; że tak jest, świadczą choćby np. ciągle niepomysłne rezultaty konkursów na syfilidologów. Muszą więc być jakieś braki w wykształceniu u nas lekarzy. Ale jakie?

Zacznijmy od początku. Słabe strony naszego Uniwersytetu w ogólności a klinik w szczególności znane są wszystkim i powtarzać ich tu nie mamy potrzeby; każdemu też wiadomo, że brak klinik dla chorób kobiecych, dzieci, ocznych, nerwowych i krtaniowych, (tych ostatnich nawet teoria nie jest wykładana), musi wpłynąć ujemnie na wykształcenie młodzieży lekarskiej. Z drugiej jednak strony pracowitość naszej uniwersyteckiej młodzieży i tak ułatwiony dostęp do chorych, jak tego przynajmniej na niemieckich klinikach nigdzie nie ma, sprawiają, że młody lekarz, kończący u nas studia, nie stoi przecięciowo niżej od lekarza francuzkiego lub niemieckiego, który dopiero co opuścił Uniwersytet. Nie tu więc szukać należy przyczyny złego. Zresztą Uniwersytet, choćby

gazę karbolową i gruby pokład waty tak, aby w razie potrzeby chory mógł nawet na tym boku się położyć. Wreszcie dla utrzymania ściślejszej antyseptyki można trójgrańcem przed wbiciem go w klatkę piersiową przebić kawałek protektywy, którą przy każdym opatrunku należy zmoczyć roztworem kwasu karbolowego. Oczywiście przy tym sposobie leczenia ropa nie ma ciągłego odpływu, można ją jednak dowoli wyprowadzać nawet kilka razy dziennie bez sprawienia bólu choremu i bez obawy wprowadzenia powietrza do jamy opłucnej. Ten więc sposób, przezemnie podany, czyni zadość dwom wyżej wymienionym kardynalnym warunkom, t. j. dajeroście swobodny odpływ i robi leczenie antyseptycznem *par excellence*. Główny zarzut, jaki temu sposobowi zrobić można, jest ten, że zapomocą podanego przyrządu nie zdołamy dokładnie oczyścić jamy opłucnej od włóknika. Zarzut to, Panowie, z wielu względów jedynie pozorny. A najprzód małe kawałki włóknika przejdą łatwo przez moją rurkę; po drugie, włóknik sam przez się nie jest tak szkodliwy; istotnie w surowicznych wysiękach nie brakuje go nigdy, a jednak nie przeszkadza on zupełnemu wyleczeniu. Nie włóknik, Panowie, jest szkodliwy, ale jego rozkład. To też w przypadkach posokowatego zapalenia opłucnej należy go o ile możności oddalić, i tam, być może, przyrząd mój okaże się niewystarczającym. Że tak jest, dowodzą tego spostrzeżenia K ö n i g'a, W a g n e r'a, H a m p e l'n'a, którzy nie przestrzykują wcale jamy opłucnej i tylko opatrują ranę antyseptycznie, a jednak otrzymują wyniki lepsze, aniżeli przy systematycznym wymywaniu opłucnej. Zresztą, Szanowni Panowie, zarzut ten upada przez to, że w świeżych ropnych wysiękach włóknika wcale nie ma. Fakt ten znany jest lepiej anatomo-patologom aniżeli chirurgom, którzy zwykle mają do czynienia z zadawnionymi przypadkami otoku ropnego; istotnie, kto miał sposobność badania wielu ropnych wysięków opłucnej, ten wie, że w świeżych przypadkach, jak to np. się dzieje po chorobach zakaźnych, wysięk ropny bywa zupełnie płynny, obie zaś blaszki opłucnej są zupełnie gładkie i nie pokryte wcale włóknikiem. Nie jest to zre-

---

najlepszy, nigdy wykształcić nie jest w stanie w zupełności młodego lekarza; zawsze da mu tylko pewną sumę teoretycznych wiadomości, pewne wskazówki, kierunek, który rozwijać i uzupełniać ciągle potrzeba i to nie inaczej jak sumienną obserwacją przy łóżku chorego. Gdzież jednak znajdzie młody lekarz tę sposobność? Praktyka prywatna nie da mu do tego pola, raz dla tego, że nie pozwala na systematyczną obserwację chorego, po drugie dla tego, że młody lekarz w początkach swego zawodu nie ma tylu chorych, aby się na nich wykształcić był w stanie. Później, kiedy się praktyka rozwija, lekarz staje wobec niej nie tylko nie z większym zapasem wiadomości, niż z chwilą ukończenia Uniwersytetu, ale nawet z mniejszym, zapomina bowiem nawet tej podstawy medycyny praktycznej, t. j. systematycznego zbadania chorego. Nie przesadzamy, twierdząc, że nawet najbardziej wzięci praktycy, nie potrafią systematycznie i umiejętnie zbadać chorego, jeżeli tylko nie przeszli przez szkołę szpitala. Z drugiej strony najlepszy dowód wyższości tej szkoły, jaką daje szpital, mamy na konkursach, jakie się w naszych szpitalach odbywają; utrzymują się na nich zawsze byli asystenci klinik i zawsze okazują ogromną wyższość nad swymi kolegami, którzy nie przechodzili przez kliniczną szkołę. I tak na 7 pomyslnych konkursach otrzymali posady ordynatorów: K l i n k, G e p n e r,

szną fakt odosobniony, patologowie bowiem wiedzą <sup>1)</sup>, że ropa nietylko przeszkadza wytwarzaniu się włókniaka, ale, co więcej, już wytworzony rozpuszcza. Przyczyna tego zjawiska do dziś dnia nie jest wyjaśnioną, sam zaś fakt tembardziej jest dziwny, że jak Szanownym Panom wiadomo, do wytworzenia włókniaka obecność pewnej ilości ciałek ropnych jest niezbędną. Te przypadki, w których obok ropnego wysięku znajdujemy znaczne złogi włókniaka, prawdopodobnie pochodzą z przemiany surowiczo-włóknikowych wysięków; pod tym względem radziłbym Szanownym Panom przejrzeć kazuistykę, podaną przez *W a g n e r a* <sup>2)</sup>. Znajdziecie tam Panowie opisane świeże przypadki, w których nie było wcale włókniaka, natomiast znajdował się on w tych przypadkach, gdzie najpierw robiono przekłucie i wypuszczano wysięk surowiczy. Zresztą, jak powiedziałem, włóknik nie stanowi tu najważniejszej przeszkody do wyleczenia; daleko więcej zależy ono będzie od stanu płuca. Jeżeli to ostatnie będzie tak znacznie ściśnięte, że wcale lub z trudnością tylko rozszerzyć się może, wtedy oczywiście przekłucie moim przyrzędem, lub proste przecięcie, nie wystarczy. Tu trzeba bardziej złożonych operacyj, które już wyłącznie do chirurgów należą. Już z tego, Szanowni Panowie, widzicie, jak ważną jest rzeczą operować ropne zapalenie opłucnej w jaknajwcześniejszym okresie; że zaś nie mamy żadnego takiego objawu, po którymby można na pewno rozpoznać, z jakim mianowicie wysiękiem mamy do czynienia, dla tego jestem zdania, że obowiązkiem sumiennego lekarza jest w każdym przypadku z a p a l e n i a o p ł u c n e j, jeżeli tylko gorączka jest silna, lub jeżeli wysięk przy obojętnem leczeniu (tak nazywam wszystkie środki moczopędne, napotne i odciągające) nie ustępuje po upływie 10 dni do 2-eh tygodni zrobić nakłucie próbne. To nakłucie, wykonane szprycą *P r a w a z'a* nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa; ja wykonywam je

<sup>1)</sup> Patrz *C o h n h e i m*. Vorlesungen über die allgemeine Pathologie. T. I. wydanie 2 str. 311, 1882 r..

<sup>2)</sup> l. c.

---

*K u r c y j u s z*. *D u n i n*. *G r o s s t e r n*. *M a t l a k o w s k i*. wszyscy asystenci klinik i jeden tylko *P ł a c z k o w s k i*, który nie był wprawdzie asystentem kliniki, ale był asystentem oddziału szpitalnego. Te zaś konkursy (syfilidologów), na które asystenci klinik nie stawali, spełzały zawsze na niczem. Czem że się to dzieje? Czy powyższych ludzi wykształciły kliniki, jako takie? Niewątpliwie kliniki, rozporządzając większemi środkami materyjalnemi aniżeli szpitale, dają też i większą możność kształcenia się; i to prawda, że obowiązkowe asystowanie na wykładach, choćby najgorszych, także może przynieść pewną korzyść. Nie należy jednak tych rzeczy przeceniać. Nasze kliniki są dziś jeszcze na tym stopniu rozwoju, że dbają o korzyść studentów, ale nie troszczą się wiele o asystentów. Są oni zostawieni swojemu losowi; pracują—jak chcą, czytają—co chcą, a w ich pracach naukowych profesorowie żadnego nie biorą udziału. To też kształci ich głównie nie klinika, lecz szpital; mając możność ciągłego stykania się z chorymi i będąc obowiązany do sumiennego ich badania, przyswajają sobie sami prawie, bez niczyjej pomocy, należytą metodę i wprawę w badanie, a co za tem idzie i leczenie. Nikt też zapewne nie zaprzeczy, że asystenci klinik dostarczają najlepszego kontyngensu praktycznych lekarzy. Ale oczywiście przy ograniczonej liczbie klinik i liczba lekarzy dobrze wyćwiczonych tą drogą

w każdym przypadku zapalenia opłucnej i wszędzie tam, gdzie nie jestem pewien, czy wysięk istotnie istnieje; niejednokrotnie też wprowadzałem igłę do płuca, a pomimo to nigdy najłżejszych nawet szkodliwych objawów nie widziałem. Jedynym warunkiem tu jest, aby igielka w czystości była utrzymywana. Tymczasem zawczasu rozpoznany i leczony ropny wysięk opłucnej o ileż lepsze daje rokowanie aniżeli zastarzały.

Dla tych to świeżych przypadków przyrząd mój oddać może, sądzę, pewne usługi. Najpierw z teoretycznego punktu wychodząc, ma on tę wyższość, że chroni chorego przed operacją, która aczkolwiek prosta, nie jest, jak to pokazał *Hampeln*<sup>1)</sup>, bez niebezpieczeństwa, i bywa czasami przyczyną nawet nagłej śmierci. Dalej sprowadza ona odnę piersiową (*pneumothorax*), która wywołuje zawsze atelektazę płuca, które przez to trudniej w dalszym ciągu leczenia się rozszerza i opóźnia zupełne zagojenie rany, albo też pozostawia na długi czas przetoki. Wreszcie porządnie opatrywana rana daje niewątpliwie pomyślne wyniki, ale jakże to trudno o to wszędzie i zawsze. Tymczasem mój przyrząd daje możliwość każdemu lekarzowi operować, cały bowiem sposób postępowania polega na prostym przekłóciu. Tym sposobem daję w rękę lekarzom prosty przyrząd, którym mogą zastąpić operację, a przez to leczyć wcześniej, a więc i skuteczniej, ropnie opłucnej. Dalej, zapobiega się tu atelektazie płuc, a wreszcie czyni się leczenie antyseptyczne zbytecznym.

Z tych punktów wychodząc, śmiem polecić Szanownym Panom przyrząd mój do wypróbowania; niech bezstronna krytyka wykaże, czy odpowie on tym nadziejom, jakie w nim pokładam.

---

<sup>1)</sup> Zeitsch. f. kl. Med. 1. c..

---

jest bardzo małą i nie wystarcza nawet na potrzeby Warszawy. Tu szpitale powinny przyjść w pomoc klinikom i stać się tem, czem między innymi być powinny, t. j. instytucją naukową, pedagogiczną, dopełnieniem Uniwersytetu. Rozumieją to dobrze Władze Szpitalne w innych krajach, kiedy już to w postaci internów, już sekundaryjuszów, starają się ściągnąć do szpitali jak największą liczbę młodych lekarzy; tak też wysoko ceni się tam praktyka szpitalna, że lekarz francuzki w późnym wieku nawet, jako najlepszą swoją rekomendację uważa tytuł *ancien interne*, którego też nigdy nie zaniedbuje dodawać. U nas na tem polu zrobiono bardzo mało i reformy są konieczne, a leżą one jednakowo w interesie lekarzy, jak szpitali i nauki. Wprawdzie i nasze szpitale mają prawo przyjmowania asystentów i posiadają w tym celu odpowiednią ustawę, ale ustawa ta w wielu razach jest niewystarczającą, a w innych wprost nawet szkodliwą. I tak, według obowiązującej ustawy asystenci są rzeczą dodatkową, bynajmniej nie konieczną; mogą być i nie być, nie są płatni i wreszcie przywiązani są nie do oddziału, ale do osoby ordynatora; ten ostatni, jeżeli chce, może do swego oddziału asystenta nie dopuścić, co też miewało miejsce. Ordynator dopiero po 5 latach służby ma prawo przyjmowania asystenta, ten ostatni znów nie może mieć więcej nad 3 lata praktyki; oba zaś te ograniczenia są szkodliwe i trudno się po-

## II. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

### CHOROBY PRZYRZĄDU WZROKOWEGO

Napisał

D-r **Jan Minkiewicz** (z Tyflisu).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 47).

g) Częściowe oberżnięcie obu rogówek u starozakonnego w skutek miejscowej łuszczyki (*pannus*). Chory wszystko widział żółtawo. Skutek operacyi na prawem oku był pomyślny, na lewem zaś, mocniej cierpiącym, w pierwszych dniach po operacyi chory nie zauważył żadnego polepszenia. Po operacyi wkraplano lekki rozczyń nalewki makowcowej. Użycie ciepłych okładów, albo suchego opatrunku po tych operacyjach daleko jest skuteczniejszem niż zimnych, wymagających daleko większej bacności i pieczołowitości ze strony obsługujących.

h) Starozakonna młoda dziewczyna z Newła w Witebskiem. Stan oczu był następujący: lewa rogówka groniakowata, zamglona, naczynie w niej bardzo mocno rozwinięte, na prawej rogówce ograniczone dużo bielmo; tem okiem chora cokolwiek widzi, lewem zaś nie. Chora oddawna cierpi na zapalenie łącznicy. Dnia 13. VIII. 1862 r. na prawej rogówce ściałem dość grubą warstwę bielma, na lewej zaś zeszkrobałem mniej. Po operacyi ból, światłowstręt, słabe ropienie. Powoli objawy te znikły i chora widziała cokolwiek lepiej. Operacyję powtórzono dnia 23. VIII. także z lekkim polepszeniem.

i) Do szpitala wojskowego Tyfliskiego wszedł d. 12. III. 1862 r. posługacz szpitalny Grygorjew, 40 lat mający. W historyi jego choroby oznaczono, że od 3-ech lat prawem okiem nic nie widzi, na lewem zaś istnieje przekrwienie naczyń rogówki od 3-ech dni. Używano na przemian roztworu azotanu srebra i siarczanu mie-

---

jąc dadzą. Asystenci w czynnościach swych są niezmiernie ograniczeni, a jako bezpłatni do ich wykonywania nie są obowiązani. Nic też dziwnego, że na takich zasadach ustanowieni asystenci nie przynoszą żadnej korzyści dla szpitala i dla siebie też osiągają jej bardzo niewiele; to też ustawa powyższa winna być z gruntu zreformowana. Nie mamy zamiaru podawać wykończonego jej projektu, co zresztą byłoby niemożliwem, podajemy tylko główne punkta wraz z odpowiednimi motywami, na których zdaniem naszym oprzeć się powinna.

1) Asystenci winni być tak uposażeni, aby mogli prowadzić skromne życie, bez oglądania się na postronne zajęcie. Dla tego szpital winien im dać mieszkanie, całodienne utrzymanie, (jak się to dzieje na całym świecie) i pensyję w ilości rs. 200, która jest dla młodego człowieka, który dopiero co ukończył Uniwersytet, zupełnie wystarczającą. Przy bezpłatnem jak dotychczas pełnieniu obowiązków szpital nie może wymagać od asystentów należytego oddania się pracy; przy tem zmuszony jest brać takich kandydatów, jacy się przedstawiają i którzy nieraz zapisują się na asystentów dla celów zupełnie postronnych. Zapewniając im utrzymanie, szpital będzie miał dość kandydatów, z których najzdolniejszych będzie mógł wybrać.

2) Asystenci powinni być przywiązani do oddziału bez względu na osobę

dzi. Dnia 23. III. rogówka nieładka, zadymiona. Dnia 26. III. przekrwienie naczyń białkówki lewego oka. *Vesicans* na skroń. D. 22. XI. owrzodzenia na lewej rogówce, wzrok bardzo osłabiony, chory zaledwie odróżnia otaczające przedmioty. Dnia 5. XII. jaglica górnej powieki. Dnia 10. XII. przekrwienie łącznicy znowu się wzmogło. Dnia 7. I. 1863, widząc chorego pierwszy raz, znalazłem, że  $\frac{2}{3}$  części zewnętrznej prawej rogówki są białe, nieprzezroczyste, szczególnie w środku plamy. Wewnętrzna część rogówki jest nietknięta i przez nią to chory niewyraźnie, mgławo widzi. Niepodobna było bez rozszerzenia źrenicy oznaczyć, czy tęczęwka była zrosnięta z rogówką, czy nie. Tegoż dnia zeszkrobałem dość grubą warstwę bielma, szczególnie z wewnętrznej jego części. Okład letni. Dnia 9. XII. przekrwienie naczyń łącznicy większe. Azotan srebra, gr. 1— $\bar{5}$  1. *Vesicans* po za-  
nchem. Dnia 10. XII. bóle w gałce ocznej ustały; przekrwienie niemal w tymże stanie. D. 15. XII. zapalenie spojówki ustało. *Laud. liq. Sydenhami*  $\text{ʒi—ʒv}$  wody. Dnia 30. XII. chory widzi lepiej. Dnia 6. IV. nowe zapalenie łącznicy; rozczyn azotanu srebra. W kilka dni potem, widząc chorego, znalazłem bielmo lewej rogówki więcej niż o połowę mniejsze, niż przed operacją. Teraz już wyraźnie można było widzieć, że chory miał zaćmę torebkową. Chory lepiej widzi niż przed operacją. Zeszkrobanie bielma prawej rogówki było dokonane dwa razy.

k) Zeszkrobanie obu rogówek groniakowato zwyrodnionych i mających bielma u dziecka  $2\frac{1}{4}$  miesięcznego, zrodzonego z matki ormijanki i ojca izraelity. Dziecko zaraz po urodzeniu dostało zapalenia oczu noworodków (*ophthalmia neonatorum*); operacja była zrobioną dnia 15. VII. Rogówki nazajutrz po operacji były pokryte białawym wysiękiem; na prawem oku było to mniej wyraźne, gdyż rana była mniejsza. Wkraplano słaby roztwór octanu glinu i robiono z niego okłady. Po zabliznieniu się ran bielmo prawego oka i światłowstręt zmniejszyły się. Zalecono na przemian wkraplać roztwór azotanu srebra i słaby roztwór *Laud. liq. Sydenhami*. Powtórzyłem zeszkrobanie dnia 20. VIII i 2. IX. Mocniejszego oddziaływania nie było. Temuż choremu dnia 19. VI. 1864 r. poprzecznie rozciąłem

---

ordynatora. Byłoby do życzenia, aby każdy oddział posiadał swego asystenta, jednakowoż przy naszych małych oddziałach (średnio po 30 łózek) wymagałoby to zbyt wiele kosztów. Dla tego trzeba albo zredukować po 2 oddziały w jeden i dać po jednym ordynatorze i po 2-óch asystentów, albo też zostawić 2-óch ordynatorów, a dodać jednego asystenta. Pierwsza reforma byłaby trudniejszą do przeprowadzenia; dlatego przypuszczamy, że na początek dodano by na 2 oddziały wewnętrzne jednego asystenta. Oddziały chirurgiczne i akuszeryjne, które zwykle są większe, powinny mieć każdy po asystencie; jeżeli oddział wewnętrzny może istnieć bez asystenta, to chirurgiczny i akuszeryjny bez takiego jest wprost anomaliją, którą trudno jest pojąć.

3) Asystent obowiązkowo 2 razy dziennie winien być na swoim oddziale i winien wykonywać te rozmaite czynności, którym ordynator sam podoleć nie jest w stanie (opatrunki, elektryzowanie, ważenie i t. p.); prócz tego ma prawo badać chorych tyle razy, ile mu się to tylko spodoba, a w razie nieobecności ordynatora zastępować go za wiedzą władzy. Tu pozwolę sobie na małą uwagę. Dotychczasowa ustawa krępuje głównie asystentów w tym duchu, aby ordynatorzy nie wyręczali się nimi i nie opuszczali w swych czynnościach. Próżna obawa; niedbały ordynator poradzi sobie w ten sposób, że swą wizytę skończy



w lewym oku sposobem K ü c h l e r'a groniak kulisty całkowity. Opatrunek naciskowy. Dnia 26. VI. rana poprzeczna dorażnem spojeniem już zablizniona. Objętość lewego oka mniejsza, gałka mniej wystaje, powieki ją zakrywają. *Laud. liq. Sydenhami* 5j—5/3 wody ciągle wkraplano do obu worków łącznicowych.

b) Służący, Niemiec, po rzeźączce przed kilku laty uległ zapaleniu obudwu oczu, które się zakończyło powstaniem bielm zupełnie prawie zakrywających tęczówkę. Lewem okiem chory odbierał słabe wrażenia światła. Dnia 21. XI. 1863 r. zrobiłem mu na tem oku pierwsze zeszkrobanie, po którym nie było żadnego miejscowego oddziaływania, chory nawet nie skarżył się na ból; zimnych okładów nie robiono. D. 17. I. 1864 r. powtórne zeszkrobanie bielma lewej rogówki, po którym chory cokolwiek więcej odbierał wrażeń świetlnych niż przed operacją. Obrócony do okna poznaje, gdzie ono się znajduje, ale ram nie odróżnia; światło miało dla niego odcień czerwony; założono zwyczajny opatrunek; przez następne dni nie było żadnego oddziaływania miejscowego; pozostała czerwoność w miejscu zakłócia haczykiem spojówki. D. 21. I. chory uważa, że mgła przed okiem rozpostarta stała się bardziej przezroczystą, ale ram w oknie nie odróżnia. Wkraplano codziennie po kilka kropel rozczyń z pół grana siarczanu atropiny w połowie uncyi wody. Chory zauważył, że widzi od zewnętrznej strony cokolwiek lepiej. Dnia 12. II. bielmo po zeszkrobanu daleko bledsze, bardziej przezroczyste. Chory uważa, że stopniowa mgła staje się jakby rzadszą; zewnętrzną częścią widzi przedmioty cokolwiek wyraźniej. Zrobiłem irydektomiję. Opatrunek naciskowy. Po operacyi lekki ból w gałce ocznej. Podano choremu soli glauberskiej pół uncyi. Ku wieczorowi nie było żadnej gorączki. D. 13. II. chory nie skarży się na żadne bóle w oku. Zdjąwszy opatrunek, znalazłem zapalenie łącznicy, szczególnie w kącie wewnętrznym. Nowa źrenica jest okrągła i leży między plamą a obwodem. Chory z boku daleko lepiej widzi niż w środku pola widzenia; mocny światłowstręt przy wniesieniu palącej się świecy do pokoju. Wkraplanie atropiny i takież opatrunek. Chory po wkraplaniu uczuł, że ból i przykre uczucie w oku znikły. D. 14. II. stan ogólny i stan przewodu pokarmowego dobry.

---

w 15 minut, sumienny w obecności asystenta znajdzie tylko pobudkę do tem lepszego zajęcia się oddziałem.

4) Asystenci w szpitalach, w których liczba ich wynosi co najmniej 4, wienni dyżurować; ten ostatni obowiązek rozłożony co najmniej na 4 zbyt uciążliwym nie jest.

5) Asystent w szpitalu ma pozostawać 3 lata i po tym czasie na nowo wybranym być nie może. To ograniczenie odpowiada założeniu naszego projektu i ma na celu, aby jak największa liczba lekarzy mogła przejść przez szpital.

6) Asystenta wybiera nie sam ordynator; przy naszym zamiłowaniu do protekcyj, otrzymywali by posady nie najzdolniejsi, ale znajomi, krewni i t. d. Najlepiej by było ustanowić dla asystentów konkursy, zastosowane do ich uzdolnienia, albo też wybór poruczyć komisji z ordynatorów złożonej.

W powyższych kilku paragrafach staraliśmy się nakreślić główne zasady odpowiedniej ustawy; dobrej strony podobnej reformy wykazywać nie potrzebujemy, aż nadto bije ona w oczy. Rozpatrzmy teraz odwrotną stronę medalu.

Jedyną przeszkodą do wprowadzenia podobnej reformy może być tylko ów niewyleczalny brak funduszków, na jaki chorują nasze szpitale. Rozpatrzmy rzecz konkretnie. Przedewszystkiem z chwilą wprowadzenia posad asystentów stają się

Nowa źrenica szersza; brzegi rany spojone; chory odróżnia ruchy palców przed okiem. D. 20. II. chory rozpoznaje swoją twarz, światłowstręt mniejszy; lekkie zapalenie spojówki; opatrunek zwyczajny nienaciskający; wkraplanie azotanu srebra. D. 7. III. chory sam chodzi po sali, czego dawniej nie mógł. D. 8. III. na prawem oku zrobiłem od dołu sztuczną źrenicę, ale tu oddalenie tęczówki było trudne, gdyż zupełnie stykała się z tylną powierzchnią rogówki; po operacyi wkroplono atropinę; opatrunek naciskowy. D. 9. III. chory skarży się na ból w gałce ocznej, w głowie i na łzawienie; po zdjęciu opatrunku w ciemnym pokoju chory odbiera mocne wrażenie światła. Po 2 gr. kalomelu 4 proszki; wkraplanie atropiny. Dnia 12. III. zapalenie łącznicy, mocne łzawienie, światłowstręt, kawałek tęczówki zaciśnięty. Chory odróżnia ruchy palców, ale nie wie, ile ich się rusza; widnokrąg czerwony. *Inf. larat. Vindeb.*. D. 17. III. stopniowo zapalenie ustało i chory wyszedł ze szpitala, lewem okiem więcej widząc, prawem zaś mniej. Ogólny skutek był taki, że chory był w stanie sam bez obcej pomocy chodzić po ulicy.

m) Zeskrobywanie rogówki u kobiety dnia 20. X. 1863 r. pozostało bez oddziaływania lecz i bez korzyści.

n) W roku 1865 17. VII. w szpitalu miejskim oberznąłem u dymisyjonowanego żołnierza całkowicie rogówkę i zeskrobałem plamę jej na obu oczach bez skutku.

o) Chory cierpiący na łuszczkę nacyniową prawej rogówki odróżnia ruchy palców przed okiem poruszanych. Oberznąwszy całkowicie rogówkę, zastosowałem opatrunek naciskowy. Chory po zagojeniu rany więcej odbiera wrażenia świetlnych na obwodzie.

p) D. 8. VIII. Powtórzyłem oberznięcie rogówki u kucharza, cierpiącego na łuszczkę, któremu dawniej już robiłem tę operacyję; polepszenie.

q) D. 16. IX. Zeskrobanie rogówki prawej u chorego, któremu pierwiej oberznąłem rogówkę; operacyja bez skutku.

---

niepotrzebne posady miejscowych lekarzy. Ustanowienie tych ostatnich jest wyraźnym dowodem dbałości p. Inspektora szpitali o dobro powierzonych mu zakładów. Czuł on to dobrze, że szpitale tak, jak były dawniej, prawidłowo funkcjonować nie mogą, że muszą być młodzi ludzie dodani do pomocy ordynatorom w wykonywaniu ich czynności; to też pokładał on ogromne nadzieje, że z chwilą ustanowienia tych posad, poziom naukowy szpitali znacznie się podniesie. Szkoda jednak, że nie posunął reformy do ostatecznych granic i stworzył płód, który istotnie niedonoszonym nazwać należy. Miejscowy lekarz jeden, lub nawet trzech (w szpitalu Dz. Jezus), nie będąc przywiązanymi do żadnego oddziału, nie są żadną pomocą dla ordynatora; nie znają chorych, z powodu zaś ich ogromnej liczby nie mogą ich dokładnie zbadać. Tymczasem uposażenie ich jest takie, że wystarczy na utrzymanie o wiele większej liczby asystentów. I tak według naszej rachuby szpital Dzieciątka Jezus winien by dostać 6 ciu asystentów, ma bowiem 7 oddziałów terapeutycznych, jeden dziecięcy (po jednym asystencie na 2 oddziały=4) i 2 chirurgiczne (po jednym); pensyje by więc wynosiły 1200 rs. rocznie, kiedy dziś trzech miejscowi lekarze otrzymują więcej, bo 1350 rs.. Tak więc największy szpital nietylko by nie stracił, ale nawet zyskał na tej zmianie.

r) Dnia 1. X. zeskrobanie plam rogówki prawej u chłopczyka 1½ roku mającego. powstałych po zapaleniu oczu noworodków. Rezultat niewiadomy.

s) D. 30. *Keratitis pannosa*; na dolnej wewnętrznej części obudwu oczu wrzodzik niewielki. powierzchowny; chora górną częścią rogówki cokolwiek widzi; po oberznięciu zastosowałem opatrunek naciskowy. Siostra chorej w tym czasie cierpiała na różę; w kilka dni powstała róża i u operowanej. We dwa dni potem operowana uległa cholercze i umarła.

t) 16. XI. u żołnierza cierpiącego na dawniejszą *irido-capsulitis* pozostało zapalenie łuszczkowate dolnej części rogówki. Wykonano oberznięcie połowiczne dolne. po którym nastąpiło znaczne polepszenie.

u) D. 18. XI. zeskrobanie plamki na prawej rogówce; prof. Grube dawniej zrobił temuż choremu sztuczną źrenicę; po zeskrobaniu widoczne polepszenie.

w) 1867 r. 5. II. oberznięcie lewej rogówki przy poczynającym się skrzydliku.

y) oberznięcie dwóch prawych i 1-ej lewej rogówki i zeskrobanie łuszcзки.

Co do korzyści oberznięcia, to na zasadzie naszych spostrzeżeń przyszliśmy do tego przekonania, że w zapaleniu rogówki łuszczkowatej, w łuszczce, operacja ta, w połączeniu z zeskrobywaniem samej rogówki uległej tej zmianie, z korzyścią może być użyta. Tu nie dość jest tylko przeciąć spojówkę i podspojówkę, ale należy wyciąć je. Tym bowiem sposobem odcina się przypływ krwi. same naczynia przecięte zmniejszają swą objętość. łatwiej więc i więcej przejdzie promieni światła do wnętrza oka. Zeskrobywanie łuszcзки i wierzchniej warstwy rogówki obfitującej w naczynia przyczyni się nietylko do zniszczenia naczyń nieprawidłowo rozwiniętych. ale sprzyja także wessaniu wysięków. Dołączywszy do tego zasypywanie kalomelu i nalewki makowcowej prostej lub szafranowej. można dojść do ładu z uporczywą łuszczką. Naturalnie niedość bywa jednorazowego oberznięcia, wypadnie nieraz powtórzyć operację.

---

Drugim punktem jest mieszkanie. Tu przedewszystkiem przyszłyby mieszkania zajmowane przez miejscowych lekarzy. które po większej części są obszerniejsze aniżeli potrzeba na lokale dla jednego asystenta (np. w szpitalu Dzieciątka Jezus składają się z 4 i więcej pokojów). Tym sposobem szpital Dzieciątka Jezus i żydowski miałby prawie gotowe mieszkania. Oprócz tego dotknąć musimy tego. na co już zwrócił uwagę prof. Kosiński. mianowicie chodzi tu o mieszkania naczelnych lekarzy. Poruszamy tu wprawdzie rzecz drażliwą która dla naszych starszych kolegów może być bardzo nieprzyjemną. ale istotnie udzielanie naczelnym lekarzom mieszkań jest zbytkiem. na jaki biedne nasze szpitale pozwalać sobie nie powinny. Naczelnym lekarz w ogóle niewiele ma do roboty, nie ma też najmniejszej potrzeby znajdować się cały dzień w gmachu szpitalnym. Zresztą nacz. lek. nie mieszka w szpitalu Żydowskim, w szpitalu dla obłąkanych. w szpitalu Ewangelickim. w szpitalu za Wolskimi rogatkami. w instytucie oftalmicznym, a jednak zakłady te funkcjonują nie gorzej od innych. Natomiast mieszkania zajmowane dziś przez naczelnych lekarzy pomieściłyby w zupełności asystentów i co więcej część ich mogłaby być odnajęta. a otrzymany ztąd fundusz obrócony na rachunek pensyi asystentów. Tym sposobem o pomieszczenie asystentów w większej

Co do zeszkrobывania plam rogówki, to w tych przypadkach, gdzie można zrobić sztuczną źrenicę (*iridectomy, iridodesis*), tam nie może być mowy o tej operacyi, jako o środku ważnym; jeśli zaś pierwszej dokonać nie podobna, to można spróbować zeszkrobować, aby po zmniejszeniu grubości miejsca nieprzezroczystego większa ilość promieni świetlnych mogła do wnętrza oka przeniknąć, przez co chory może cokolwiek lepiej widzieć. Niektórzy nasi chorzy o tyle po zeszkrobaniu plam doznawali polepszenia, że po tej operacyi swobodniej mogli chodzić po pokoju i mniej wymagali obcej pomocy. To szczególnie dawało się widzieć, jeśli zeszkrobывaliśmy obwód plamy, odpowiadającej źrenicy.

#### 21. W r z o d y r o g ó w k i.

Wrzody rogówki *en facette* często widziałem u dziewczynek małych, młodych, szczególnie u pensjonarek małokrwistych. Niekiedy wrzody te istniały jednocześnie z jaglicą na łącznicy. Tym wrzodom zwykle towarzyszy ból głowy, łzawienie i mocny światłowstręt. Miejscowo stosowałem wkraplanie atropiny, *Laud. liq. Sydenhami*, słabego rozczyń kamienia piekielnego i siarczanu cynku na przemiany; wewnątrz środki wzmacniające: żelazo, chininę, goryczkę. Raz obserwowałem u panny przeszło 20-letniej wrzód rogówki lewej, odznaczający się niezwykle szybkim przebiegiem, zagrażającym pęknięciem dna wrzodu. Wrzód ten znajdował się na zewnętrznej rogówki połowie, był okrągły, lejkowaty, szerszą podstawą ku przodowi, wierzchołkiem zaś ku błonie *D e s c e m e t'a* skierowany i do niej prawie sięgający. Brzegi wrzodu 1½ mm. szerokie nierówno, niegładkie, pod lupą strzępiasto wyglądające, białe, mętne. Światłowstręt i ból w oku były w najwyższym stopniu mocne. Skurecz powiek był tak znaczny, że z wielką tylko trudnością i to w zupełnie ciemnym pokoju można było odkryć i widzieć oko. *B o w m a n* w podobnych razach radzi stosować zwilżenie wrzodu jedną kroplą mieszaniny *ol. terebinthinae et ol. olivarum*. Mieszanina ta bywa rozmaita: 1 cz. oliwy na 2 cz. olejku terpentynowego, 1 na 1, wreszcie 2 cz. oliwy na 1 cz. ol. terpentynowego. Ja użyłem ostatniej mieszaniny, nadto zastosowałem opatrunek naciskowy. Skutek był zupełnie zadawalający.

---

części szpitali władze nie potrzebowały by się troszczyć, mają bowiem mieszkania gotowe.

Nareszcie utrzymanie asystentów nie może obciążyć zbytecznie budżetu szpitali. Dać śniadanie, obiad, wieczerzę dla 2 do 6 ludzi w tak olbrzymich instytucjach jak szpitale jest bagatelą, o której wspominać nie warto.

Rozpatrzmy teraz ważniejsze szpitale po kolei:

Szpital Dzieciątka Jezus winien dostać 6 asystentów (4-ech terapeutów), dwóch chirurgów), dla których ma pensyje z dotychczasowego wynagrodzenia lekarzy miejscowych i mieszkania (w liczbie 12 pokoi) już to z dotychczasowych mieszkań tychże lekarzy, już też z lokalu naczelnego lekarza i jego pomocnika. Gdyby szpital chciał być konsekwentnym osiągnąłby nawet z tej reformy zysk dość znaczny.

Szpital Ś-go Ducha ma tylko 2 oddziały wewnętrzne szpitalne (reszta zajęta jest na kliniki), potrzebuje więc jednego asystenta. Mieszkanie ma dla niego po miejscowym lekarzu, wypada tylko dodać 200 rubli.

Szpital Ś-go Rocha ma 1 oddział chirurgiczny i 3 terapeutyczne, wypada więc 3 asystentów. Mieszkania ma po miejscowym i naczelnym lekarzu. Część

Nazajutrz znalazłem wrzód zupełnie oczyszczony, duo jego stanowiła błona D e s c e m e t a; zabliznienie po tem postępowało bardzo spiesznie, lecz pozostała plamka na rogówce. Używając tego sposobu leczenia, radziłbym uprzednio znieczulić chorą czy to morfiną, czy też nawet chloroformem, gdyż bóle w naszym przypadku były tak silne, że można było obawiać się pęknięcia dna wrzodu wskutek skurczu powiek, niespokojności chorej z bólu w gałce ocznej.

## 22. N o w o t w o r y.

Wyżej już, mówiąc o zeszkrobывaniu i oberznięciu rogówki, wspomniałem o kilku groniakach, teraz jeszcze wspomnę o kilku innych.

O p e r a c y j a g r o n i a k a n a p r a w e m o k u s p o s o b e m K u e c h l e r a.

Przyniesiono do mnie ze wsi dziecko 3-letnie z groniakowo zwyrodnionem prawem okiem. Groniak był kulisto-ostrosłupowy i tak duży, że chory, pijąc wodę z dużego naczynia, brzegiem jego zawsze trącał groniak. Rogówka gruba, biała, przetkana mocno rozrośniętymi sporem naczyniami krwionośnymi. Wzrok zupełnie utracony. Lekkie zapalenie lewej łącznicy. Był to przypadek do wyłuszczenia gałki ocznej, ale że dziecko przywieziono zdaleka i ojciec, kolonista niemiecki, nie mógł długo w mieście bawić, przeto wykonałem d. 25. VI. 1863 r. operację sposobem K u e c h l e r a, zrobiwszy poprzeczne cięcie rogówki, oddaliłem soczewkę i szklistą ciecz. Zimne okłady. Rana zagoiła się przez doraźne spojenie i w kilka dni chory wyjechał. Nadto operowałem dwóch Gruzinów, cierpiących na groniaki; u jednego dokonałem operacji sposobem K u e c h l e r a, a drugiego wyciąłem część guza. Opatrunek naciskowy. Oddziaływanie żadne.

## F) NACZYNIÓWKA.

23. Z chorób tej tkanki mieliśmy do czynienia z jaskrą (*glaucoma*) lewego oka u kobiety, rosyjanki, przeszło 50-letniej. Chora oddawna już cierpiała na objawy jaskrę znamionujące. Długo nie mogła się zdecydować na operację;

---

stanowczo mogłaby być wynajęta tak, że pokryłaby pensyje jednego lub dwóch asystentów. Dodać by więc wypadło 400 rs..

Szpital Żydowski jest w najgorszym położeniu; albowiem 2 oddziały chirurgiczne, 1 akuszerski, 1 oczny i 1 syfilityczny wymagałyby każdy po jednym asystencie, t. j. 5, a oprócz tego 3 terapeutyczne i jeden nerwowy zatem dwóch, t. j. razem 7 asystentów, którym by wypadło dać 14 pokoi i 1400 rs.. Jest to zdaniem naszym jedyny szpital, w którym wprowadzenie asystentów naraziłoby na znaczniejszy koszt.

Szpital Ś-go Łazarza winien by mieć dwóch asystentów, dla których ma mieszkania gotowe; należałoby dodać 400 rs.

Tak więc z powyższego zestawienia widzimy, że największy szpital, t. j. Dzieciątka Jezus, mógłby niemal dziś wprowadzić posady asystentów bez najmniejszego dla swych funduszów uszczerbku; inne 4, o których mówiliśmy, potrzebowałyby na to razem wzięte funduszu 2400 rs. rocznie. Za to jednak zyskałyby 19 młodych ludzi, którzyby pracowali z korzyścią dla siebie, dla szpitali i dla nauki. Że zaś zmiana odbywałaby się co trzy lata, tym więc sposobem kraj zyskiwałby co rok 6 dobrze wyćwiczonych lekarzy, pomiędzy którymi byłby co rok syfilidolog i chirurg.

nareszcie zgodziła się na operację, która też była dokonana dnia 20. V. 1866 roku w szpitalu miejskim. Po zrobionej irydektomii na zewnętrznej stronie przez pierwsze cztery dni chora czuła się dobrze, bóle w gałce ocznej w okolicy nadoczodołowej i inne objawy choroby się zmniejszyły, sen był spokojniejszy, chora widziała wyraźniej; zdawało się, że operacja pomyślnie się zakończy. Na piątą noc po operacji bez żadnej widocznej przyczyny bóle w gałce znowu się wzmogły, przyszła bezsenność, trwająca kilka dni; lekki stan gorączkowy; chora całkowicie oślepla. Uspokoiwszy bóle środkami wewnętrznymi, wypuściliśmy chorą do domu. Nie pozwoliła zbadać wewnętrznego stanu oka. Przypadki podobne nie należą do rzadkich, jak to widać z następujących słów wysoce cenionego prof. Szokalskiego: „Błędem byłoby mniemanie, że operacja zaradza ostatecznie zlemu i owszem jaskra stłumiona za jej pomocą na czas pewien, często powraca znowu, lecz już w przewlekłej formie i to powraca tem łatwiej, im wycięcie później zostało dokonane“<sup>1)</sup>. W naszym przypadku pogorszenie przyszło na 5 dzień, zapewne w skutek nowego zapalenia naczyniówki.

#### G) TĘCZÓWKA.

24. Co się tyczy wad wrodzonych tęczówki podaliśmy wyżej opis jednego przypadku; teraz wspomnę jeszcze o jednej wadzie. Szparę tęczową wrodzoną (*coloboma iridis*) obserwowałem u panny, zrodzonej z ojca Polaka i matki Niemki; szpara ta była niezupełna, gdyż nie sięgała do białkówkowego brzegu, zajmowała tylko  $\frac{2}{3}$  części tęczy, miała postać trójkątną, z kątem ostrym skierowanym ku dołowi, leżała na dolnej części, więcej ku wewnątrz. Chora (szukająca rady z powodu innej choroby) stanowczo twierdziła, że żadnej wady ani nieprawidłowości przy patrzeniu tem okiem nie uważa, owszem że dobrze widzi. Być więc może, że ta wada ograniczyła się tylko do pewnej części tęczówki.

---

1) Wykład chorób przyrzędu wzrokowego u człowieka. T. II. str. 42.

---

Wreszcie obok posad asystentów płatnych należałoby na wzór klinik dopuścić asystentów bezpłatnych. Należy otworzyć drzwi szpitala na rozcież młodym ludziom, chcącym pracować, a rezultat ztąd wynikły nie może być inny jak tylko korzystny zarówno dla szpitali, jak i dla chorych i nauki.

---

Te kilka uwag nie są bynajmniej krytyką, a tem mniej napastą na Zarząd naszych szpitali; przeciwnie uznajemy najzupełniej jego dobre chęci i z nim ręka w rękę iść pragniemy. Ze jednak lekarze szpitalni nie mają możliwości komunikowania swych uwag na innej drodze, postanowiliśmy rzecz tę poruszyć w prasie lekarskiej. Mamy nadzieję, że Zarząd szpitali zechce zwrócić uwagę na te kilka słów człowieka, który, od wielu lat pracując w szpitalach, zna ich potrzeby i ich dobrem interesuje się nie mniej od osób na czele postawionych.

\* \* \*

25. Zapalenie lewego ucha; ropień pod mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym; ropień w oczodole prawym; zapalenie prawej tęczy; *hypopyon*; otwarcie ropni. Ormijanka, panna 17 lat mająca, blada, niedokrwista, mocno wycieńczona. W początku Lipca roku 1863 poczęła cierpieć na ból, strzykanie w lewym uchu, co się zakończyło wypłynięciem ropy z głębi przewodu usznego zewnętrznego. W kilka dni potem dołączył się mocny stan gorączkowy z napadami mniej więcej peryjodycznymi, przytem odpływ ropy z ucha ustał i zjawilo się obrzmienie bolesne pod uchem w kierunku mięśnia sutkowo - obojęczkowego bez zaczerwienienia skóry. Obrzmiałość ta, powiększając się nietylko ku zewnątrz, ale i ku wewnątrz, utrudniała połykanie. Chora w tym czasie przypadającej miesiączki nie miała, co trwało przez cały czas choroby. W miesiąc od początku tej choroby dała się widzieć czerwoność spojówki prawego oka, w tydzień zaś potem chora straciła wzrok. D. 13. VIII. widząc chorą po raz pierwszy, znalazłem prawe oko tak wysadzone z oczodołu, że powieki go nie zakrywały. Spojówka i podspojówka były jednolicie tak mocno przekrwione i zgrubiałe, że białka niewidac. Między rogówką a dolną powieką powstał podłużny wałek twardy, kilka linii grubości mający, zupełnie pokrywający wolny brzeg powieki. Drugi wałek podobny, ale daleko mniejszy, z nabrzmienia powstały, był pod kątem zewnętrznym oka. Chora się skarży na mocne bóle w głębi oczodołu, które ostatnimi dniami stały się pulsującemi; niekiedy przychodzi omdlenie. Chora od d. 17. VIII. prawem okiem nic nie widzi. Przez rogówkę mglistą z trudnością można dojrzeć tęczówkę; źrenicy zupełnie nie można było zobaczyć. Obmacawszy gałkę oczną i sąsiednie części przez powiekę, uczulem twardość w głębi oczodołu i bardzo niewyraźne chelbotanie (*fluctuatio*). Ukłóciem probierczem w rozmaitych miejscach zrobionem nie odszukałem ogniska ropnego, postanowiłem więc igłą zaciemkową wypuścić ciecz wodnista, aby zmniejszyć ciśnienie wewnątrz gałki. Dokonawszy tego, przekonałem się, że źrenica nie istnieje, że obwodowa część tęczówki zrosnięta z tylną powierzchnią rogówki; ciecz wodnista była mętnawa. Zaleciłem ciepły okład i wkraplanie siarczanu atropiny. Obok wyżej opisanego stanu oka, znalazłem na lewej stronie szyi obrzmienie podłużne, poczynające się poza uchem i kończące się na granicy dolnej i średniej części mięśnia obojęczko - sutkowego. Szerokość obrzmienia odpowiadała temu mięśniowi; skóra pokrywająca obrzmiałość blada, mocno nateżona. Obmacywanie przekonało, że w głębi była już ropa. Musiałem ograniczyć się i teraz na ciepłych okładach, gdyż krewni chorej życzyli sobie pierwej dopełnić *volum* i pojechać do pewnego, o 4 mile odległego klasztoru; podróż trwała kilka dni. D. 25. VIII., wezwany powtórnie znalazłem, że w kącie wewnętrznym prawego oka, powyżej równika, ropień się zupełnie utworzył i wystawał. Otworzyłem go, przyczem wypłynęło dużo brudnej ropy; chora zaraz uczuła ulgę. Rogówka mętna, prawie nieprzezroczysta. Ciepłe okłady na gałkę oczną i na ropień na szyi. D. 27. VIII. stan gorączkowy, kaszel, biegunka, bóle, szum i rozmaite dźwięki w prawym uchu; z prawego oczodołu wypływa ropa obficie. *Pulvis Doveri* gr. v na noc. Dnia 23. VIII. kaszel mniejszy, biegunka jak dnia poprzedniego, ropa wypływająca z ropnia na szyi brudna, z powietrzem pomieszana. Zgłębnik wykrył, że dno ropnia sięga do kości po-

tylicowej i do kręgów. Obrzmienie części otaczających gałkę oczną mniejsze. Ropa wypływa z głębi. Dnia 1. IX. wysadzenie prawego oka, obrzmienie, czerwoność części otaczających mniejsze; z głębi nie wypływa ropa, ta zaś, która wypływa z ropnia szyjowego, jest gęstsza, lepszą. Wziąwszy na uwagę mocne wycieńczenie chorej i żolży, zaleciłem środki wzmacniające: chininę, jodek żelaza, kąpiele, oraz wkraplanie od czasu do czasu roztworu azotanu srebra. Po długim użyciu tych środków udało się zagoić ropnie, chora prawem okiem poczęła widzieć niewyraźnie świecę, palącą się w ciemnym pokoju.

26. U żołnierza, cierpiącego na przewlekłą *irido-chorioiditis*, rozwinął się znaczny *buphthalmos*. Przyrost tęczówki do soczewki za pomocą cienkich beleczek. Przez przekłócie środka rogówki za pomocą igły Scarpy wypuściłem ciecz wodną i przeciąłem belecзки. Opatrunek naciskowy; chory po operacji lepiej, wyraźniej cokolwiek widział; jak długo trwało to polepszenie, nie umiem powiedzieć, gdyż straciłem chorego z oczu. Temu choremu dawniej oberznałem rogówkę z powodu łuszczkowego jej zapalenia.

27. Operacja sztucznej źrenicy oprócz wyżej podanych przypadków były jeszcze dokonana 6 razy.

a) Operacja sztucznej źrenicy. Ormijanin, blisko 40 lat mający, przed kilku laty cierpiał na zapalenie łącznicy i rogówek obudwu oczu, które spowodowało na lewym oku lekkie zadymienie rogówki szczególnie górnej jej części. Chory okiem tem widzi wyraźnie. Na prawej zaś rogówce pozostały dwa wrzody, na poprzecznej jej średnicy, odpowiednio wewnętrznemu obwodowi tęczówki, która przez przedziurawione dno wrzodów wypadła i zrosła się. Tym sposobem powstał niby pas pośrodku rogówki, złożony z wypadłej w 2-óch miejscach tęczówki i zadymionych sąsiednich części rogówki. Światło do głębi oka dochodziło w małej ilości przez część rogówki, niezminionej poniżej i powyżej owego pasa. Choremu zaleciłem wkraplanie do worka łącznicowego prawego oka mocnego roztworu atropiny, a do lewego *laudani liq. Sydenhami* ℥j i wody ℥vj. Skutkiem pierwszego było to, że źrenica przybrała formę podłużną, w środku wciętą. Chory zaczął widzieć cokolwiek lepiej. Po długim wkraplaniu do worka łącznicowego lewego oka, zadymienie powolnie się zmniejszało i chory dnia 20. II. ujrzał koniec swego nosa i brzeg czapki barankowej. Tegoż dnia zrobiłem sztuczną prawą źrenicę w dolnej części. Do wewnątrz zaleciłem *aquae destillatae* ℥vj, *natri nitrici* ℥jj, *ammonii muriatici* ℥i co godzinę po łyżce; dyjeta ścisła. D. 21. II. tylko większe naczynia przekrwione; żadnego bólu w oku przez całą dobę; chory widzi jak przez mgłę; środki i dyjeta też same. D. 23. II. zapalenie i ropienie łącznicy bardzo słabe. Rogówka w pobliżu rany zadymiona; wkraplanie *laudani liquid. Sydenhami*. D. 27. II. zadymienie rogówki mniejsze; chory widzi wyraźniej, lecz jeszcze gorzej, niż przed operacją. Zapalenie łącznicy słabsze, tęczówka jeszcze zaciśnięta pozostaje w ranie; przyżeganie kamieniem piekielnym. Po ustaniu wszelkich objawów zapalenia, chory okiem operowanym lepiej widział niż lewym.

b) Zeskrobanie i operacja sztucznej źrenicy; polowe tęczówki wcięte.



Młody uczeń Seminaryjum Gruzjińskiego, 12 lat mający, wskutek zapalenia rogówki miał bielmo, połowę prawie wewnętrzną lewej rogówki pokrywająca, i jednocześnie *nystagmus* gałki ocznej. Dnia 20. VII. zeszkrobałem część rogówki; dnia 2. VIII. powtórzyłem też operację. Dnia 11. VIII. zrobiłem operację sztucznej źrenicy, co najlepiej się powiodło. Po tem przekonałem się, że wewnętrzna część soczewki pociemniała, wygląda białawo. Chory po tej operacji daleko lepiej, swobodniej czyta.

c) Sztuczna źrenica uformowana na wewnętrznej części prawego oka z powodu bielma pośrodku rogówki naprzeciw samej źrenicy leżącego.

d) U żołnierza, przed operacją zaćmy, wycięliśmy część tęczy w dolnym odcinku. Dwie te operacje zrobiono u żołnierzy i obie pomyslnie się zakończyły.

e) U kozaka z Kizlaru, cierpiącego na zasklepienie źrenicy (*occlusio pupillae*) i mającego plamę rogówki boczną wewnętrzną, wyciąłem tęczę w lewym oku z zewnętrznej strony. Operacja zakończyła się polepszeniem. Raz zrobiliśmy *irido-dialysis* w miejskim szpitalu dnia 15. VI. 1866 r. (D. n.)

## DZIAŁ SPRAWCZDAWCZY.

### 51. Filehne. O nowych środkach obniżających w gorączce ciepłotę ciała.

Wiadomo, że chinina jest chemicznym derywatem chinoliny uwodorodnionej. Opierając się na tym fakcie, Fischer i König w Monachium, wytwarzając z uwodorodnionej chinoliny na drodze syntezy chemicznej rozmaite ciała, starali się otrzymać sztucznie takie, któreby pod względem działania farmakodynamicznego podobnemi były do chininy. Jak wiadomo, próby zastąpienia chininy chinoliną dały rezultaty ujemne. Poszukiwania chemików tych okazały, że ciała, powstające w ten sposób z chinoliny uwodorodnionej, że do atomu azotu przybywa rodnik alkoholowy, mają własność sprowadzania podniesionej ciepłoty ciała do normy, miejscowo pozostając bez wpływu. Fischer i König z całego szeregu wytworzonych w powyższy sposób substancyj dali profesorowi Filehne do wypróbowania na klinice Leubego alkaloid, nazwany przez nich „kairyna“, który jest właśnie uwodorodnioną chinoliną, w której do atomu azotu przybył rodnik metylu ( $\text{CH}_3$ ), a zamiast jednego wodoru wstąpił jeden hydroksyl ( $\text{HO}$ ). Chemicznem zatem nazwiskiem kairyny jest: *oxychinolinmethylhydrür*. Oprócz kairyny dali oni do poszukiwań i „kairolina“, która tem się tylko różni od pierwszej, że do chinoliny uwodorodnionej przybywa wprawdzie rodnik metylu, ale wodór nie ustępuje miejsca hydroksylowi, czyli, że kairolina różni się od kairyny tylko brakiem tlenu; chemicznem jej nazwiskiem będzie *chinolinmethylhydrür*. Podobnym do tego ostatniego związkem jest otrzymany przez Wiszniegradzkiego *chinolinaethylhydrür*, zatem uwodorodniona chinolina, w której zamiast rodnika metylu wstąpił rodnik etylu. Sposób otrzymywania dwu ostatnich środków nie nadaje się jeszcze do wyrobów na większą skalę, ale kairyna wkrótce się pojawi w handlu i dlatego bardziej już nas interesuje.

Chlorek kairyny przedstawia się w postaci proszku krystalicznego, jasnego, nie zupełnie białego (szarozółtego). Jest on łatwo rozpuszczalnym w wodzie, ma smak słono-gorzki i zarazem aromatyczny. Nie wszyscy uważają smak środka tego za nieprzyjemny, niektórym nawet wydaje się raczej przyjemnym.

F i l e h n e stosował kairynę w szeregu przypadków ostrych i przewlekłych gorączek i znalazł, że działanie jej jest zupełnie stałem. Wogóle przeciwgorączkowe działanie środka tego charakteryzuje autor w następujący sposób: u zdrowych silnych osobników dawki od 15—20 gran pozostają bez wszelkiego fizjologicznego działania, ciepłota się nie zmienia, nie występuje ani ból głowy, ani szum w uszach, ani wymioty i t. p.

U osób dorosłych, zwłaszcza wątłych, nie należy przekraczać dawki 15-o granowej co dwie godziny, może bowiem wystąpić sinieca. Autor stosował u dorosłych gorączkujących od 5—10 gran w odstępach jedno do półtora godzinnych. Podając dawki 15-o granowe nie należy ich dawać w przestankach dłuższych nad  $2\frac{1}{2}$  godziny, a w dawkach 8-o granowych w przestankach nie dłuższych nad  $1\frac{1}{2}$  godziny, działanie bowiem 15-u gran nie trwa dłużej nad 3 godziny, a po 8-u granach nad  $2\frac{1}{2}$  godziny; gdy działanie przechodzi, ciepłota wzrasta dosyć szybko przy dreszczach często bardzo silnych. U gorączkujących również żadnych przykrych działań pobocznych nie spostrzegamy.

Dawka od 5—15 gran obniża ciepłotę o  $0^{\circ},5$ — $2^{\circ},0$ C. Następną dawka jeszcze bardziej wpływa na obniżenie, tak że po trzeciej lub czwartej dawce dochodzimy do normalnej, lub nieco niższej jeszcze ciepłoty, która wszakże nigdy nie spadnie poniżej  $36^{\circ},5$  C. Spadek jest tem szybszy, im dawka była większą. Obniżeniu ciepłoty towarzyszą zawsze poty, które wszakże w tym razie są objawem wtórnym. U osób z ciepłotą normalną nigdy pot nie występuje. Autor przeważnie jednakże środek ten stosował u chorych dotkniętych ostrem włóknikowem zapaleniem płuc i twierdzi, że chorych tych można przez cały przebieg choroby utrzymać w stanie bezgorączkowym, przyczem i inne objawy tracą na swej dokuczliwości.

Mocz przy użyciu kairyny (również jak i przy użyciu kairolicy i *chinolinäthylhydrür*) przybiera barwę ciemnozieloną. Białka i cukru nie zawiera.

Przykrą stroną środka tego jest zbyt szybkie przemijanie jego działania i bardzo szybki wzrost ciepłoty przy towarzyszeniu bardzo silnych dreszczów z chwilą, gdy działanie środka tego ustaje, trzeba bowiem dla usunięcia przykrych tych następstw chorym przez noc całą we właściwych odstępach czasu środek ten podawać, co jest rzeczą trudną często do wykonania.

Autor podaje na to dwa sposoby, albo ku wieczorowi aż do północy podawać zmniejszone dawki tego środka w skutek czego ciepłota wolniej wzrasta i bez dreszczów, albo też podać na noc dawkę kairolicy od 10—30 gran, której działanie jest mniej silnem, ale daleko trwalszem, tak, że podawce takiej przez sześć godzin utrzymuje się niski stan ciepłoty i tylko bardzo wolno wzrasta.

Powimo ujemnej strony kairyny, t. j. szybkiego przemijania jej wpływu, to jednakże wcale nie jest obojętnem dla terapii zyskanie środka, przy pomocy którego jesteśmy w stanie przez większą część okresu 24<sup>o</sup> godzinnego utrzymać ciepłotę ustroju na dowolnej wysokości, bo nawet na normalnej i nawet niżej normy. Ponieważ środek ten w rozmaitych cierpieniach ostrych i przewlekłych usuwa stale i jednakowo objaw „gorączki“, prawdopodobnem jest, że podobne jego działanie będzie i przy w s z y s t k i e h chorobach gorączkowych, co wszakże stwierdzić pozostawia autor szerszemu kolu lekarzy. Nie mógł również autor zbadać zachowania się kairyny wobec zimnicy z powodu braku odpowiedniego materiału.

H. Nussbaum.

*Berl. Klin. Woch. 1882. Nr. 45.*

**MISCELANEA.** Na jak różnorodne nieprzyjemności narażony jest lekarz psychiatra przy wykonywaniu swoich obowiązków, dowodzą następujące nieszczęśliwe przypadki, jakie się zdarzyły w ciągu jednego tylko ostatniego roku w zakładach dla obłąkanych. Znany psychiatra francuzki D-r

Marchant, dyrektor zakładu w Braquevillet, został zabity wystrzałem z pistoletu przez jednego ze swoich chorych pensjonarzy. Chory dotknięty był obłąkaniem z ideami przesładowczemi, a w dyrektorze zakładu upatrywał jednego ze swoich nieprzyjaciół.

W taki sam sposób zabitym został w Marcu r. b. D-r Gray, dyrektor zakładu w Utica w New-York'u; zabójca nie był pomieszczonym w zakładzie, lecz przybył na poradę do D-ra Gray, którego poprzednio wcale nie znał. Jak się później okazało, zabójca miał w kieszeni cztery nabite rewolwery.

W Czerwcu r. b. D-r Orange, dyrektor zakładu dla obłąkanych przestępców kryminalnych w Broadmoor-Asylum w bliskości Londynu, o mało co nie został zabitym. D-r Orange podczas przeglądania w kancelaryi papierów, które mu jeden z jego chorych przyniósł, niespodzianie przez tegoż został ugodzonym w głowę kamieniem, zawiązanym w chustkę od nosa. D-r Orange chorował długo i ciężko.

Podobny przypadek miał miejsce z D-rem Beckett, dyrektorem zakładu w Dôbe we Francji. Chory w chustce miał zawiązane grubo tłuczone kawałki szkła i tym węzłem z całej siły uderzył w twarz D-ra Becketta i skaleczył go bardzo niebezpiecznie. Po dokonanym czynie chory sam sobie chciał poderznąć gardło, w czem jednakowoż służba mu przeszkodziła.

D-r Adams, lekarz zakładu w Kalamazo w stanie Michigan, także przez chorego tak niebezpiecznie nożem był poraniony, iż na drugi dzień zmarł skutkiem zadanej rany. Przez tego samego chorego także niebezpiecznie został poraniony dozorca, który doktorowi przybył na pomoc.

Dalej, dyrektor zakładu Ville-Evrard, D-r Espiande la Mastre, został podczas wizyty silnie zranionym w twarz przez chorego, który napadł nań z tyłu, chcąc mu wykluć oczy.

W Listopadzie r. b. zmarł w Berlińskim szpitalu Elżbiety dyrektor zakładu dla obłąkanych w Ueckermünde, D-r v. Gellhorn, z następstw zarażenia, udzielonego mu przez jednego z chorych, który w napadzie szaleństwa ugryzł go głęboko. Różne nieprzyjemne przypadki, chociaż mniej nieszczęśliwe niż opisane, wydarzają się w naszych zakładach dla obłąkanych.

A. Rothe.

---

## OD REDAKCYI.

---

Przystępując 2 lata temu do wydawnictwa „Gazety Lekarskiej”, postanowiliśmy, w razie jeżeli fundusze nasze na to pozwolą, kontynuować i wydawniczą działalność, przekazaną nam niejako przez tradycję. Oczywiście nie rozporządzając takimi środkami jak s. p. Girsztowt, nie marzyliśmy nawet o tem, abyśmy mogli prowadzić dalej dzieło jego w tym rozmiarze, jak on je sobie nakreślił; postanowiliśmy jednak obracać na ten cel cały czysty dochód, jaki nam przyniesie wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”. Dzięki poparciu, jakie pismo nasze zyskało od pierwszej chwili objęcia przez nas Redakcyi, jesteśmy dziś w stanie wprowadzić w czyn nasze pierwotne postanowienie i przystępujemy do wydawnictwa. Gorącym naszym pragnieniem było dać na początek dzieło oryginalne, tak tu bowiem, jak i przy redagowaniu Gazety, za główny cel nasz postawiliśmy sobie wspieranie piśmiennictwa krajowego i wpływanie na rozwój u nas nauki lekarskiej. Niestety, pomimo licznych zabiegów oryginalnego dzieła, odpowiedniego dla naszych stosunków, dostać nie byliśmy w stanie; na dziś więc zadowolić się musieliśmy tłumaczeniem, tymczasem zaś otrzymaliśmy obietnicę od jednego z najdzielniej-

szych pracowników u nas na niwie lekarskiej, że przygotowuje dla nas oryginalne dzieło w połowie roku przyszłego.

Wybór nasz padł obecnie na Farmakologiję *Nothnagel'a i Rossbach'a*; szybki niezmiernie w ostatnich latach rozwój farmakologii, masa nowych środków, wymagających krytycznej oceny ich wartości, z drugiej zaś strony ogromny rozgłos, jakim się cieszy wspomniane dzieło w Niemczech usprawiedliwiają, jak sądzimy, aż nadto nasz wybór. Wydanie tego dużego dzieła (54 arkusze) pochłonie prawie w zupełności ten fundusz, jaki na cele wydawnicze obrócić jesteśmy w stanie, od poparcia więc Kolegów zależyć będą dalsze losy naszej wydawniczej działalności. Jeżeli pierwsze to dzieło znajdzie nabywców, wtedy natychmiast przystąpimy do wydania wspomnianego dzieła oryginalnego i innych tłumaczeń, z pomiędzy których mamy na myśli dzieło *Rossbach'a*, p. t. „*Die physikalische Heilmethoden*“, t. j. wykład elektroterapii, hydroterapii, klimatoterapii, pneumoterapii, gimnastyki i masażu, które więc z farmakologiją stanowić będą całość naszej sztuki leczniczej. Co do farmakologii *Nothnagel'a i Rossbach'a*, to przekład jej jest już gotowy i do druku oddany; o warunkach prenumeraty i dacie wyjścia porobione będą osobne ogłoszenia.

---

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Wybrani zostali na członków Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego koledzy: *Florkiewicz, Fabian, Bartoszewicz i Nowicki.*

— Wydział lekarski tutejszego uniwersytetu zatwierdził w stopniu lekarzy: *Józefa Grabowskiego, Józefa Grossera, Józefa Karpińskiego i Henryka Saksa.*

— D. 26 b. m. zmarł D-r *Władysław Janikowski* wychowaniec uniwersytetu tutejszego.

---

## NADEŚLANO DO REDAKCYI:

*Adamkiewicz.* Mięsak rdzenia pachowego w miejscu wystąpienia splotu barkowego o przebiegu utajonym. *Kraków, 1882.*

*Szczawnica.* Pismo komitetu administracyjnego dla *Szczawnicy, 1882.*

*Mikulicz.* O wpływie chirurgii nowoczesnej na kształcenie uczniów w klinice chirurgicznej.

*Wojtkiewicz.* K woprosu o leczeniu sacharnawo moczozurowca salicyłowym natrom.

*Kosmowski.* Kratkij oczerk epidemii brusznowo tifa w Archangielogorodzkom miestnom batalionie w 1877—1878. *Archangielsk, 1882.*

---

**Na pomnik Mickiewicza** złożono: *Bezimiennie z Witebska, 9 rs. — S. H. z Witebska 1 rs. — Razem z poprzednio zebranemi. Rs. 836 kop. 10. 10 franków w złocie i 1 dukat w złocie.*

---

PP. prenumeratorowie „*Gazety Lekarskiej*“ mogą nabywać w naszej Redakcyi dzieło *kol. Rejchmana*, p. t. „*Niestrawność (Dyspepsia)*“, za niższą cenę *rs. 1 kop. 75, z przesyłką rs. 2.*

---

Do dzisiejszego N-ru „*Gazety Lekarskiej*“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów *Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“* za miesiąc *Październik 1882* roku z księgarni *W-go Wendego i S-ki.*

---

Wydawca **Dr. St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny **Dr. Wł. Gajkiewicz.**

---

Доводено Цензурою. Варшава 18 Ноября 1882 г. Друк К. Ковалевського Крólewska Nr. 23.

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. T. Dunin Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucnej, oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej. — II. J. Minkiewicz. Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrzędu wzrokowego. (Dalszy ciąg). — W sprawie asystentów szpitalnych. — *Dział sprawozdawczy.* 51. Filehne. O nowych środkach, obniżających w gorączce ciepłotę ciała. — Miscelanea. — Od Redakcyi. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek— Ogłoszenia.

## I. Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucnej, oraz kilka uwag o zastosowaniu lewara do wypuszczania płynów z worka opłucnej.

Podał

**D-r med. Teodor Dunin**

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem).

(Dokończenie — Patrz Nr. 47).

Historyja zastosowania lewara jest bardzo niedługą; jeszcze w 1851 r. stosował go C z e r m a k z dobrym skutkiem, lecz nie znalazł naśladowców. Dopiero w 1877 r. wprowadził go napowrót w użycie G i r g e n s o h n, a w 1879 r. H a m p e l n <sup>1)</sup>, obaj w Rydze. Właściwie jednak najwięcej przyczynił się do jego rozpowszechnienia R i e s e l <sup>2)</sup>, który jego zasady i wyższość bardzo dokładnie objaśnił. Dalej pisali o nim w chronologicznym porządku idąc: ja <sup>3)</sup> (1880 r.), G o l t d a m e r <sup>4)</sup> (1881 r.), S c h m i d t <sup>5)</sup> (1882 r.) i F i e d l e r <sup>6)</sup> (1882).

Tym sposobem, Szanowni Panowie, skończyłem z lewarem i przechodzę do drugiej części mojego odczytu, a mianowicie do leczenia ropnych wysięków opłucnej. Jeżeli, Szanowni Panowie, co do pożyteczności czynnej interwencji w surowicznych wysiękach mogą jeszcze być zdania podzielone, to sędzę, że nie ma już dziś racjonalnego lekarza, któryby chciał leczyć konserwatywnie ropne wysięki. Lecz i tego mało, nietylko wyczekujące leczenie, ale nawet proste przekłócie nie prowadzi tu do żadnego rezultatu; ropne zapalenie opłucnej, Panowie, jest ropniem i jako taki leczone być winno. A więc należy dać ropie swobo-

<sup>1)</sup> l. c.

<sup>2)</sup> l. c.

<sup>3)</sup> l. c.

<sup>4)</sup> Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 47. 1881 r..

<sup>5)</sup> l. c.

<sup>6)</sup> Ueber die Punktion der Pleurahöhle und des Herzbeutels w Volkmann'a odczytach. N. 215.

dny odpływ i leczyć ranę antyseptycznie i nigdzie może ściśle przeprowadzone antyseptyczne leczenie nie zmieniło tak do gruntu statystyki śmiertelności, jak w ropnem zapaleniu opłucnej. Ale rzeczywiście nie wszystkie ropne zapalenia opłucnej w jednaki leczymy sposób. I tak, kiedy przy świeżych wysiękach wystarczy proste przecięcie, przy starszych należy robić wycięcie części jednego lub kilku żeber, a przy bardzo długotrwałych, połączonych ze znacznym uciskiem płuca, to wszystko nie prowadzi do celu i należy, jak to w najnowszym czasie zrobił *Schede*<sup>1)</sup>, wycinać część całej ścianki klatki piersiowej i łączyć wprost skórę z opłucną trzewiową. Bądź jak bądź w świeżych przypadkach wystarcza proste przecięcie, z warunkiem, aby antyseptyczne leczenie przeprowadzone było z całą ścisłością; stanowi zaś to warunek do tego stopnia *sine qua non*, że w ostatnich czasach *Göschel*, *König*, *Wagner*<sup>2)</sup> i *Hampeln*<sup>3)</sup> nie przemywiają wcale klatki piersiowej, a wprost wypuszczają ropę, wprowadzają dren i nakładają opatrunek *Lister'a*, aby tylko jak najmniej dać sposobności zetknięcia się ropy z pasorzytami. To ostatnie, t. j. zapobieżenie zetknięcia się ropy z pasorzytami powietrza, jak to Szanowni Panowie wiecie, stanowi przecie główną istotę antyseptycznego leczenia ran. Nie szukając gdzieindziej przykładów, jako dowód szkodliwości podobnego zetknięcia wezmę ropne zapalenie opłucnej; chory miesiące chodzi z ropniem w opłucnej, a ropa pomimo to nie ulega sposoczeniu. Dość jednak przeciąć opłucne i niedbale opatrywać ranę, a w 2 dni ropa stanie się śmierdzącą, a w tydzień chory umrze na jaknajgwałtowniejszą posocznicę. Tak więc Panowie, jeszcze raz powtarzam, zasadą leczenia ropnego zapalenia opłucnej być winno, abyśmy dali ropie odpływ i zapobiegali zetknięciu się powierzchni ropiejącej z atmosferą. Z tej podwójnej zasady wychodząc, starałem się wynaleźć przy-

1) Cytowano u *Wagnera*. *Das Empyem und seine Behandlung*, w zbiorze *Volkmanu'a*. Nr. 197.

2) l. c.

3) *Die Heilung des Empyems*. (*Zeitschrift f. klin. Med.* T. IV. Z. 1 i 2).

## W SPRAWIE ASYSTENTÓW SZPITALNYCH.

W N-rze 38 „*Medycyny*“ prof. *Kosiński*, wychodząc z zasady, że w mieście naszym mało jest chirurgów, proponuje ustanowienie przy oddziałach chirurgicznych posad lekarzy, którzyby, otrzymując mieszkanie i całodzienne utrzymanie, mogli się kształcić w chirurgii i w danym razie zastępować nieobecnego ordynatora. Myśl w zasadzie niezmiernie słuszna, szkoda tylko, że prof. *Kosiński* rozwinął ją częściowo, niedostatecznie, że tak powiem, egoistycznie, szkoda tem bardziej, że odnośna władza, idąc za głosem tyle znanego specjalisty, zamiast gruntownej reformy, dać nam może tylko półśrodek, którym długo znów zadawałać się będziemy zmuszeni.

Na innem miejscu starano się wykazać prof. *Kosińskiemu*, że w mieście naszym uzdolnionych nie brak jest chirurgów. Chętnie w to wierzymy, tem bardziej, że śledząc zarówno za naszą literaturą lekarską, jak i za posiedzeniami *Towarz. Lekarskiego*, najczęściej spotykaliśmy się z pracami chirurgów, choć liczba ich jest o wiele mniejsza od liczby lekarzy innych specjalności. Nie

rząd, mogący zastąpić przecięcie opłucnej, a dający jednocześnie odpływ ropie i nie pozwalający na dostanie się powietrza do jamy opłucnej. W tym celu poleciłem przyrządzić trójgraniec zakończony kranikiem; długość trójgrańca jest taka, aby po wetknięciu do klatki piersiowej takowy tylko bardzo nieznacznie wystawał poza ściankę i tym sposobem o ile możności jak najmniej stykał się z płucem. Prócz tego kazałem zrobić trójgraniec P o t a i n'a, t. j. z boczną rurką i kranikiem w górnej, o wiele dłuższy od pierwszego. Grubość jego jest taka, że rurka jego wprowadzona w pierwszą styka się z nią zupełnie szczelnie. Jednem słowem mamy dwa trójgrańce, z których cieńszy wchodzi szczelnie w grubszy. Przy operacji postępować należy w następujący sposób: grubszy trójgraniec wpycham do opłucnej, wyjmuję sztylet i zamykam za nim kranik, tak, aby powietrze nie dostało się do opłucnej. Rurkę tę pozostawiam *à demeure* w klatce piersiowej i w tym celu poza kranikiem znajduje się tarcza, jak w rurkach tracheotomicznych, oraz dwa uszka, do których przywiązuje się tasiemka, służąca do przymocowania rurki do klatki piersiowej. Dla przytwierdzenia najlepiej jest użyć dość szerokiej elastycznej taśmy, opasującej całą klatkę piersiową; do jej końców przytwierdza się długie tasiemki, które przewlec należy przez uszka w rurce i zawiązać z tyłu klatki piersiowej. Tym sposobem unika się ucisku przez węzły tasiemek, a elastyczna taśma należycie utrzymuje rurkę. Przytwierdziwszy rurkę, którą oznaczamy lit. (a), biorę drugi trójgraniec (b), wkładam tępy sztylet do rurki (b) i wprowadzam go do pierwszej rurki (a), otwieram kranik (rurki a), wprowadzam dalej do klatki piersiowej trójgraniec (b), wyjmuję przepychadło, zamykam kranik (rurki b) i mam tym sposobem wprowadzoną długą rurkę, przez którą mogę wypuścić ropę. Tę drugą rurkę (b) należy wpięrować z aparatem ssącym, albo jeszcze lepiej z lewarem i mogę opróżnić, lub przepłukać swobodnie jamę opłucnej. Po skończeniu rękoczynów wyjmuję rurkę (b), zamykam ostrożnie kranik (b) i tym sposobem powietrze nie dostaje się wcale do opłucnej. Wreszcie koniec rurki (a), pozostającej w opłucnej, zamykam przykrywką śrubową. Na wierzch kładę

---

zmienia to jednak kwestyi do gruntu; jeżeli mamy dość chirurgów w Warszawie, to natomiast prowincya nie ma ich wcale. Nie stanowią tu zresztą chirurgowie wyjątku; w każdej specjalności brak nam odpowiednio wykształconych lekarzy i to już nie na prowincyi, ale nawet w Warszawie. Że tak jest, każdy wie i moralnie o tem jest przekonany; że tak jest, świadczy o tem stosunkowo mały ruch umysłowy pomimo 400 lekarzy w Warszawie; że tak jest, świadczą choćby np. ciągle niepomysłne rezultaty konkursów na syfilidologów. Muszą więc być jakieś braki w wykształceniu u nas lekarzy. Ale jakie?

Zacznijmy od początku. Słabe strony naszego Uniwersytetu w ogólności a klinik w szczególności znane są wszystkim i powtarzać ich tu nie mamy potrzeby; każdemu też wiadomo, że brak klinik dla chorób kobiecych, dzieci, ocznych, nerwowych i krtaniowych, (tych ostatnich nawet teoria nie jest wykładana), musi wpłynąć ujemnie na wykształcenie młodzieży lekarskiej. Z drugiej jednak strony pracowitość naszej uniwersyteckiej młodzieży i tak ułatwiony dostęp do chorych, jak tego przynajmniej na niemieckich klinikach nigdzie nie ma, sprawiają, że młody lekarz, kończący u nas studia, nie stoi przecięciowo niżej od lekarza francuzkiego lub niemieckiego, który dopiero co opuścił Uniwersytet. Nie tu więc szukać należy przyczyny złego. Zresztą Uniwersytet, choćby

gazę karbolową i gruby pokład waty tak, aby w razie potrzeby chory mógł nawet na tym boku się położyć. Wreszcie dla utrzymania ściślejszej antyseptyki można trójgrańcem przed wbiciem go w klatkę piersiową przebić kawałek protektywy, którą przy każdym opatrunku należy zmoczyć roztworem kwasu karbolowego. Oczywiście przy tym sposobie leczenia ropa nie ma ciągłego odpływu, można ją jednak dowoli wyprowadzać nawet kilka razy dziennie bez sprawienia bólu choremu i bez obawy wprowadzenia powietrza do jamy opłucnej. Ten więc sposób, przezemnie podany, czyni zadość dwom wyżej wymienionym kardynalnym warunkom, t. j. dajeroście swobodny odpływ i robi leczenie antyseptycznem *par excellence*. Główny zarzut, jaki temu sposobowi zrobić można, jest ten, że zapomocą podanego przyrządu nie zdołamy dokładnie oczyścić jamy opłucnej od włókniaka. Zarzut to, Panowie, z wielu względów jedynie pozorny. A najprzód małe kawałki włókniaka przejdą łatwo przez moją rurkę; po drugie, włókniak sam przez się nie jest tak szkodliwy; istotnie w surowicznych wysiękach nie brakuje go nigdy, a jednak nie przeszkadza on zupełnemu wyleczeniu. Nie włókniak, Panowie, jest szkodliwy, ale jego rozkład. To też w przypadkach posokowatego zapalenia opłucnej należy go o ile możności oddalić, i tam, być może, przyrząd mój okaże się niewystarczającym. Że tak jest, dowodzą tego spostrzeżenia K ö n i g'a, W a g n e r'a, H a m p e l'n'a, którzy nie przestrzykują wcale jamy opłucnej i tylko opatrują ranę antyseptycznie, a jednak otrzymują wyniki lepsze, aniżeli przy systematycznym wymywaniu opłucnej. Zresztą, Szanowni Panowie, zarzut ten upada przez to, że w świeżych ropnych wysiękach włókniaka wcale nie ma. Fakt ten znany jest lepiej anatomo-patologom aniżeli chirurgom, którzy zwykle mają do czynienia z zadawnionymi przypadkami otoku ropnego; istotnie, kto miał sposobność badania wielu ropnych wysięków opłucnej, ten wie, że w świeżych przypadkach, jak to np. się dzieje po chorobach zakaźnych, wysięk ropny bywa zupełnie płynny, obie zaś blaszki opłucnej są zupełnie gładkie i nie pokryte wcale włókniakiem. Nie jest to zre-

---

najlepszy, nigdy wykształcić nie jest w stanie w zupełności młodego lekarza; zawsze da mu tylko pewną sumę teoretycznych wiadomości, pewne wskazówki, kierunek, który rozwijać i uzupełniać ciągle potrzeba i to nie inaczej jak sumienną obserwacją przy łóżku chorego. Gdzież jednak znajdzie młody lekarz tę sposobność? Praktyka prywatna nie da mu do tego pola, raz dla tego, że nie pozwala na systematyczną obserwację chorego, po drugie dla tego, że młody lekarz w początkach swego zawodu nie ma tylu chorych, aby się na nich wykształcić był w stanie. Później, kiedy się praktyka rozwija, lekarz staje wobec niej nie tylko nie z większym zapasem wiadomości, niż z chwilą ukończenia Uniwersytetu, ale nawet z mniejszym, zapomina bowiem nawet tej podstawy medycyny praktycznej, t. j. systematycznego zbadania chorego. Nie przesadzamy, twierdząc, że nawet najbardziej wzięci praktycy, nie potrafią systematycznie i umiejętnie zbadać chorego, jeżeli tylko nie przeszli przez szkołę szpitala. Z drugiej strony najlepszy dowód wyższości tej szkoły, jaką daje szpital, mamy na konkursach, jakie się w naszych szpitalach odbywają; utrzymują się na nich zawsze byli asystenci klinik i zawsze okazują ogromną wyższość nad swymi kolegami, którzy nie przechodzili przez kliniczną szkołę. I tak na 7 pomyslnych konkursach otrzymali posady ordynatorów: K l i n k, G e p n e r,



szną fakt odosobniony, patologowie bowiem wiedzą <sup>1)</sup>, że ropa nietylko przeszkadza wytwarzaniu się włókniaka, ale, co więcej, już wytworzony rozpuszcza. Przyczyna tego zjawiska do dziś dnia nie jest wyjaśnioną, sam zaś fakt tembardziej jest dziwny, że jak Szanownym Panom wiadomo, do wytworzenia włókniaka obecność pewnej ilości ciałek ropnych jest niezbędną. Te przypadki, w których obok ropnego wysięku znajdujemy znaczne złogi włókniaka, prawdopodobnie pochodzą z przemiany surowiczo-włóknikowych wysięków; pod tym względem radziłbym Szanownym Panom przejrzeć kazuistykę, podaną przez *W a g n e r a* <sup>2)</sup>. Znajdziecie tam Panowie opisane świeże przypadki, w których nie było wcale włókniaka, natomiast znajdował się on w tych przypadkach, gdzie najpierw robiono przekłucie i wypuszczano wysięk surowiczy. Zresztą, jak powiedziałem, włóknik nie stanowi tu najważniejszej przeszkody do wyleczenia; daleko więcej zależy ono będzie od stanu płuca. Jeżeli to ostatnie będzie tak znacznie ściśnięte, że wcale lub z trudnością tylko rozszerzyć się może, wtedy oczywiście przekłucie moim przyrzędem, lub proste przecięcie, nie wystarczy. Tu trzeba bardziej złożonych operacyj, które już wyłącznie do chirurgów należą. Już z tego, Szanowni Panowie, widzicie, jak ważną jest rzeczą operować ropne zapalenie opłucnej w jaknajwcześniejszym okresie; że zaś nie mamy żadnego takiego objawu, po którymby można na pewno rozpoznać, z jakim mianowicie wysiękiem mamy do czynienia, dla tego jestem zdania, że obowiązkiem sumiennego lekarza jest w każdym przypadku z a p a l e n i a o p ł u c n e j, jeżeli tylko gorączka jest silna, lub jeżeli wysięk przy obojętnem leczeniu (tak nazywam wszystkie środki moczopędne, napotne i odciągające) nie ustępuje po upływie 10 dni do 2-eh tygodni zrobić nakłucie próbne. To nakłucie, wykonane szprycą *P r a w a z'a* nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa; ja wykonywam je

<sup>1)</sup> Patrz *C o h n h e i m*. Vorlesungen über die allgemeine Pathologie. T. I. wydanie 2 str. 311, 1882 r..

<sup>2)</sup> l. c.

---

*K u r c y j u s z*. *D u n i n*. *G r o s s t e r n*. *M a t l a k o w s k i*. wszyscy asystenci klinik i jeden tylko *P ł a c z k o w s k i*, który nie był wprawdzie asystentem kliniki, ale był asystentem oddziału szpitalnego. Te zaś konkursy (syfilidologów), na które asystenci klinik nie stawali, spełzały zawsze na niczem. Czem że się to dzieje? Czy powyższych ludzi wykształciły kliniki, jako takie? Niewątpliwie kliniki, rozporządzając większemi środkami materyjalnemi aniżeli szpitale, dają też i większą możność kształcenia się; i to prawda, że obowiązkowe asystowanie na wykładach, choćby najgorszych, także może przynieść pewną korzyść. Nie należy jednak tych rzeczy przeceniać. Nasze kliniki są dziś jeszcze na tym stopniu rozwoju, że dbają o korzyść studentów, ale nie troszczą się wiele o asystentów. Są oni zostawieni swojemu losowi; pracują—jak chcą, czytają—co chcą, a w ich pracach naukowych profesorowie żadnego nie biorą udziału. To też kształci ich głównie nie klinika, lecz szpital; mając możność ciągłego stykania się z chorymi i będąc obowiązany do sumiennego ich badania, przyswajają sobie sami prawie, bez niczyjej pomocy, należytą metodę i wprawę w badanie, a co za tem idzie i leczenie. Nikt też zapewne nie zaprzeczy, że asystenci klinik dostarczają najlepszego kontyngensu praktycznych lekarzy. Ale oczywiście przy ograniczonej liczbie klinik i liczba lekarzy dobrze wyćwiczonych tą drogą

w każdym przypadku zapalenia opłucnej i wszędzie tam, gdzie nie jestem pewien, czy wysięk istotnie istnieje; niejednokrotnie też wprowadzałem igłę do płuca, a pomimo to nigdy najłżejszych nawet szkodliwych objawów nie widziałem. Jedynym warunkiem tu jest, aby igielka w czystości była utrzymywana. Tymczasem zawczasu rozpoznany i leczony ropny wysięk opłucnej o ileż lepsze daje rokowanie aniżeli zastarzały.

Dla tych to świeżych przypadków przyrząd mój oddać może, sądzę, pewne usługi. Najpierw z teoretycznego punktu wychodząc, ma on tę wyższość, że chroni chorego przed operacją, która aczkolwiek prosta, nie jest, jak to pokazał *Hampeln*<sup>1)</sup>, bez niebezpieczeństwa, i bywa czasami przyczyną nawet nagłej śmierci. Dalej sprowadza ona odnę piersiową (*pneumothorax*), która wywołuje zawsze atelektazę płuca, które przez to trudniej w dalszym ciągu leczenia się rozszerza i opóźnia zupełne zagojenie rany, albo też pozostawia na długi czas przetoki. Wreszcie porządnie opatrywana rana daje niewątpliwie pomyślne wyniki, ale jakże to trudno o to wszędzie i zawsze. Tymczasem mój przyrząd daje możliwość każdemu lekarzowi operować, cały bowiem sposób postępowania polega na prostym przekłóciu. Tym sposobem daję w rękę lekarzom prosty przyrząd, którym mogą zastąpić operację, a przez to leczyć wcześniej, a więc i skuteczniej, ropnie opłucnej. Dalej, zapobiega się tu atelektazie płuc, a wreszcie czyni się leczenie antyseptyczne zbytecznym.

Z tych punktów wychodząc, śmiem polecić Szanownym Panom przyrząd mój do wypróbowania; niech bezstronna krytyka wykaże, czy odpowie on tym nadziejom, jakie w nim pokładam.

---

<sup>1)</sup> Zeitsch. f. kl. Med. I. c..

---

jest bardzo małą i nie wystarcza nawet na potrzeby Warszawy. Tu szpitale powinny przyjść w pomoc klinikom i stać się tem, czem między innymi być powinny, t. j. instytucją naukową, pedagogiczną, dopełnieniem Uniwersytetu. Rozumieją to dobrze Władze Szpitalne w innych krajach, kiedy już to w postaci internów, już sekundaryjuszów, starają się ściągnąć do szpitali jak największą liczbę młodych lekarzy; tak też wysoko ceni się tam praktyka szpitalna, że lekarz francuzki w późnym wieku nawet, jako najlepszą swoją rekomendację uważa tytuł *ancien interne*, którego też nigdy nie zaniedbuje dodawać. U nas na tem polu zrobiono bardzo mało i reformy są konieczne, a leżą one jednakowo w interesie lekarzy, jak szpitali i nauki. Wprawdzie i nasze szpitale mają prawo przyjmowania asystentów i posiadają w tym celu odpowiednią ustawę, ale ustawa ta w wielu razach jest niewystarczającą, a w innych wprost nawet szkodliwą. I tak, według obowiązującej ustawy asystenci są rzeczą dodatkową, bynajmniej nie konieczną; mogą być i nie być, nie są płatni i wreszcie przywiązani są nie do oddziału, ale do osoby ordynatora; ten ostatni, jeżeli chce, może do swego oddziału asystenta nie dopuścić, co też miewało miejsce. Ordynator dopiero po 5 latach służby ma prawo przyjmowania asystenta, ten ostatni znów nie może mieć więcej nad 3 lata praktyki; oba zaś te ograniczenia są szkodliwe i trudno się po-

## II. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

### CHOROBY PRZYRZĄDU WZROKOWEGO

Napisał

D-r **Jan Minkiewicz** (z Tyflisu).

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 47).

g) Częściowe oberżnięcie obu rogówek u starozakonnego w skutek miejscowej łuszczyki (*pannus*). Chory wszystko widział żółtawo. Skutek operacyi na prawem oku był pomyślny, na lewem zaś, mocniej cierpiącym, w pierwszych dniach po operacyi chory nie zauważył żadnego polepszenia. Po operacyi wkraplano lekki rozczyń nalewki makowcowej. Użycie ciepłych okładów, albo suchego opatrunku po tych operacyjach daleko jest skuteczniejszem niż zimnych, wymagających daleko większej bacności i pieczołowitości ze strony obsługujących.

h) Starozakonna młoda dziewczyna z Newła w Witebskiem. Stan oczu był następujący: lewa rogówka groniakowata, zamglona, naczynie w niej bardzo mocno rozwinięte, na prawej rogówce ograniczone dużo bielmo; tem okiem chora cokolwiek widzi, lewem zaś nie. Chora oddawna cierpi na zapalenie łącznicy. Dnia 13. VIII. 1862 r. na prawej rogówce ściałem dość grubą warstwę bielma, na lewej zaś zeszkrobałem mniej. Po operacyi ból, światłowstręt, słabe ropienie. Powoli objawy te znikły i chora widziała cokolwiek lepiej. Operacyję powtórzono dnia 23. VIII. także z lekkim polepszeniem.

i) Do szpitala wojskowego Tyfliskiego wszedł d. 12. III. 1862 r. posługacz szpitalny Grygorjew, 40 lat mający. W historii jego choroby oznaczono, że od 3-ech lat prawem okiem nic nie widzi, na lewem zaś istnieje przekrwienie naczyń rogówki od 3-ech dni. Używano na przemian roztworu azotanu srebra i siarczanu mie-

---

jąc dadzą. Asystenci w czynnościach swych są niezmiernie ograniczeni, a jako bezpłatni do ich wykonywania nie są obowiązani. Nic też dziwnego, że na takich zasadach ustanowieni asystenci nie przynoszą żadnej korzyści dla szpitala i dla siebie też osiągają jej bardzo niewiele; to też ustawa powyższa winna być z gruntu zreformowana. Nie mamy zamiaru podawać wykończonego jej projektu, co zresztą byłoby niemożliwem, podajemy tylko główne punkta wraz z odpowiednimi motywami, na których zdaniem naszym oprzeć się powinna.

1) Asystenci winni być tak uposażeni, aby mogli prowadzić skromne życie, bez oglądania się na postronne zajęcie. Dla tego szpital winien im dać mieszkanie, całodienne utrzymanie, (jak się to dzieje na całym świecie) i pensyję w ilości rs. 200, która jest dla młodego człowieka, który dopiero co ukończył Uniwersytet, zupełnie wystarczającą. Przy bezpłatnem jak dotychczas pełnieniu obowiązków szpital nie może wymagać od asystentów należytego oddania się pracy; przy tem zmuszony jest brać takich kandydatów, jacy się przedstawiają i którzy nieraz zapisują się na asystentów dla celów zupełnie postronnych. Zapewniając im utrzymanie, szpital będzie miał dość kandydatów, z których najzdolniejszych będzie mógł wybrać.

2) Asystenci powinni być przywiązani do oddziału bez względu na osobę

dzi. Dnia 23. III. rogówka nieładka, zadymiona. Dnia 26. III. przekrwienie naczyń białkówki lewego oka. *Vesicans* na skron. D. 22. XI. owrzodzenia na lewej rogówce, wzrok bardzo osłabiony, chory zaledwie odróżnia otaczające przedmioty. Dnia 5. XII. jaglica górnej powieki. Dnia 10. XII. przekrwienie łącznicy znowu się wzmogło. Dnia 7. I. 1863, widząc chorego pierwszy raz, znalazłem, że  $\frac{2}{3}$  części zewnętrznej prawej rogówki są białe, nieprzezroczyste, szczególnie w środku plamy. Wewnętrzna część rogówki jest nietknięta i przez nią to chory niewyraźnie, mgławo widzi. Niepodobna było bez rozszerzenia źrenicy oznaczyć, czy tęczęwka była zrosnięta z rogówką, czy nie. Tegoż dnia zeszkrobałem dość grubą warstwę bielma, szczególnie z wewnętrznej jego części. Okład letni. Dnia 9. XII. przekrwienie naczyń łącznicy większe. Azotan srebra, gr. 1— $\bar{5}$  1. *Vesicans* po za-  
nchem. Dnia 10. XII. bóle w gałce ocznej ustały; przekrwienie niemal w tymże stanie. D. 15. XII. zapalenie spojówki ustało. *Laud. liq. Sydenhami*  $\text{ʒi—ʒv}$  wody. Dnia 30. XII. chory widzi lepiej. Dnia 6. IV. nowe zapalenie łącznicy; rozczyn azotanu srebra. W kilka dni potem, widząc chorego, znalazłem bielmo lewej rogówki więcej niż o połowę mniejsze, niż przed operacją. Teraz już wyraźnie można było widzieć, że chory miał zaćmę torebkową. Chory lepiej widzi niż przed operacją. Zeskrobanie bielma prawej rogówki było dokonane dwa razy.

k) Zeskrobanie obu rogówek groniakowato zwyrodnionych i mających bielma u dziecka  $2\frac{1}{4}$  miesięcznego, zrodzonego z matki ormijanki i ojca izraelity. Dziecko zaraz po urodzeniu dostało zapalenia oczu noworodków (*ophthalmia neonatorum*); operacja była zrobioną dnia 15. VII. Rogówki nazajutrz po operacji były pokryte białawym wysiękiem; na prawem oku było to mniej wyraźne, gdyż rana była mniejsza. Wkraplano słaby roztwór octanu glinu i robiono z niego okłady. Po zabliznieniu się ran bielmo prawego oka i światłowstręt zmniejszyły się. Zalecono na przemian wkraplać roztwór azotanu srebra i słaby roztwór *Laud. liq. Sydenhami*. Powtórzyłem zeskrobkiwanie dnia 20. VIII i 2. IX. Mocniejszego oddziaływania nie było. Temuż choremu dnia 19. VI. 1864 r. poprzecznie rozciąłem

---

ordynatora. Byłoby do życzenia, aby każdy oddział posiadał swego asystenta, jednakowoż przy naszych małych oddziałach (średnio po 30 łóżek) wymagałoby to zbyt wiele kosztów. Dla tego trzebaby albo zredukować po 2 oddziały w jeden i dać po jednym ordynatorze i po 2-óch asystentów, albo też zostawić 2-óch ordynatorów, a dodać jednego asystenta. Pierwsza reforma byłaby trudniejszą do przeprowadzenia; dlatego przypuszczamy, że na początek dodano by na 2 oddziały wewnętrzne jednego asystenta. Oddziały chirurgiczne i akuszeryjne, które zwykle są większe, powinny mieć każdy po asystencie; jeżeli oddział wewnętrzny może istnieć bez asystenta, to chirurgiczny i akuszeryjny bez takowego jest wprost anomaliją, którą trudno jest pojąć.

3) Asystent obowiązkowo 2 razy dziennie winien być na swoim oddziale i winien wykonywać te rozmaite czynności, którym ordynator sam podolać nie jest w stanie (opatrunki, elektryzowanie, ważenie i t. p.); prócz tego ma prawo badać chorych tyle razy, ile mu się to tylko spodoba, a w razie nieobecności ordynatora zastępować go za wiedzą władzy. Tu pozwolę sobie na małą uwagę. Dotychczasowa ustawa krępuje głównie asystentów w tym duchu, aby ordynatorzy nie wyręczali się nimi i nie opuszczali w swych czynnościach. Próżna obawa; niedbały ordynator poradzi sobie w ten sposób, że swą wizytę skończy

w lewym oku sposobem K ü c h l e r'a groniak kulisty całkowity. Opatrunek naciskowy. Dnia 26. VI. rana poprzeczna doraźnem spojeniem już zablizniona. Objętość lewego oka mniejsza, gałka mniej wystaje, powieki ją zakrywają. *Laud. liq. Sydenhami* 5j—5/3 wody ciągle wkraplano do obu worków łącznicowych.

b) Służący, Niemiec, po rzeźączce przed kilku laty uległ zapaleniu obudwu oczu, które się zakończyło powstaniem bielm zupełnie prawie zakrywających tęczówkę. Lewem okiem chory odbierał słabe wrażenia światła. Dnia 21. XI. 1863 r. zrobiłem mu na tem oku pierwsze zeszkrobanie, po którym nie było żadnego miejscowego oddziaływania, chory nawet nie skarżył się na ból; zimnych okładów nie robiono. D. 17. I. 1864 r. powtórne zeszkrobanie bielma lewej rogówki, po którym chory cokolwiek więcej odbierał wrażeń świetlnych niż przed operacją. Obrócony do okna poznaje, gdzie ono się znajduje, ale ram nie odróżnia; światło miało dla niego odcień czerwony; założono zwyczajny opatrunek; przez następne dni nie było żadnego oddziaływania miejscowego; pozostała czerwoność w miejscu zakłócia haczykiem spojówki. D. 21. I. chory uważa, że mgła przed okiem rozpostarta stała się bardziej przezroczystą, ale ram w oknie nie odróżnia. Wkraplano codziennie po kilka kropel rozczyynu z pół grana siarczanu atropiny w połowie uncyi wody. Chory zauważył, że widzi od zewnętrznej strony cokolwiek lepiej. Dnia 12. II. bielmo po zeszkrobaniu daleko bledsze, bardziej przezroczyste. Chory uważa, że stopniowa mgła staje się jakby rzadszą; zewnętrzną częścią widzi przedmioty cokolwiek wyraźniej. Zrobiłem irydektomiję. Opatrunek naciskowy. Po operacji lekki ból w gałce ocznej. Podano choremu soli glauberskiej pół uncyi. Ku wieczorowi nie było żadnej gorączki. D. 13. II. chory nie skarży się na żadne bóle w oku. Zdjąwszy opatrunek, znalazłem zapalenie łącznicy, szczególnie w kącie wewnętrznym. Nowa źrenica jest okrągła i leży między plamą a obwodem. Chory z boku daleko lepiej widzi niż w środku pola widzenia; mocny światłowstręt przy wniesieniu palącej się świecy do pokoju. Wkraplanie atropiny i takież opatrunek. Chory po wkraplaniu uczuł, że ból i przykre uczucie w oku znikły. D. 14. II. stan ogólny i stan przewodu pokarmowego dobry.

---

w 15 minut, sumienny w obecności asystenta znajdzie tylko pobudkę do tem lepszego zajęcia się oddziałem.

4) Asystenci w szpitalach, w których liczba ich wynosi co najmniej 4, wienni dyżurować; ten ostatni obowiązek rozłożony co najmniej na 4 zbyt uciążliwym nie jest.

5) Asystent w szpitalu ma pozostawać 3 lata i po tym czasie na nowo wybranym być nie może. To ograniczenie odpowiada założeniu naszego projektu i ma na celu, aby jak największa liczba lekarzy mogła przejść przez szpital.

6) Asystenta wybiera nie sam ordynator; przy naszym zamiłowaniu do protekcyj, otrzymywali by posady nie najzdolniejsi, ale znajomi, krewni i t. d. Najlepiej by było ustanowić dla asystentów konkursy, zastosowane do ich uzdolnienia, albo też wybór poruczyć komisji z ordynatorów złożonej.

W powyższych kilku paragrafach staraliśmy się nakreślić główne zasady odpowiedniej ustawy; dobrej strony podobnej reformy wykazywać nie potrzebujemy, aż nadto bije ona w oczy. Rozpatrzmy teraz odwrotną stronę medalu.

Jedyną przeszkodą do wprowadzenia podobnej reformy może być tylko ów niewyleczalny brak funduszków, na jaki chorują nasze szpitale. Rozpatrzmy rzecz konkretnie. Przedewszystkiem z chwilą wprowadzenia posad asystentów stają się

Nowa źrenica szersza; brzegi rany spojone; chory odróżnia ruchy palców przed okiem. D. 20. II. chory rozpoznaje swoją twarz, światłowstręt mniejszy; lekkie zapalenie spojówki; opatrunek zwyczajny nienaciskający; wkraplanie azotanu srebra. D. 7. III. chory sam chodzi po sali, czego dawniej nie mógł. D. 8. III. na prawem oku zrobiłem od dołu sztuczną źrenicę, ale tu oddalenie tęczówki było trudne, gdyż zupełnie stykała się z tylną powierzchnią rogówki; po operacji wkroplono atropinę; opatrunek naciskowy. D. 9. III. chory skarży się na ból w gałce ocznej, w głowie i na łzawienie; po zdjęciu opatrunku w ciemnym pokoju chory odbiera mocne wrażenie światła. Po 2 gr. kalomelu 4 proszki; wkraplanie atropiny. Dnia 12. III. zapalenie łącznicy, mocne łzawienie, światłowstręt, kawałek tęczówki zaciśnięty. Chory odróżnia ruchy palców, ale nie wie, ile ich się rusza; widnokrąg czerwony. *Inf. larat. Vindeb.*. D. 17. III. stopniowo zapalenie ustało i chory wyszedł ze szpitala, lewem okiem więcej widząc, prawem zaś mniej. Ogólny skutek był taki, że chory był w stanie sam bez obcej pomocy chodzić po ulicy.

m) Zeskrobywanie rogówki u kobiety dnia 20. X. 1863 r. pozostało bez oddziaływania lecz i bez korzyści.

n) W roku 1865 17. VII. w szpitalu miejskim oberznąłem u dymisyjonowanego żołnierza całkowicie rogówkę i zeskrobałem plamę jej na obu oczach bez skutku.

o) Chory cierpiący na łuszczkę nacyniową prawej rogówki odróżnia ruchy palców przed okiem poruszanych. Oberznąwszy całkowicie rogówkę, zastosowałem opatrunek naciskowy. Chory po zagojeniu rany więcej odbiera wrażeń świetlnych na obwodzie.

p) D. 8. VIII. Powtórzyłem oberznięcie rogówki u kucharza, cierpiącego na łuszczkę, któremu dawniej już robiłem tę operację; polepszenie.

q) D. 16. IX. Zeskrobanie rogówki prawej u chorego, któremu pierwiej oberznąłem rogówkę; operacja bez skutku.

---

niepotrzebne posady miejscowych lekarzy. Ustanowienie tych ostatnich jest wyraźnym dowodem dbałości p. Inspektora szpitali o dobro powierzonych mu zakładów. Czuł on to dobrze, że szpitale tak, jak były dawniej, prawidłowo funkcjonować nie mogą, że muszą być młodzi ludzie dodani do pomocy ordynatorom w wykonywaniu ich czynności; to też pokładał on ogromne nadzieje, że z chwilą ustanowienia tych posad, poziom naukowy szpitali znacznie się podniesie. Szkoda jednak, że nie posunął reformy do ostatecznych granic i stworzył płód, który istotnie niedonoszonym nazwać należy. Miejscowy lekarz jeden, lub nawet trzech (w szpitalu Dz. Jezus), nie będąc przywiązanymi do żadnego oddziału, nie są żadną pomocą dla ordynatora; nie znają chorych, z powodu zaś ich ogromnej liczby nie mogą ich dokładnie zbadać. Tymczasem uposażenie ich jest takie, że wystarczy na utrzymanie o wiele większej liczby asystentów. I tak według naszej rachuby szpital Dzieciątka Jezus winien by dostać 6 ciu asystentów, ma bowiem 7 oddziałów terapeutycznych, jeden dziecięcy (po jednym asystencie na 2 oddziały=4) i 2 chirurgiczne (po jednym); pensyje by więc wynosiły 1200 rs. rocznie, kiedy dziś trzech miejscowi lekarze otrzymują więcej, bo 1350 rs.. Tak więc największy szpital nie tylko by nie stracił, ale nawet zyskał na tej zmianie.

r) Dnia 1. X. zeskrobanie plam rogówki prawej u chłopczyka 1½ roku mającego. powstałych po zapaleniu oczu noworodków. Rezultat niewiadomy.

s) D. 30. *Keratitis pannosa*; na dolnej wewnętrznej części obudwu oczu wrzodzik niewielki. powierzchowny; chora górną częścią rogówki cokolwiek widzi; po oberznięciu zastosowałem opatrunek naciskowy. Siostra chorej w tym czasie cierpiała na różę; w kilka dni powstała róża i u operowanej. We dwa dni potem operowana uległa cholercze i umarła.

t) 16. XI. u żołnierza cierpiącego na dawniejszą *irido-capsulitis* pozostało zapalenie łuszczkowate dolnej części rogówki. Wykonano oberznięcie połowiczne dolne. po którym nastąpiło znaczne polepszenie.

u) D. 18. XI. zeskrobanie plamki na prawej rogówce; prof. Grube dawniej zrobił temuż choremu sztuczną źrenicę; po zeskrobaniu widoczne polepszenie.

w) 1867 r. 5. II. oberznięcie lewej rogówki przy poczynającym się skrzydliku.

y) oberznięcie dwóch prawych i 1-ej lewej rogówki i zeskrobanie łuszcзки.

Co do korzyści oberznięcia, to na zasadzie naszych spostrzeżeń przyszliśmy do tego przekonania, że w zapaleniu rogówki łuszczkowatej, w łuszczce, operacja ta, w połączeniu z zeskrobywaniem samej rogówki uległej tej zmianie, z korzyścią może być użyta. Tu nie dość jest tylko przeciąć spojówkę i podspojówkę, ale należy wyciąć je. Tym bowiem sposobem odcina się przypływ krwi. same naczynia przecięte zmniejszają swą objętość. łatwiej więc i więcej przejdzie promieni światła do wnętrza oka. Zeskrobywanie łuszcзки i wierzchniej warstwy rogówki obfitującej w naczynia przyczyni się nietylko do zniszczenia naczyń nieprawidłowo rozwiniętych. ale sprzyja także wessaniu wysięków. Dołączywszy do tego zasypywanie kalomelu i nalewki makowcowej prostej lub szafranowej. można dojść do ładu z uporczywą łuszczką. Naturalnie niedość bywa jednorazowego oberznięcia, wypadnie nieraz powtórzyć operację.

---

Drugim punktem jest mieszkanie. Tu przedewszystkiem przyszłyby mieszkania zajmowane przez miejscowych lekarzy. które po większej części są obszerniejsze aniżeli potrzeba na lokale dla jednego asystenta (np. w szpitalu Dzieciątka Jezus składają się z 4 i więcej pokojów). Tym sposobem szpital Dzieciątka Jezus i żydowski miałby prawie gotowe mieszkania. Oprócz tego dotknąć musimy tego. na co już zwrócił uwagę prof. Kosiński. mianowicie chodzi tu o mieszkania naczelnych lekarzy. Poruszamy tu wprawdzie rzecz drażliwą która dla naszych starszych kolegów może być bardzo nieprzyjemną. ale istotnie udzielanie naczelnym lekarzom mieszkań jest zbytkiem. na jaki biedne nasze szpitale pozwalać sobie nie powinny. Naczelnym lekarz w ogóle niewiele ma do roboty, nie ma też najmniejszej potrzeby znajdować się cały dzień w gmachu szpitalnym. Zresztą nacz. lek. nie mieszka w szpitalu Żydowskim, w szpitalu dla obłąkanych. w szpitalu Ewangelickim. w szpitalu za Wolskimi rogatkami. w instytucie oftalmicznym, a jednak zakłady te funkcjonują nie gorzej od innych. Natomiast mieszkania zajmowane dziś przez naczelnych lekarzy pomieściłyby w zupełności asystentów i co więcej część ich mogłaby być odnajęta. a otrzymany ztąd fundusz obrócony na rachunek pensyi asystentów. Tym sposobem o pomieszczenie asystentów w większej

Co do zeszkrobывania plam rogówki, to w tych przypadkach, gdzie można zrobić sztuczną źrenicę (*iridectomy, iridodesis*), tam nie może być mowy o tej operacyi, jako o środku ważnym; jeśli zaś pierwszej dokonać nie podobna, to można spróbować zeszkrobywać, aby po zmniejszeniu grubości miejsca nieprzezroczystego większa ilość promieni świetlnych mogła do wnętrza oka przeniknąć, przez co chory może cokolwiek lepiej widzieć. Niektórzy nasi chorzy o tyle po zeszkrobaniu plam doznawali polepszenia, że po tej operacyi swobodniej mogli chodzić po pokoju i mniej wymagali obcej pomocy. To szczególnie dawało się widzieć, jeśli zeszkrobывaliśmy obwód plamy, odpowiadającej źrenicy.

#### 21. W r z o d y r o g ó w k i.

Wrzody rogówki *en facette* często widziałem u dziewczynek małych, młodych, szczególnie u pensjonarek małokrwistych. Niekiedy wrzody te istniały jednocześnie z jaglicą na łącznicy. Tym wrzodom zwykle towarzyszy ból głowy, łzawienie i mocny światłowstręt. Miejscowo stosowałem wkraplanie atropiny, *Laud. liq. Sydenhami*, słabego rozczyń kamienia piekielnego i siarczanu cynku na przemiany; wewnątrz środki wzmacniające: żelazo, chininę, goryczkę. Raz obserwowałem u panny przeszło 20-letniej wrzód rogówki lewej, odznaczający się niezwykle szybkim przebiegiem, zagrażającym pęknięciem dna wrzodu. Wrzód ten znajdował się na zewnętrznej rogówki połowie, był okrągły, lejkowaty, szerszą podstawą ku przodowi, wierzchołkiem zaś ku błonie *D e s c e m e t'a* skierowany i do niej prawie sięgający. Brzegi wrzodu  $1\frac{1}{2}$  mm. szerokie nierówno, niegładkie, pod lupą strzępiasto wyglądające, białe, mętne. Światłowstręt i ból w oku były w najwyższym stopniu mocne. Skurecz powiek był tak znaczny, że z wielką tylko trudnością i to w zupełnie ciemnym pokoju można było odkryć i widzieć oko. *B o w m a n* w podobnych razach radzi stosować zwilżenie wrzodu jedną kroplą mieszaniny *ol. terebinthinae et ol. olivarum*. Mieszanina ta bywa rozmaita: 1 cz. oliwy na 2 cz. olejku terpentynowego, 1 na 1, wreszcie 2 cz. oliwy na 1 cz. ol. terpentynowego. Ja użyłem ostatniej mieszaniny, nadto zastosowałem opatrunek naciskowy. Skutek był zupełnie zadawalający.

części szpitali władze nie potrzebowały by się troszczyć, mają bowiem mieszkania gotowe.

Nareszcie utrzymanie asystentów nie może obciążyć zbytecznie budżetu szpitali. Dać śniadanie, obiad, wieczerzę dla 2 do 6 ludzi w tak olbrzymich instytucjach jak szpitale jest bagatelą, o której wspominać nie warto.

Rozpatrzmy teraz ważniejsze szpitale po kolei:

Szpital Dzieciątka Jezus winien dostać 6 asystentów (4-ech terapeutów), dwóch chirurgów), dla których ma pensyje z dotychczasowego wynagrodzenia lekarzy miejscowych i mieszkania (w liczbie 12 pokoi) już to z dotychczasowych mieszkań tychże lekarzy, już też z lokalu naczelnego lekarza i jego pomocnika. Gdyby szpital chciał być konsekwentnym osiągnąłby nawet z tej reformy zysk dość znaczny.

Szpital Ś-go Ducha ma tylko 2 oddziały wewnętrzne szpitalne (reszta zajęta jest na kliniki), potrzebuje więc jednego asystenta. Mieszkanie ma dla niego po miejscowym lekarzu, wypada tylko dodać 200 rubli.

Szpital Ś-go Rocha ma 1 oddział chirurgiczny i 3 terapeutyczne, wypada więc 3 asystentów. Mieszkania ma po miejscowym i naczelnym lekarzu. Część



Nazajutrz znalazłem wrzód zupełnie oczyszczony, dno jego stanowiła błona D e s c e m e t a; zabliznienie po tem postępowało bardzo spiesznie, lecz pozostała plamka na rogówce. Używając tego sposobu leczenia, radziłbym uprzednio znieczulić chorą czy to morfiną, czy też nawet chloroformem, gdyż bóle w naszym przypadku były tak silne, że można było obawiać się pęknięcia dna wrzodu wskutek skurczu powiek, niespokojności chorej z bólu w gałce ocznej.

## 22. N o w o t w o r y.

Wyżej już, mówiąc o zeskrobywaniu i oberznięciu rogówki, wspomniałem o kilku groniakach, teraz jeszcze wspomnę o kilku innych.

O p e r a c y j a g r o n i a k a n a p r a w e m o k u s p o s o b e m K u e c h l e r a.

Przyniesiono do mnie ze wsi dziecko 3-letnie z groniakowo zwyrodnionem prawem okiem. Groniak był kulisto-ostrosłupowy i tak duży, że chory, pijąc wodę z dużego naczynia, brzegiem jego zawsze trącał groniak. Rogówka gruba, biała, przetkana mocno rozrośniętymi sporem naczyniami krwionośnymi. Wzrok zupełnie utracony. Lekkie zapalenie lewej łącznicy. Był to przypadek do wyluszczenia gałki ocznej, ale że dziecko przywieziono zdaleka i ojciec, kolonista niemiecki, nie mógł długo w mieście bawić, przeto wykonałem d. 25. VI. 1863 r. operację sposobem K u e c h l e r a, zrobiwszy poprzeczne cięcie rogówki, oddaliłem soczewkę i szklistą ciecz. Zimne okłady. Rana zagoiła się przez doraźne spojenie i w kilka dni chory wyjechał. Nadto operowałem dwóch Gruzinów, cierpiących na groniaki; u jednego dokonałem operacji sposobem K u e c h l e r a, a drugiego wyciąłem część guza. Opatrunek naciskowy. Oddziaływanie żadne.

## F) NACZYNIÓWKA.

23. Z chorób tej tkanki mieliśmy do czynienia z jaskrą (*glaucoma*) lewego oka u kobiety, rosyjanki, przeszło 50-letniej. Chora oddawna już cierpiała na objawy jaskrę znamionujące. Długo nie mogła się zdecydować na operację;

---

stanowczo mogłaby być wynajęta tak, że pokryłaby pensyje jednego lub dwóch asystentów. Dodać by więc wypadło 400 rs..

Szpital Żydowski jest w najgorszym położeniu; albowiem 2 oddziały chirurgiczne, 1 akuszerski, 1 oczny i 1 syfilityczny wymagałyby każdy po jednym asystencie, t. j. 5, a oprócz tego 3 terapeutyczne i jeden nerwowy zatem dwóch, t. j. razem 7 asystentów, którym by wypadło dać 14 pokoi i 1400 rs.. Jest to zdaniem naszym jedyny szpital, w którym wprowadzenie asystentów naraziłoby na znaczniejszy koszt.

Szpital Ś-go Łazarza winien by mieć dwóch asystentów, dla których ma mieszkania gotowe; należałoby dodać 400 rs.

Tak więc z powyższego zestawienia widzimy, że największy szpital, t. j. Dzieciątka Jezus, mógłby niemal dziś wprowadzić posady asystentów bez najmniejszego dla swych funduszów uszczerbku; inne 4, o których mówiliśmy, potrzebowałyby na to razem wzięte funduszu 2400 rs. rocznie. Za to jednak zyskałyby 19 młodych ludzi, którzyby pracowali z korzyścią dla siebie, dla szpitali i dla nauki. Że zaś zmiana odbywałaby się co trzy lata, tym więc sposobem kraj zyskiwałby co rok 6 dobrze wyćwiczonych lekarzy, pomiędzy którymi byłby co rok syfilidolog i chirurg.

nareszcie zgodziła się na operację, która też była dokonana dnia 20. V. 1866 roku w szpitalu miejskim. Po zrobionej irydektomii na zewnętrznej stronie przez pierwsze cztery dni chora czuła się dobrze, bóle w gałce ocznej w okolicy nadoczodołowej i inne objawy choroby się zmniejszyły, sen był spokojniejszy, chora widziała wyraźniej; zdawało się, że operacja pomyślnie się zakończy. Na piątą noc po operacji bez żadnej widocznej przyczyny bóle w gałce znowu się wzmogły, przyszła bezsenność, trwająca kilka dni; lekki stan gorączkowy; chora całkowicie oślepla. Uspokoiwszy bóle środkami wewnętrznymi, wypuściliśmy chorą do domu. Nie pozwoliła zbadać wewnętrznego stanu oka. Przypadki podobne nie należą do rzadkich, jak to widać z następujących słów wysoce cenionego prof. Szokalskiego: „Błędem byłoby mniemanie, że operacja zaradza ostatecznie zlemu i owszem jaskra stłumiona za jej pomocą na czas pewien, często powraca znowu, lecz już w przewlekłej formie i to powraca tem łatwiej, im wycięcie później zostało dokonane“<sup>1)</sup>. W naszym przypadku pogorszenie przyszło na 5 dzień, zapewne w skutek nowego zapalenia naczyniówki.

#### G) TĘCZÓWKA.

24. Co się tyczy wad wrodzonych tęczówki podaliśmy wyżej opis jednego przypadku; teraz wspomnę jeszcze o jednej wadzie. Szparę tęczową wrodzoną (*coloboma iridis*) obserwowałem u panny, zrodzonej z ojca Polaka i matki Niemki; szpara ta była niezupełna, gdyż nie sięgała do białkówkowego brzegu, zajmowała tylko  $\frac{2}{3}$  części tęczy, miała postać trójkątną, z kątem ostrym skierowanym ku dołowi, leżała na dolnej części, więcej ku wewnątrz. Chora (szukająca rady z powodu innej choroby) stanowczo twierdziła, że żadnej wady ani nieprawidłowości przy patrzeniu tem okiem nie uważa, owszem że dobrze widzi. Być więc może, że ta wada ograniczyła się tylko do pewnej części tęczówki.

---

1) Wykład chorób przyrzędu wzrokowego u człowieka. T. II. str. 42.

---

Wreszcie obok posad asystentów płatnych należałoby na wzór klinik dopuścić asystentów bezpłatnych. Należy otworzyć drzwi szpitala na rozcież młodym ludziom, chcącym pracować, a rezultat ztąd wynikły nie może być inny jak tylko korzystny zarówno dla szpitali, jak i dla chorych i nauki.

---

Te kilka uwag nie są bynajmniej krytyką, a tem mniej napastą na Zarząd naszych szpitali; przeciwnie uznajemy najzupełniej jego dobre chęci i z nim ręką w rękę iść pragniemy. Ze jednak lekarze szpitalni nie mają możliwości komunikowania swych uwag na innej drodze, postanowiliśmy rzecz tę poruszyć w prasie lekarskiej. Mamy nadzieję, że Zarząd szpitali zechce zwrócić uwagę na te kilka słów człowieka, który, od wielu lat pracując w szpitalach, zna ich potrzeby i ich dobrem interesuje się nie mniej od osób na czele postawionych.

\* \* \*

25. Zapalenie lewego ucha; ropień pod mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym; ropień w oczodole prawym; zapalenie prawej tęczy; *hypopyon*; otwarcie ropni. Ormijanka, panna 17 lat mająca, blada, niedokrwista, mocno wycieńczona. W początku Lipca roku 1863 poczęła cierpieć na ból, strzykanie w lewym uchu, co się zakończyło wypłynięciem ropy z głębi przewodu usznego zewnętrznego. W kilka dni potem dołączył się mocny stan gorączkowy z napadami mniej więcej peryjodycznymi, przytem odpływ ropy z ucha ustał i zjawilo się obrzmienie bolesne pod uchem w kierunku mięśnia sutkowo - obojęczkowego bez zaczerwienienia skóry. Obrzmiałość ta, powiększając się nietylko ku zewnątrz, ale i ku wewnątrz, utrudniała połykanie. Chora w tym czasie przypadającej miesiączki nie miała, co trwało przez cały czas choroby. W miesiąc od początku tej choroby dała się widzieć czerwoność spojówki prawego oka, w tydzień zaś potem chora straciła wzrok. D. 13. VIII. widząc chorą po raz pierwszy, znalazłem prawe oko tak wysadzone z oczodołu, że powieki go nie zakrywały. Spojówka i podspojówka były jednolicie tak mocno przekrwione i zgrubiałe, że białka niewidać. Między rogówką a dolną powieką powstał podłużny wałek twardy, kilka linii grubości mający, zupełnie pokrywający wolny brzeg powieki. Drugi wałek podobny, ale daleko mniejszy, z nabrzmienia powstały, był pod kątem zewnętrznym oka. Chora się skarży na mocne bóle w głębi oczodołu, które ostatnimi dniami stały się pulsującymi; niekiedy przychodzi omdlenie. Chora od d. 17. VIII. prawem okiem nic nie widzi. Przez rogówkę mglistą z trudnością można dojrzeć tęczówkę; źrenicy zupełnie nie można było zobaczyć. Obmacawszy gałkę oczną i sąsiednie części przez powiekę, uczulem twardość w głębi oczodołu i bardzo niewyraźne chelbotanie (*fluctuatio*). Ukłóciem probierczem w rozmaitych miejscach zrobionem nie odszukałem ogniska ropnego, postanowiłem więc igłą zaciemkową wypuścić ciecz wodnista, aby zmniejszyć ciśnienie wewnątrz gałki. Dokonawszy tego, przekonałem się, że źrenica nie istnieje, że obwodowa część tęczówki zrosnięta z tylną powierzchnią rogówki; ciecz wodnista była mętnawa. Zaleciłem ciepły okład i wkraplanie siarczanu atropiny. Obok wyżej opisanego stanu oka, znalazłem na lewej stronie szyi obrzmienie podłużne, poczynające się poza uchem i kończące się na granicy dolnej i średniej części mięśnia obojęczyko - sutkowego. Szerokość obrzmienia odpowiadała temu mięśniowi; skóra pokrywająca obrzmiałość blada, mocno nateżona. Obmacywanie przekonało, że w głębi była już ropa. Musiałem ograniczyć się i teraz na ciepłych okładach, gdyż krewni chorej życzyli sobie pierwej dopełnić *votum* i pojechać do pewnego, o 4 mile odległego klasztoru; podróż trwała kilka dni. D. 25. VIII., wezwany powtórnie znalazłem, że w kącie wewnętrznym prawego oka, powyżej równika, ropień się zupełnie utworzył i wystawał. Otworzyłem go, przyczem wypłynęło dużo brudnej ropy; chora zaraz uczuła ulgę. Rogówka mętna, prawie nieprzezroczysta. Ciepłe okłady na gałkę oczną i na ropień na szyi. D. 27. VIII. stan gorączkowy, kaszel, biegunka, bóle, szum i rozmaite dźwięki w prawym uchu; z prawego oczodołu wypływa ropa obficie. *Pulvis Doveri* gr. v na noc. Dnia 23. VIII. kaszel mniejszy, biegunka jak dnia poprzedniego, ropa wypływająca z ropnia na szyi brudna, z powietrzem pomieszana. Zgłębnik wykrył, że dno ropnia sięga do kości po-

tylicowej i do kręgów. Obrzmienie części otaczających gałkę oczną mniejsze. Ropa wypływa z głębi. Dnia 1. IX. wysadzenie prawego oka, obrzmienie, czerwoność części otaczających mniejsze; z głębi nie wypływa ropa, ta zaś, która wypływa z ropnia szyjowego, jest gęstsza, lepszą. Wziąwszy na uwagę mocne wycieńczenie chorej i żolży, zaleciłem środki wzmacniające: chininę, jodek żelaza, kąpiele, oraz wkraplanie od czasu do czasu roztworu azotanu srebra. Po długim użyciu tych środków udało się zagoić ropnie, chora prawem okiem poczęła widzieć niewyraźnie świecę, palącą się w ciemnym pokoju.

26. U żołnierza, cierpiącego na przewlekłą *irido-chorioiditis*, rozwinął się znaczny *buphthalmos*. Przyrost tęczówki do soczewki za pomocą cienkich beleczek. Przez przekłócie środka rogówki za pomocą igły Scarpy wypuściłem ciecz wodną i przeciąłem beleczkę. Opatrunek naciskowy; chory po operacji lepiej, wyraźniej cokolwiek widział; jak długo trwało to polepszenie, nie umiem powiedzieć, gdyż straciłem chorego z oczu. Temu choremu dawniej oberznąłem rogówkę z powodu łuszczkowego jej zapalenia.

27. Operacja sztucznej źrenicy oprócz wyżej podanych przypadków były jeszcze dokonaną 6 razy.

a) Operacja sztucznej źrenicy. Ormijanin, blisko 40 lat mający, przed kilku laty cierpiał na zapalenie łącznicy i rogówek obudwu oczu, które spowodowało na lewym oku lekkie zadymienie rogówki szczególnie górnej jej części. Chory okiem tem widzi wyraźnie. Na prawej zaś rogówce pozostały dwa wrzody, na poprzecznej jej średnicy, odpowiednio wewnętrznemu obwodowi tęczówki, która przez przedziurawione dno wrzodów wypadła i zrosła się. Tym sposobem powstał niby pas pośrodku rogówki, złożony z wypadłej w 2-óch miejscach tęczówki i zadymionych sąsiednich części rogówki. Światło do głębi oka dochodziło w małej ilości przez część rogówki, niezminionej poniżej i powyżej owego pasa. Choremu zaleciłem wkraplanie do worka łącznicowego prawego oka mocnego roztworu atropiny, a do lewego *laudani liq. Sydenhami* ℥j i wody ℥vj. Skutkiem pierwszego było to, że źrenica przybrała formę podłużną, w środku wciętą. Chory zaczął widzieć cokolwiek lepiej. Po długim wkraplaniu do worka łącznicowego lewego oka, zadymienie powolnie się zmniejszało i chory dnia 20. II. ujrzał koniec swego nosa i brzeg czapki barankowej. Tegoż dnia zrobiłem sztuczną prawą źrenicę w dolnej części. Do wewnątrz zaleciłem *aquae destillatae* ℥vj, *natri nitrici* ℥jj, *ammonii muriatici* ℥i co godzinę po łyżce; dyjeta ścisła. D. 21. II. tylko większe naczynia przekrwione; żadnego bólu w oku przez całą dobę; chory widzi jak przez mgłę; środki i dyjeta też same. D. 23. II. zapalenie i ropienie łącznicy bardzo słabe. Rogówka w pobliżu rany zadymiona; wkraplanie *laudani liquid. Sydenhami*. D. 27. II. zadymienie rogówki mniejsze; chory widzi wyraźniej, lecz jeszcze gorzej, niż przed operacją. Zapalenie łącznicy słabsze, tęczówka jeszcze zaciśnięta pozostaje w ranie; przyżeganie kamieniem piekielnym. Po ustaniu wszelkich objawów zapalenia, chory okiem operowanym lepiej widział niż lewym.

b) Zeskrobanie i operacja sztucznej źrenicy; polowe tęczówki wcięte.

Młody uczeń Seminarjum Gruzjińskiego, 12 lat mający, wskutek zapalenia rogówki miał bielmo, połowę prawie wewnętrzną lewej rogówki pokrywająca, i jednocześnie *nystagmus* gałki ocznej. Dnia 20. VII. zeszkrobałem część rogówki; dnia 2. VIII. powtórzyłem też operację. Dnia 11. VIII. zrobiłem operację sztucznej źrenicy, co najlepiej się powiodło. Po tem przekonałem się, że wewnętrzna część soczewki pociemniała, wygląda białawo. Chory po tej operacji daleko lepiej, swobodniej czyta.

c) Sztuczna źrenica uformowana na wewnętrznej części prawego oka z powodu bielma pośrodku rogówki naprzeciw samej źrenicy leżącego.

d) U żołnierza, przed operacją zaćmy, wycięliśmy część tęczy w dolnym odcinku. Dwie te operacje zrobiono u żołnierzy i obie pomyslnie się zakończyły.

e) U kozaka z Kizlaru, cierpiącego na zasklepienie źrenicy (*occlusio pupillae*) i mającego plamę rogówki boczną wewnętrzną, wyciąłem tęczę w lewym oku z zewnętrznej strony. Operacja zakończyła się polepszeniem. Raz zrobiliśmy *irido-dialysis* w miejskim szpitalu dnia 15. VI. 1866 r. (D. n.)

## DZIAŁ SPRAWCZDAWCZY.

### 51. Filehne. O nowych środkach obniżających w gorączce ciepłotę ciała.

Wiadomo, że chinina jest chemicznym derywatem chinoliny uwodorodnionej. Opierając się na tym fakcie, Fischer i König w Monachium, wytwarzając z uwodorodnionej chinoliny na drodze syntezy chemicznej rozmaite ciała, starali się otrzymać sztucznie takie, któreby pod względem działania farmakodynamicznego podobnemi były do chininy. Jak wiadomo, próby zastąpienia chininy chinoliną dały rezultaty ujemne. Poszukiwania chemików tych okazały, że ciała, powstające w ten sposób z chinoliny uwodorodnionej, że do atomu azotu przybywa rodnik alkoholowy, mają własność sprowadzania podniesionej ciepłoty ciała do normy, miejscowo pozostając bez wpływu. Fischer i König z całego szeregu wytworzonych w powyższy sposób substancyj dali profesorowi Filehne do wypróbowania na klinice Leubego alkaloid, nazwany przez nich „kairyna“, który jest właśnie uwodorodnioną chinoliną, w której do atomu azotu przybył rodnik metylu ( $\text{CH}_3$ ), a zamiast jednego wodoru wstąpił jeden hydroksyl ( $\text{HO}$ ). Chemicznem zatem nazwiskiem kairyny jest: *oxychinolinmethylhydrür*. Oprócz kairyny dali oni do poszukiwań i „kairolinę“, która tem się tylko różni od pierwszej, że do chinoliny uwodorodnionej przybywa wprawdzie rodnik metylu, ale wodór nie ustępuje miejsca hydroksylowi, czyli, że kairolina różni się od kairyny tylko brakiem tlenu; chemicznem jej nazwiskiem będzie *chinolinmethylhydrür*. Podobnym do tego ostatniego związkem jest otrzymany przez Wiszniegradzkiego *chinolinaethylhydrür*, zatem uwodorodniona chinolina, w której zamiast rodnika metylu wstąpił rodnik etylu. Sposób otrzymywania dwu ostatnich środków nie nadaje się jeszcze do wyrobów na większą skalę, ale kairyna wkrótce się pojawi w handlu i dlatego bardziej już nas interesuje.

Chlorek kairyny przedstawia się w postaci proszku krystalicznego, jasnego, nie zupełnie białego (szarozółtego). Jest on łatwo rozpuszczalnym w wodzie, ma smak słono-gorzki i zarazem aromatyczny. Nie wszyscy uważają smak środka tego za nieprzyjemny, niektórym nawet wydaje się raczej przyjemnym.

F i l e h n e stosował kairynę w szeregu przypadków ostrych i przewlekłych gorączek i znalazł, że działanie jej jest zupełnie stałem. Wogóle przeciwgorączkowe działanie środka tego charakteryzuje autor w następujący sposób: u zdrowych silnych osobników dawki od 15—20 gran pozostają bez wszelkiego fizjologicznego działania, ciepłota się nie zmienia, nie występuje ani ból głowy, ani szum w uszach, ani wymioty i t. p.

U osób dorosłych, zwłaszcza wątłych, nie należy przekraczać dawki 15-o granowej co dwie godziny, może bowiem wystąpić sinieca. Autor stosował u dorosłych gorączkujących od 5—10 gran w odstępach jedno do półtora godzinnych. Podając dawki 15-o granowe nie należy ich dawać w przestankach dłuższych nad  $2\frac{1}{2}$  godziny, a w dawkach 8-o granowych w przestankach nie dłuższych nad  $1\frac{1}{2}$  godziny, działanie bowiem 15-u gran nie trwa dłużej nad 3 godziny, a po 8-u granach nad  $2\frac{1}{2}$  godziny; gdy działanie przechodzi, ciepłota wzrasta dosyć szybko przy dreszczach często bardzo silnych. U gorączkujących również żadnych przykrych działań pobocznych nie spostrzegamy.

Dawka od 5—15 gran obniża ciepłotę o  $0^{\circ},5$ — $2^{\circ},0$ C. Następną dawkę jeszcze bardziej wpływa na obniżenie, tak że po trzeciej lub czwartej dawce dochodzimy do normalnej, lub nieco niższej jeszcze ciepłoty, która wszakże nigdy nie spadnie poniżej  $36^{\circ},5$  C. Spadek jest tem szybszy, im dawka była większą. Obniżeniu ciepłoty towarzyszą zawsze poty, które wszakże w tym razie są objawem wtórnym. U osób z ciepłotą normalną nigdy pot nie występuje. Autor przeważnie jednakże środek ten stosował u chorych dotkniętych ostrem włóknikowem zapaleniem płuc i twierdzi, że chorych tych można przez cały przebieg choroby utrzymać w stanie bezgorączkowym, przyczem i inne objawy tracą na swej dokuczliwości.

Mocz przy użyciu kairyny (również jak i przy użyciu kairolicy i *chinolinäthylhydrür*) przybiera barwę ciemnozieloną. Białka i cukru nie zawiera.

Przykrą stroną środka tego jest zbyt szybkie przemijanie jego działania i bardzo szybki wzrost ciepłoty przy towarzyszeniu bardzo silnych dreszczów z chwilą, gdy działanie środka tego ustaje, trzeba bowiem dla usunięcia przykrych tych następstw chorym przez noc całą we właściwych odstępach czasu środek ten podawać, co jest rzeczą trudną często do wykonania.

Autor podaje na to dwa sposoby, albo ku wieczorowi aż do północy podawać zmniejszone dawki tego środka w skutek czego ciepłota wolniej wzrasta i bez dreszczów, albo też podać na noc dawkę kairolicy od 10—30 gran, której działanie jest mniej silnem, ale daleko trwalszem, tak, że podawce takiej przez sześć godzin utrzymuje się niski stan ciepłoty i tylko bardzo wolno wzrasta.

Powimo ujemnej strony kairyny, t. j. szybkiego przemijania jej wpływu, to jednakże wcale nie jest obojętnem dla terapii zyskanie środka, przy pomocy którego jesteśmy w stanie przez większą część okresu 24<sup>o</sup> godzinnego utrzymać ciepłotę ustroju na dowolnej wysokości, bo nawet na normalnej i nawet niżej normy. Ponieważ środek ten w rozmaitych cierpieniach ostrych i przewlekłych usuwa stale i jednakowo objaw „gorączki“, prawdopodobnem jest, że podobne jego działanie będzie i przy w s z y s t k i e h chorobach gorączkowych, co wszakże stwierdzić pozostawia autor szerszemu kolu lekarzy. Nie mógł również autor zbadać zachowania się kairyny wobec zimnicy z powodu braku odpowiedniego materiału.

H. Nussbaum.

Berl. Klin. Woch. 1882. Nr. 45.

**MISCELANEA.** Na jak różnorodne nieprzyjemności narażony jest lekarz psychiatra przy wykonywaniu swoich obowiązków, dowodzą następujące nieszczęśliwe przypadki, jakie się zdarzyły w ciągu jednego tylko ostatniego roku w zakładach dla obłąkanych. Znany psychiatra francuzki D-r

Marchant, dyrektor zakładu w Braquevillet, został zabity wystrzałem z pistoletu przez jednego ze swoich chorych pensjonarzy. Chory dotknięty był obłąkaniem z ideami prześladowczemi, a w dyrektorze zakładu upatrywał jednego ze swoich nieprzyjaciół.

W taki sam sposób zabitym został w Marcu r. b. D-r Gray, dyrektor zakładu w Utica w New-York'u; zabójca nie był pomieszczonym w zakładzie, lecz przybył na poradę do D-ra Gray, którego poprzednio wcale nie znał. Jak się później okazało, zabójca miał w kieszeni cztery nabite rewolwery.

W Czerwcu r. b. D-r Orange, dyrektor zakładu dla obłąkanych przestępców kryminalnych w Broadmoor-Asylum w bliskości Londynu, o mało co nie został zabitym. D-r Orange podczas przeglądania w kancelaryi papierów, które mu jeden z jego chorych przyniósł, niespodzianie przez tegoż został ugodzonym w głowę kamieniem, zawiązanym w chustkę od nosa. D-r Orange chorował długo i ciężko.

Podobny przypadek miał miejsce z D-rem Beckett, dyrektorem zakładu w Dôbe we Francji. Chory w chustce miał zawiązane grubo tłuczone kawałki szkła i tym węzłem z całej siły uderzył w twarz D-ra Becket'a i skaleczył go bardzo niebezpiecznie. Po dokonanej czynie chory sam sobie chciał poderznąć gardło, w czem jednakowoż służba mu przeszkodziła.

D-r Adams, lekarz zakładu w Kalamazo w stanie Michigan, także przez chorego tak niebezpiecznie nożem był poraniony, iż na drugi dzień zmarł skutkiem zadanej rany. Przez tego samego chorego także niebezpiecznie został poraniony dozorca, który doktorowi przybył na pomoc.

Dalej, dyrektor zakładu Ville-Evrard, D-r Espiande la Mastre, został podczas wizyty silnie zranionym w twarz przez chorego, który napadł nań z tyłu, chcąc mu wykluć oczy.

W Listopadzie r. b. zmarł w Berlińskim szpitalu Elżbiety dyrektor zakładu dla obłąkanych w Ueckermünde, D-r v. Gellhorn, z następstw zarażenia, udzielonego mu przez jednego z chorych, który w napadzie szaleństwa ugryzł go głęboko. Różne nieprzyjemne przypadki, chociaż mniej nieszczęśliwe niż opisane, wydarzają się w naszych zakładach dla obłąkanych.

A. Rothe.

---

## OD REDAKCYI.

---

Przystępując 2 lata temu do wydawnictwa „Gazety Lekarskiej”, postanowiliśmy, w razie jeżeli fundusze nasze na to pozwolą, kontynuować i wydawniczą działalność, przekazaną nam niejako przez tradycję. Oczywiście nie rozporządzając takimi środkami jak s. p. Girsztowt, nie marzyliśmy nawet o tem, abyśmy mogli prowadzić dalej dzieło jego w tym rozmiarze, jak on je sobie nakreślił; postanowiliśmy jednak obracać na ten cel cały czysty dochód, jaki nam przyniesie wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”. Dzięki poparciu, jakie pismo nasze zyskało od pierwszej chwili objęcia przez nas Redakcyi, jesteśmy dziś w stanie wprowadzić w czyn nasze pierwotne postanowienie i przystępujemy do wydawnictwa. Gorącym naszym pragnieniem było dać na początek dzieło oryginalne, tak tu bowiem, jak i przy redagowaniu Gazety, za główny cel nasz postawiliśmy sobie wspieranie piśmiennictwa krajowego i wpływanie na rozwój u nas nauki lekarskiej. Niestety, pomimo licznych zabiegów oryginalnego dzieła, odpowiedniego dla naszych stosunków, dostać nie byliśmy w stanie; na dziś więc zadowolić się musieliśmy tłumaczeniem, tymczasem zaś otrzymaliśmy obietnicę od jednego z najdzielniej-

szych pracowników u nas na niwie lekarskiej, że przygotuje dla nas oryginalne dzieło w połowie roku przyszłego.

Wybór nasz padł obecnie na Farmakologiję Nothnagel'a i Rossbach'a; szybki niezmiernie w ostatnich latach rozwój farmakologii, masa nowych środków, wymagających krytycznej oceny ich wartości, z drugiej zaś strony ogromny rozgłos, jakim się cieszy wspomniane dzieło w Niemczech usprawiedliwiają, jak sądzimy, aż nadto nasz wybór. Wydanie tego dużego dzieła (54 arkusze) pochłonie prawie w zupełności ten fundusz, jaki na cele wydawnicze obrócić jesteśmy w stanie, od poparcia więc Kolegów zależyć będą dalsze losy naszej wydawniczej działalności. Jeżeli pierwsze to dzieło znajdzie nabywców, wtedy natychmiast przystąpimy do wydania wspomnianego dzieła oryginalnego i innych tłumaczeń, z pomiędzy których mamy na myśli dzieło Rossbach'a, p. t. „*Die physikalische Heilmethoden*“, t. j. wykład elektroterapii, hydroterapii, klimatoterapii, pneumoterapii, gimnastyki i masażu, które więc z farmakologiją stanowić będą całość naszej sztuki leczniczej. Co do farmakologii Nothnagel'a i Rossbach'a, to przekład jej jest już gotowy i do druku oddany; o warunkach prenumeraty i dacie wyjścia porobione będą osobne ogłoszenia.

---

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* Wybrani zostali na członków Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego koledzy: Florkiewicz, Fabian, Bartoszewicz i Nowicki.

— Wydział lekarski tutejszego uniwersytetu zatwierdził w stopniu lekarzy: Józefa Grabowskiego, Józefa Grossera, Józefa Karpińskiego i Henryka Saksa.

— D. 26 b. m. zmarł D-r Władysław Janikowski wychowaniec uniwersytetu tutejszego.

---

## NADEŚLANO DO REDAKCYI:

*Adamkiewicz.* Mięsak rdzenia pachozowego w miejscu wystąpienia splotu barkowego o przebiegu utajonym. Kraków. 1882.

*Szczawnica.* Pismo komitetu administracyjnego dla Szczawnicy. 1882.

*Mikulicz.* O wpływie chirurgii nowoczesnej na kształcenie uczniów w klinice chirurgicznej.

*Wojtkiewicz.* K woprosu o leczeniu sacharnawo moczoznuurenia salicyłowym natrom.

*Kosmowski.* Kratkij oczerk epidemii brusznowo tifa w Archangielogorodzkom miestnom batalionie w 1877—1878. Archangielsk. 1882.

---

**Na pomnik Mickiewicza** złożono: Bezimiennie z Witebska, 9 rs. — S. H. z Witebska 1 rs. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 836 kop. 10. 10 franków w złocie i 1 dukat w złocie.**

---

PP. prenumeratorowie „Gazety Lekarskiej“ mogą nabywać w naszej Redakcyi dzieło kol. Rejchmana, p. t. „Niestrawność (*Dyspepsia*)“, za niższą cenę rs. 1 kop. 75, z przesyłką rs. 2.

---

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za miesiąc Październik 1882 roku z księgarni W-go Wendego i S-ki.

---

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

---

Доводено Цензурою. Варшава 18 Ноября 1882 г. Druk K. Kowalewskiego Królewska Nr. 23.