

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. O nowym systemie budowy szpitali, odczyt p. Juljusza Bocquin'a. — II. L. Vorstaedter. Szprycka o podwójnem działaniu do wstrzykiwan wewnątrz-macieznych. — III. L. Vorstaedter. Nożyczki o równoległe przesuwających się ramionach. — IV. J. Minkiewicz. Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrzędu wzrokowego. (Dokończenie). — Korespondencyja ze szląskich zakładów kąpielowych. — *Dział sprawozdawczy.* 52. Bürkner. Postęp terapii otyjatrycznej w ostatnich dziesięciu latach (1870—1879). — Wiadomości bieżące. — Od Wydawcy. — Dodatek — Ogłoszenia.

I. O NOWYM SYSTEMIE BUDOWY SZPITALI, odczyt p. Juljusza Bocquin'a

Ingenieur des Arts et Manufactures.

(Wypowiedziany na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Listopada 1882 r.)

Panowie!

Przed kilkoma dniami zwiedziłem Szpital Dzieciątka Jezus i przekonałem się, z jaką starannością usiłowano polepszyć warunki sanitarne tego ogromnego zakładu; urządzenie pieców wentylacyjnych, doprowadzających z zewnątrz świeże powietrze, zastosowanie znakomitego sposobu do przewietrzania wychodków i t. p., dowodzi przekonywująco, że w Warszawie higiena szpitali budzi żywe zajęcie.

Jest temu zaledwie lat trzydzieści, jak poważne głosy poczęły odzywać się przeciw powszechnemu do owych czasów zwyczajowi stawiania wielkich kilkopiętrowych budynków i gromadzenia w takich szpitalach znacznej liczby chorych. Wojna krymska, wojna w Stanach zjednoczonych Ameryki północnej, wreszcie wojna z r. 1870—71, wykazały, że operacje chirurgiczne udawały się daleko lepiej, jeżeli były wykonywane w barakach tymczasowych, lub ambulansach, aniżeli w ogromnych i poprawnie zbudowanych szpitalach.

W samej rzeczy, wielkie kilkupiętrowe szpitale pochłaniają i zgęszczają złośliwe wyziewy i pomimo najlepszych urządzeń dla zapewnienia salom dobrego przewietrzania, choroby zakaźne szerzą się w takich szpitalach głównie za pośrednictwem licznych korytarzy i schodów.

Nie dosyć jest, by lekarz posiadał wielką naukę, by chirurg znał jak najdokładniej sztukę operowania; wszelkie ich usiłowania będą zniweczone, jeżeli lokal, w którym mieszczą się chorzy, nie będzie odpowiadał wymaganiom zdrowotności. Z tego względu wiele powag lekarskich domagało się, by obecnie nie budowano już wcale dużych szpitali, lecz tylko tanie baraki tymczasowe, które by można palić po upływie 2 lub 3 lat, lub też natychmiast po jakiejś większej

epidemii. Szpitale barakowe, pobudowane według tych wymagań, mieszczące zaledwo kilka łóżek w jednym baraku, potwierdziły przewidywane wyniki i śmiertelność chorych uległa znakomitemu zmniejszeniu.

Jednakże to wymaganie palenia baraków, po stosunkowo krótkim użyciu, wpływało na ogromne zwiększenie kosztów i odejmowało szpitalom charakter stałości, stanowiący nieodłączny warunek każdej dobrej organizacyi. Rozpoczęto więc badania w tym kierunku, czy nie udałoby się wynaleźć takiego typu budowli, któryby łączył w sobie warunki ekonomiczne i odpowiadał wszelkim możliwym wymaganiom higieny.

P. T o l l e t inżynier francuzki, którego nazwisko stało się już rozgłosnem wskutek budowy licznych szpitali systemu pawilonowego, po wielu próbach i doświadczeniach rozwiązał szczęśliwie powyższe zadanie, zastosowawszy do budowy szpitali szkieletów żelaznych formy ostrolukowej. Sale dla chorych w szpitalach tego systemu zawierają w ogóle po 24 do 30 łóżek i są zazwyczaj wzniesione na 3 metry ponad poziom gruntu. Parter takich pawilonów przeznaczony jest na magazyny, składy pościeli, bielizny, miejsce dla przechadzki dla rekonwalescentów, kaloryfery i skład węgla.

Sala główna ma posadzkę z tafli kamiennych, lub z innego jakiego materiału nieprzemakalnego i łatwo myć się dającego. Ściany mają kształt ostrolukowy; kształt ten otrzymuje się za pomocą belek żelaznych, mających kształt podwójnego Γ , t. j. Γ , umieszczonych w odległości 1,50 metra jedna od drugiej. Wystające części tych belek kształtu podwójnego Γ służą do podtrzymania wypełnienia, tworzącego sklepienie ostrolukowe. Wszystkie kąty, jakie tworzą ściany, są zaokrąglone i są pokryte warstwą materiału nieprzemakalnego i łatwo myć się dającego. Ściany zewnętrzne są zbudowane z materiału, będącego wogóle w użyciu w danej miejscowości, gdzie się znajduje szpital; grubość ich jest zmienną, zależy od użytych materiałów i od klimatu.

U szczytu znajdują się otwory, opatrzone klapami, dowolnie się zamykającymi, służącymi do przewietrzania, prócz tego w ścianach szczytowych pawilonu znajdują się duże okna okrągłe, t. zw. *oeils-de-boeuf*. Wskutek tego można z łatwością otrzymać pęd powietrza, albo w kierunku poziomym, albo też w pionowym.

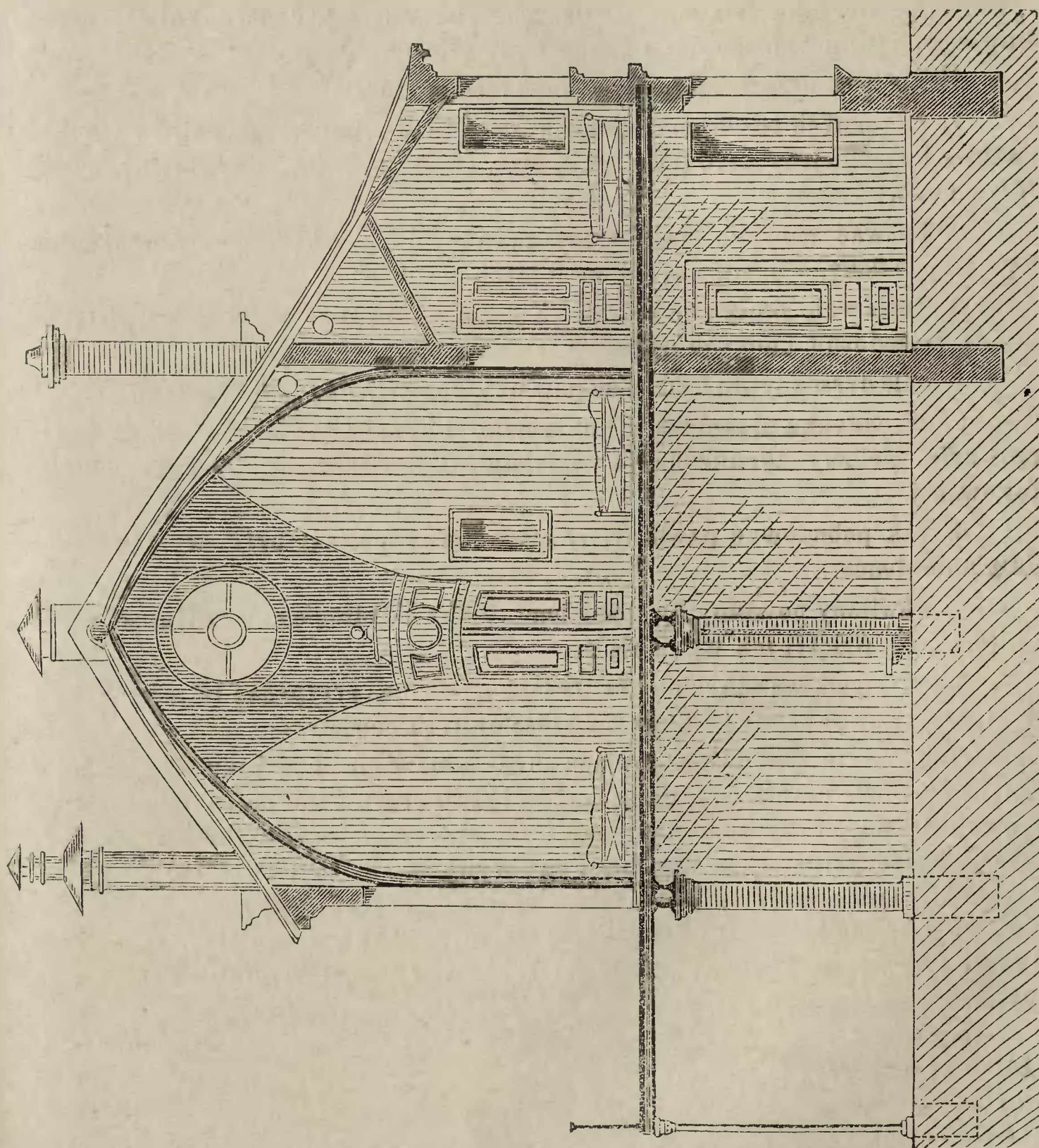
Przez zastosowanie szkieletu żelaznego ostrolukowego otrzymujemy następujące korzyści:

1. Budynek staje się ogniotrwałym.
2. Sala daje się łatwo przewietrzać i myć, a więc utrzymać w warunkach higienicznych, przytem zawiera znaczną objętość powietrza.
3. Koszt budowy i utrzymania staje się w ogóle mniejszym, aniżeli przy innym sposobie budowania.

W każdym pawilonie znajdują się części dodatkowe, jako to: pokój dla dozorujących, pokój dla chorych wymagających odosobnienia, kąpiel, waterklozety, kuchenka dla przyrządzania ziółek i t. p., skład brudnej bielizny. Brudną bieliznę wrzucają do małego wózka, znajdującego się w miejscu, nie mającem wcale styczności z całym pawilonem i ztamtąd odwożą do pralni.

Od zewnątrz znajduje się odkryta galerija, na którą w lecie podczas dni pogodnych można chorych wynosić wraz z łózkami na powietrze.

W jednym końcu wielkiej sali znajduje się kominek, a palący się na nim ogień dodaje sali wesołości, przyczem jednocześnie przyczynia się do przewie-



trzenia. Ponad kominkiem znajduje się wielkie okno, przez które chorzy mają widok na okolicę.

Przy wyborze miejsca na szpital należy koniecznie uwzględnić następujące warunki:

1. Miejscowość ma mieć grunt przepuszczalny, lub też ma być tak położoną, by można zastosować drenowanie.

2. Szpital winien być zupełnie oddalony od wszelkich zakładów fabrycznych, z których rozchodzi się dym lub gazy szkodliwe.

3. Szpital nie powinien znajdować się w środku miasta, lecz po za niem, na otwartem powietrzu.

4. Jeżeli szpital znajduje się w bliskości miasta, to nie powinien być położonym na kierunku wiatrów panujących przeważnie w danej okolicy, należy bowiem unikać przenoszenia miazmatów do miasta.

W ogólnem urządzeniu szpitala pamiętać należy:

1. Że rannych trzeba oddzielać od chorych na choroby zaraźliwe i niezaraźliwe i najlepiej by było pobudować tyle pawilonów, ile jest głównych działów chorób.

2. Usuwać chorych na choroby zakaźne i dla takich chorych urządzać osobne pawilony, o bardzo małej ilości łóżek każdy.

3. Koniecznie oddzielić sale dla rodzących i położnic od innych oddziałów, a salę dla położnic chorych pomieścić w pawilonie oddzielnym.

4. Sale dyssekcyjne i sekcyjne powinny się znajdować jak najdalej.

5. W budynku służącym dla dezynfekcyi urządzić oddzielną salę do przyjmowania bielizny zbrudzonej, a oddzielną do wydawania bielizny zdezynfekowanej.

6. Tak pobudować pawilony, by wszystkie ich ściany były wystawione na działanie słońca.

7. Pawilony powinny być oddalone jeden od drugiego o odległość równą półtora raza wziętej ich wysokości.

8. W salach wspólnych na każde łóżko powinno przypadać 10 metrów kwadratowych powierzchni i 60 metrów sześciennych powietrza.

Objętość ta powietrza powinna być odnawiana dwa razy na godzinę za pomocą przewietrzania tak, by na każde łóżko przypadło na godzinę 120 metrów sześciennych czystego powietrza. Co się tyczy powierzchni ogólnej, t. j. wraz z budynkami i ogrodami, to ma ona wynosić 120 do 150 metrów kwadratowych i więcej, jeżeli to jest możebnem, licząc na jedno łóżko.

Koszt budowy szpitali według systemu p. T o l l e t'a, obliczony na pojedyncze łóżko, jest mniejszy, aniżeli koszt budowy szpitali piętrowych, jak to wykazują następujące cyfry;

<i>Szpitale:</i>	<i>Koszt jednego łóżka:</i>
Hôtel-Dieu w Paryżu	60.000 fr.
Lariboisière „	18,000 „
Ménilmontant „	15,000 „
Hopital-Hospice de St. Denis—150 łóżek—syst. p. T o l l e t'a . . .	5,000 „
Nowy szpital na 316 łóżek w Paryżu według projektu p. T o l l e t'a będzie kosztować	4,700 „
Szpital wojskowy w Bourges na 300 łóżek według syst. p. T o l l e t'a kosztował	2,800 „
Szpital w Montpellier (syst. p. T o l l e t'a) 600 łóżek będzie kosztować	2,560 „

Co się tyczy powierzchni, przypadającej na jedno łóżko, to jest ona rozmaita; wogóle im jest ona większą, tem w lepszych warunkach higienicznych szpital znajdować się będzie:

<i>Szpital:</i>	<i>Powierzchnia ogólna:</i>	<i>Powierzchnia przypadająca na jedno łóżko:</i>
Hôtel-Dieu w Paryżu		28 m. □
Necker'a "		68 " "
Midi "	27.000 m. □	80 " "
S-t Louis "	90.000 " "	112 " "
Cochin "	19.000 " "	177 " "
Nowy szp. ogólny w Montpellier	90.000 " "	150 " " (syst. p. Tollet'a)
Hopital-Hospice w S-t Denis	26.000 " "	200 " " (" ")

Podajemy także niektóre szczegóły, tyczące się szpitala Bichat'a w Paryżu, zbudowanego według systemu p. Tollet'a. Dawne koszary obrócono na pomieszczenie administracyi (biura i mieszkania), oraz na pokoje dla chorych płacących. Prócz tego budynku w skład szpitala wchodzi 4 pawilony, a w każdym pawilonie znajduje się:

1. Jedna sala ogólna na 30 łózek, mająca 8 m. szerokości na 36 m. długości, t. j. 11 m. □ powierzchni na jedno łóżko. Objętość powietrza, przypadająca na jedno łóżko, równa się 60 metrom sześciennym.

2. Trzy pokoje oddzielne, każdy na dwa łóżka.

Największa odległość w pawilonach od budynku, mieszczącego w sobie zarząd ogólny, wynosi 72 m., co odpowiada pracy mechanicznej, potrzebnej dla wejścia pod górę na wysokość 6 metrów. W szpitalu tym znajduje się 144 łózek bezpłatnych. Budowa jego ukończoną jest od 3-ch miesięcy, a koszt budowy wynoszą 893,000 franków.

W Montpellier rozpoczęto też budowę nowego szpitala powszechnego według systemu p. Tollet'a. Szpital ten znajduje się o 2 kilometry poza miastem na małej wyniosłości, w położeniu bardzo zdrowem, na otwartem powietrzu, ale połączony jest z miastem linią kolei konnej i telefonową.

Zawierać on będzie:

8 pawilonów po 32 łózek dla mężczyzn	256 łózek
5 " " 32 " " kobiet	160 "
3 " " 28 " " dla chorych na choroby zaraźliwe	84 "
2 " " 5 " " chorych poddanych pod obserwację	10 "
1 pawilon dla rodzących	30 "
1 " " chorych położnic	6 "
Dla rekonwalescentów	54 "
Razem	600 łózek

100 łózek mieści się w małych pokojach zawierających po 1 lub 2 łóżka.

Sale ogólne, po 28 łózek w każdym pawilonie, mają po 8 m. szerokości i 35 m. długości, powierzchnia więc, przypadająca na jedno łóżko, wynosi 10 m. □. Wysokość tych sal, które mają formę ostrołukową, wynosi 7, 50 m. w szczycie sklepienia. Każda sala ma pojemności 1855 m. sześciennych, na jedno więc łóżko przypada 66 m. sześciennych powietrza. Powierzchnia oszklona w każ-

dej sali wynosi 54 m. \square , na jedno więc łóżko przypada powierzchni oszklonej 1,92 m. \square . Wentylacja tak jest urządzoną, że na jedno łóżko na jedną godzinę przypada 120 m. sześciennych czystego powietrza. Szybkość powietrza wchodzącego (z kanałów kaloryferowych) nie powinna przewyższać 1,25 m. na sekundę, a najwyższa ciepłota nie powinna przechodzić 50° C.

II. Szprycka o podwójnem działaniu do wstrzykiwań wewnątrz-macicznych.

Podał

L. Vorstaedter (z Białegostoku).

Wszelkie wstrzykiwanie do jamy macicy, jak wiadomo, nie jest rzeczą zupełnie niewinną, wykonywać je przeto należy zawsze z pewną ostrożnością. Do możebnych nieprzyjemnych przypadłości po wstrzyknięciu należą, raz objawy czysto nerwowe (odruchowe), jak zemdlenie, znaczne bóle w krzyżu, uczucie palenia w brzuchu i t. p. — albo też objawy zapalne: *endo-, para- i perimetritis* a nawet i *peritonitis*. Co się tyczy możebności przejścia wstrzykniętego płynu do jamy otrzewnej przez przewody Fallopiusza a to pomimo licznych doświadczeń jeszcze jej zaprzeczyć stanowczo nie można. By więc, o ile możności, ominąć wzmiankowane powyżej niepożądane objawy, należy przy wstrzykiwaniu jakiegokolwiek bądź płynu do jamy macicy baczyć na to, ażeby oprócz odpowiedniej ciepłoty płynu:

1. ciśnienie płynu było jak najmniejsze;
2. ażeby odrazu nie wstrzyknięto płynu za dużo;
3. ażeby płyn niezbyt długo pozostawał w zetknięciu z błoną śluzową macicy, to jest ażeby miał swobodny odpływ. W celu zadośćuczynienia tym warunkom, niektórzy radzą między innemi, ażeby zawsze przed wstrzyknięciem rozszerzyć kanał szyjki macicy, przez co ułatwia się odpływ; inni zaś radzą używać kanki o podwójnym strumieniu, a jeszcze inni proponują, ażeby od razu nie wstrzykiwać więcej jak 10—12 kropeł i t. d..

Wszystkie te sposoby poczęści są niezłe, każdy z nich jednak przedstawia pewne niedogodności. I tak, rozszerzenie kanału szyjki przed wstrzyknięciem jest nazbyt kłopotliwe, zwłaszcza w ambulatoryjnej praktyce, a przytem rozszerzenie już samo przez się nie jest znowu rzeczą zupełnie dla macicy obojętną, tem zaś bardziej jest ono niepraktycznem, gdy zaraz po niem mamy powtórnie rozdrażnić macicę wstrzyknięciem.

Używanie kanki *à double courant*, jest wprawdzie mniej kłopotliwem, lecz przedstawia tę niedogodność, iż w danym razie może się bardzo łatwo zdarzyć zatkanie się odpływowego kanału (zsiadłym śluzem, lub płatami nabłonka) i wtedy kanka *à double courant* staje się już tylko pojedynczą.

Sposób niewstrzykiwania odrazu więcej nad 10—12 kropeł danego płynu, jest bardzo racjonalny, tak małą bowiem ilością nieprzepełniamy macicy, ale

ale po wyjęciu kanki, otwór macicy i sama macica mogą się skurczyć, płyn nie znajdzie odpływu, przez co mogą nastąpić rozmaite nieprzyjemne objawy.

Ażeby więc usunąć wymienione przed chwilą niedogodności i zadość uczynić wyżej wspomnianym warunkom, urządziłem szprykę, za pomocą której wstrzyknięcie odrazu zbyt dużej ilości płynu staje się niemożliwym i oprócz tego płyn, jak tylko napelni jamę macicy, zaraz zostaje wessany napowrót i zastąpiony ponowną ilością takiego, tak że siła, z jaką wstrzykujemy i ilość wstrzykniętego płynu nie mają żadnego znaczenia, jama bowiem macicy za pomocą tej szpryki zostaje tylko przepłukana płynem.

Szprycka moja składa się z rurki szklanej *a*, zaopatrzonej w zwyczajny tłok, pręcik którego przechodzi szczelnie przez oprawę *b*, mającą podwójne dno wypełnione korkiem. Obok tej rurki głównej jest równo-

legle umocowana druga rurka dodatkowa *c*, o daleko mniejszej średnicy, światło której łączy się ze światłem rurki głównej za pomocą kanału, znajdującego się w dolnym poprzecznym spojeniu *d*; u góry zaś obie rurki szklane kończą się rurkami z hartgunni o jednakowej średnicy. Na te rurki nasadza się kanka, składająca się z dwóch półokrągłych rurek, spojenych w całej długości oprócz dolnej części, gdzie się rozchodzą. Kanka ta nasadza się nie bezpośrednio na rurki szpryki, lecz za pomocą rurek kauczukowych.

Działanie szpryki mojej jest bardzo proste: wyobraźmy sobie, że kanka siedzi w szyjce macicy i koniec jej przeszedł usta wewnętrzne. Podczas przeto gdy tłok popycha płyn przed sobą, wtedy w rurce *a* rozrzedza się powietrze znajdujące się za tłokiem, a ponieważ część szpryki znajdująca się za tłokiem jest w połączeniu z rurką *b*, dany płyn przeto skoro tylko napelni jamę macicy, zostaje zaraz wessanym przez kanał odprowadzający kanki, do rurki *b* i części znajdującej się za tłokiem rurki *a*.

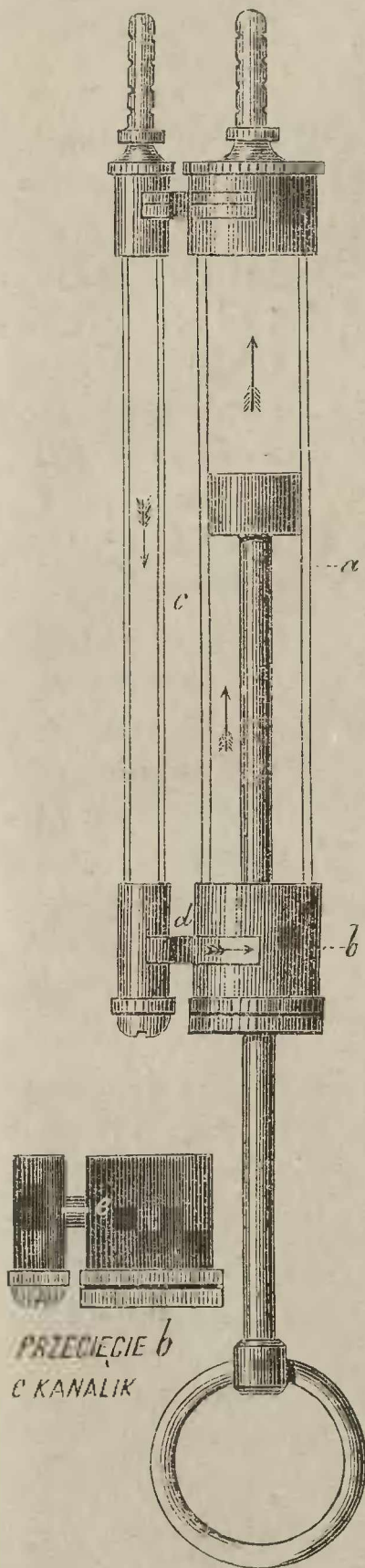


Fig. 1.

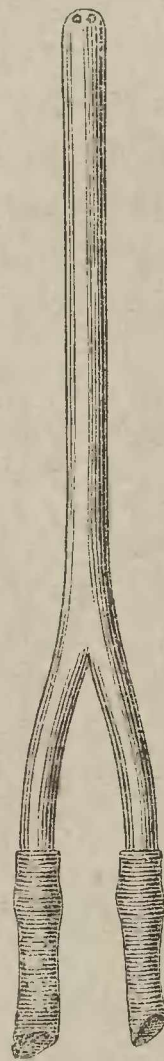


Fig. 2.

PRZECIĘCIE *b*
c KANALIK

III. Nożyczki o równoległe przesuwających się ramionach.

Podał **L. Vorstaedter** (z Białegostoku).

Do nacinania lub przecinania szyjki macicy w rozmaitych przypadkach, jak wiadomo, używa się rozmaitych nożyczek szczegółowo na ten cel przysposobionych. Między innemi najczęściej odpowiadają celowi nożyczki K ü c h e n m o i-

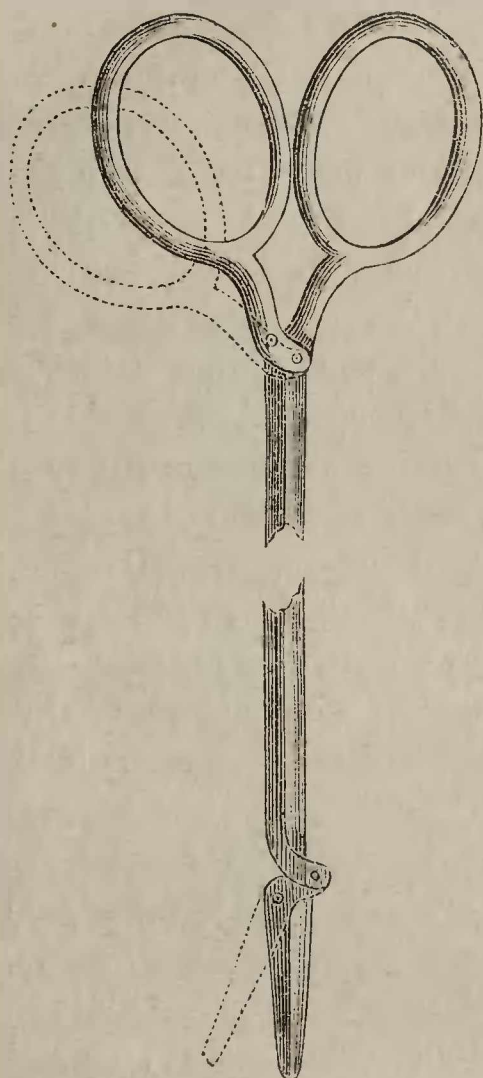


Fig. 1.

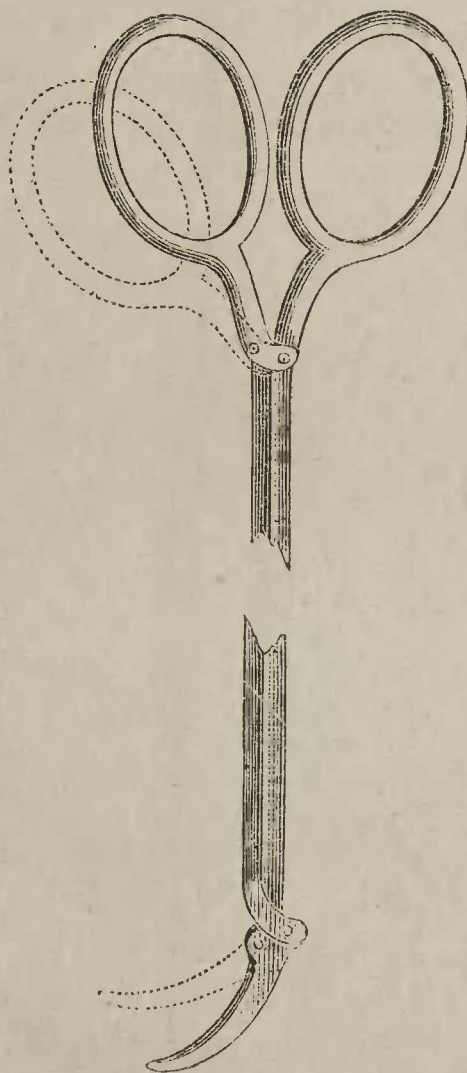


Fig. 2.

ster'a i Haer-
tela, które są
tak urządzone, iż
ramiona ich z po-
wodu krzyżowa-
nia się przy ot-
wieraniu noży-
czek zamiast roz-
chodzić się scho-
dzą się, przez
co ułatwia się
wykonanie po-
trzebnych w da-
nym razie obro-
tów nożyczkami.
Takie nożyczki
wprawdzie są
dobre, ale je-
szcze lepszemi
są te, których
ramiona przy
działaniu w ca-
le się nie
rozchodzą.
Tak urządzone
nożyczki naj-

mniej przeszkadzają palcom, znajdującym się w pochwie podczas operacyi i same dają się z większą swobodą obracać. Nożyczki moje, odwzorowane na Fig. 1, są urządzone na tej samej zasadzie, co i szczypezyki do wyjmowania obcych ciał z cewki moczowej *M a t h i e u' g o*. Ramiona ich przy otwieraniu lub zamykaniu nożyków nie rozchodzą się wcale, lecz przesuwają się obok siebie w kierunku równoległym.

Oprócz zaś takich nożyczek prostych, zrobiłem jeszcze nożyczki wykrzywione w kierunku płaszczyzny i w kierunku grzbietu (Fig. 2); te ostatnie mogą się przydać do wycinania polipów macicznych.

IV. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

CHOROBY PRZYRZĄDU WZROKOWEGO

Napisal

D-r Jan Minkiewicz (z Tyflisu).

(Dokończenie — Patrz Nr. 48).

28. Co do chorobowych stanów nerwowych tęczówki wspomnę o jednym przypadku rozszerzenia źrenicy (*mydriasis*). Dziewczynka 12-letnia po skończonych lekcjach wybiegła zupełnie zdrowa do ogródka. Po kilkunastu minutach, wróciła do rodziców, krzycząc w niebogłose, że oślepla. Widziałem chorą w pół godziny potem i znalazłem obie źrenice, szczególniej prawą bardzo mocno rozszerzone; chora się skarży na ciągły zawrót głowy, nudności; żali się, że bardzo słabo widzi i to tem gorzej, im więcej światła jest w pokoju. Wszystko to się stało podczas biegania po ścieżkach ogródka i żadnej przyczyny tego podać chora nie mogła. Zbadawszy ogródek, znalazłem, że w nim były ślicznie kwitnące *daturae* (było to w Lipcu), i że na jednej z nich nadłamaną była mała gałązka. Chora wtedy przypomniała sobie, że rzeczywiście biegała wokół tych kwiatów, że coś złamała i wtedy uczuła, że coś wpadło do prawego oka. Zaraz potem spostrzegła, że ślepnie. Użyłem zimnych okładów, zakraplań *tinc. opii. simplicis*. Stopniowo objawy rozszerzenia źrenicy ustawały i nazajutrz ku wieczorowi zupełnie znikły.

H) CIAŁO SZKLISTE.

29. Jako skutek cierpienia tej części składowej gałki ocznej obserwowaliśmy raz dobrowolne wypadnięcie soczewki do komórki przedniej. Rozalija Praczkowska, żona żołnierza, 30 lat mająca, udzieliła następnych danych co do cierpienia lewego oka. W 12 roku życia na powiece dolnej lewej powstał jęczmień, który chora rozdrapała, poczem podług zdania chorej, rozwinęło się mocne zapalenie i w gałce ocznej, czemu towarzyszyły mocne bóle w oku i lewej połowie głowy. Choroba trwała przez cały rok. Długo była leczoną przez baby, cyrulików w najrozmaitszy sposób. Zapuszczono koltun bez skutku. W ciągu roku chora traciła wzrok stopniowo, z początku widziała jak przez mgłę, później zaś coraz gorzej, aż nareszcie zupełnie zaniewidziała; przy tem zauważyła, że gałka oczna się zmniejszyła. Od 3-ech lat zauważyła, że rogówka bieleje. Tyle tylko chora mogła udzielić danych co do rozwoju swojej choroby. Zgłosiła się ona do mnie dnia 30. IX. r. 1864 i wtedy znalazłem, co następuje: chora małego wzrostu, chuderlawa. Lewe oko mniejsze od prawego, siedzi głębiej w oczodole. Za ciśnięciem znalazłem je miększem od prawego. Rogówka bardziej płaska, mętna, dość gęsto zadymiona. Zadymieniu owemu najbardziej uległa dolnozewnętrzna część, szczególniej zaś dolna, przezroczystą zaś pozostała wewnętrzno-górna część. Zadymienie to w ogóle było niejednostajne; składało się ono właści-

wie z kilku punktów białych, oddzielonych od siebie słabiej zadymionemi pasmami. Poza rogówką, w przedniej komórce, na dole leżało ciało, objętości małego grochu, nieforemne, niegładkie, białawo-szare, niby skrzep zwapniały. Górny jego koniec sięgał do obwodu dolnego prawidłowej źrenicy. Za poruszeniem się głowy na tę lub ową stronę ciało to także się swobodnie przesuwalo. Lewa tęcza bledsza od prawej ze słabo zielonawym odcieniem, drżąca (*iridodonesis*), co szczególnie dało się widzieć przy bocznem oświetleniu. Zewnętrzny brzeg tęczówki był nieco w tył pochylony i zaokrąglony. Z powodu zadymienia rogówki niepodobna było zbadać głębi oka oftalmoskopem. Chora lewem okiem nie widzi. Wkraplanie atropiny pozostawało bez skutku. Wszystkie objawy powyżej wspomniane najoczywiściej nas przekonywały, że mieliśmy przed sobą przypadek obecności w przedniej komórce lewego oka zwapniałej i pomarszczonej soczewki. Objawy teraz widziane i anamneza, lubo niedokładna, wskazują, że wypadnięcie to i zmiana stanu soczewki były następstwem zapalenia tęczówki i naczyniówki (*irido-chorioiditis*) z jednoczesnem cierpieniem ciała szklistego, lub też następstwem li tego ostatniego cierpienia. H e y f e l d e r, ojciec, twierdzi, że do wypadnięcia samoistnego soczewki do komórki przedniej bywa potrzebne mniej lub więcej zadawnione cierpienie oka. Co do oznaczenia czasu, kiedy wypadła soczewka do komórki przedniej, to zdaje się, iż wypadnięcie datuje od tej pory, kiedy chora spostrzegła, że gałka oczna zmniejszyła się w swojej objętości. Więzy, utrzymujące soczewkę, skutkiem zapalenia zanikły i soczewka za lada ruchem łatwo mogła wysunąć się z komory tylnej do przedniej. Podając do publicznej wiadomości opis tego przypadku, dołączamy jeszcze jeden do 76, uzbieranych przez D-ra Talkę w jego pięknej rozprawie inauguralnej o traumatycznym i szczególnie dowolnem przemieszczeniu soczewki. Zupełna utrata wzroku, miękkość gałki ocznej dostatecznie przeciw wskazywały jakakolwiek bądź operacyję, tem bardziej, że chora dbała o to, aby oko zachowało swoją formę obecną. Chora miała synka zupełnie zdrowego na oczy.

I) S O C Z E W K A.

30. Operacyja zaćmy dokonana była u 18 chorych 15 razy w rozmaity sposób; głównie wydalaliśmy zaćmę przez płátowe przecięcie górne lub dolne (*extractio per superius vel inferius*). Na 15 przypadków w podobny sposób postąpiliśmy jedenastcie razy. Przecięcie płátowe dolne było dokonane 5, a górne 6 razy. U 3-ech chorych zrobiliśmy 4 razy rozerwanie torebki soczewki. Oto niektóre z tych przypadków:

a) Przejazdem będąc w Newlu, u Izraelitki, 10 lat liczącej i mającej miękka wrodzoną zaćmę na obudwu oczach, d. 23. VIII. r. 1862. zrobiłem rozdzielnie zaćmy torebki soczewki na prawem oku przez ukłócie białkówki (*scleronyxis*). Po operacyi w komórce przedniej prawej była kropla krwi. Chorej zadano soli angielskiej $\bar{3}$ j. Dnia 24. VIII. bóle umiarkowane w gałce ocznej, kalomel gr. $\frac{1}{2}$ co godzinę po proszku.; okłady zimne; nudności, wymioty. Dnia 25. VIII. podobnyż stan jak i wczoraj. Wcieranie maści belladonowej. 4 proszki kalomelu po gr. $\frac{1}{2}$ co 2 godziny. D. 26. VIII. nudności i bóle w oku ustały. Dnia 27.

VIII. chora po operacji gorzej widzi. Dnia 30. VIII. na lewym oku zrobiłem rozdzielenie przez rogówkę (*keratonyxis*); oddziaływania nie było żadnego ani tego dnia, ani też następnego. Jaki ostateczny był skutek tych operacji, nie wiem, gdyż musiałem wyjechać z tego miasta, poleciwszy chora koledze.

b) R o z c i ę c i e (*discisio, dilaceratio*) przy zaćmie miękkiej na prawem oku przez białkówkę. Gruzin X, 29 lat mający, w r. 1847, został przez towarzysza podczas zabawy ugodzony piłką w prawe oko, wskutek czego zemdlal. Chory powróciwszy do przytomności, zauważył, że tem okiem nie widzi tak dobrze, jak przed tem; ale zdaje się mu, jak gdyby przed nim rozpostarta była przezroczysta mgła. Po pijawkach i użyciu wody ołowianej zapalenie zewnętrznych tkanek ustało, owa mgła stała się nieco przezroczystsza, ale przedmiotów chory nie był w stanie dokładnie odróżniać. Od r. 1857. zaczęła się wykształcać; chory nie odróżnia światła od ciemności. D. 15 VII. r. 1863, rozciąłem i zdarłem torebkę z miękkiej zaćmy, poczem w ciągu pierwszej doby nie było bólu, ani innego oddziaływania miejscowego. Rp. *citratis magnesiae* \bar{v} j. D. 16. VII. chory skarży się na chwilowe bóle kolące, przelatujące w gałce ocznej, na stałe uczucie gorąca i obecności piasku; łzawienie. Przekrwienie łącznicy i podłącznicy w okolo rogówki, słabe wylanie się cieczy szklistej przez ranę białkówki. Źrenica zupełnie czysta, ale chory nie odróżnia światła tak, jak przed operacją; 5 wypróbnien. Wieczorem zaś chory odróżniał palącą się świecę, co miało miejsce tylko dawniej przed powstaniem zaćmy. Bóle kolące, umiarkowane, niestałe. Znowu tenże środek rozwalniający. Zimne okłady na operowane oko, niedługo trzymane. Dnia 18. VII. zapalenie spojówki zupełnie ustało. Bóle rzadko się zjawiają. Dnia 22. VII. wylana część cieczy szklistej została wessaną. Od dnia 22 wszelkie objawy zapalenia łącznicy i podłącznicy ustaly, źrenica była prawidłową. Chory słabo odróżnia słoneczne światło.

c) R o z c i ę c i e (*discisio*) zaćmy. Zropienie wnętrza gałki. Do szpitala tyfliskiego miejskiego wszedł dnia 20 IX. r. 1863 Małakanin, sekiarz z Rosyi wschodniej, osiedlony na Kaukazie, 75 lat mający; od kilku lat cierpi na zaćmę lewego oka. Prawe oko wskutek poprzedniego zapalenia było w stanie zaniku. Ogólny stan chorego zadawałniający, lubo chory dość wyniszczony; szczególnie dał się widzieć brak tkanki podskórnej. Ojciec chorego także miał przed śmiercią zaćmę. Dnia 1. X. wkroplono roztwór atropiny i zadano pół uncyi siarczanu magnezyi. Ponieważ oczy mocno były zapadnięte do oczodołu z powodu zaniku tkanki tłuszczowej, niepodobna było więc myśleć o wyjęciu zaćmy, tem bardziej, że łącznica była pulchna, za lada dotknięciem haczykiem mocno krwawiła, musiałem przeto dokonać rozcięcia zaćmy. Po operacji część torebki leżała ukośnie: z wewnątrz i z góry ku dołowi i ku zewnątrz. Opatrunek naciskowy. Po operacji zadano choremu morfinę $\frac{1}{3}$ grana. Do wieczora nie było żadnego oddziaływania miejscowego w operowanym oku. W nocy zaś chory wymiotował i skarżył się na ból w gałce ocznej i w lewej połowie głowy. Dnia 3. X. nastrzyknięcie i nudności ustaly. Ból głowy mniejszy, tętno podniesione. Rp. *Calomelani* gr. jj, *sacchari albi* gr. v, co 2 godziny po proszku. Nazajutrz stan był lepszy i chory był bez

lekarstw. Dnia 6. X. wieczorem znów się ponowił ból w okolicy skroniowej lewej bez gorączki i trwał kilka dni; dołączyło się łzawienie. Dnia 9. X. zadano siarczaniu magnezyi $\overline{\text{Sj}}\beta$, gdyż niebyło wypróżnień. Objawy cierpienia w operowanym oku stopniowo coraz się bardziej wzmagaly. Łącznica była mocno przekrwiona, obrzękła; łzawienie, bóle w gałce ocznej, w okolicy skroniowej i czołowej. Ow kawałek torebki ukośnie leżący z początku nabrzmiewał, stawał się większy, mętniał, nareszcie zropiał. Powoń w komorach skupała się ropa (*hypopion*) i dnia 29 t. m. otworzyłem ropień komórki przedniej i przez ten otwór starałem się wydobyć pozostałą część torebki. Bóle zwolniały cokolwiek zaraz po operacyi i po użyciu środków narkotycznych i przeciwzapalnych; ale nienadługo, gdyż ropienie wewnątrz gałki ocznej znów się powiększyło i chory stracił lewe oko.

Wypadło nam częściej operować lewe oko i najczęściej u mężczyzn, $\frac{3}{4}$ prawie przypada na płeć męską. Co do przyczyn sprzyjających rozwinięciu się zaćmy, to wspomniemy o dwóch przypadkach. U pewnego mężczyzny po uderzeniu w okolicę nadoczołową, zaraz poczęła się rozwijać zaćma. U drugiego chorego była ona następstwem *irido-capsulitidis*. W 3-im przypadku wykształcona kobieta, podeszłego wieku stanowczo twierdziła, że zaćma rozwinęła się w ciągu jednej doby w czasie strasznych upałów tutejszych Lipcowych, czemu towarzyszyły mocne bóle głowy, istniejące przedtem kilka dni. Być może, że jako staruszka, nie mając oddawna dobrego wzroku, nie zwracała na to uwagi i dopiero ostateczne pogorszenie przeraziło ją i zwróciło jej uwagę; głównie mieliśmy do czynienia z zaćmami torebkowatemi.

Co do zejść po operacyi, to nie możemy się pochlubić; połowa tylko chorych była zadowolona ze swego stanu po operacyjnego; trzecia część przypadków zakończyła się najzupełniej niepomysłnie; reszta operowanych była zadowolona z tego niewielkiego polepszenia, które było skutkiem operacyi.

III. Choroby tworów w oczodole zawartych.

Przyrząd ruchowy zewnętrzny gałki ocznej.

31. Operacyja zéza była dokonaną 4 razy u 3-ech chorych. U Ormijanki, 12 lat liczącej, zwrócone było lewe oko mocno ku wewnątrz i ku górze (*strabismus convergens*). Rodzice zauważyli tę wadę między 2-m i 3-m rokiem życia dziewczynki. Dnia 7. VI. r. 1863 sposobem Arlt'a operowałem zézowate oko, przeciąwszy mięsień prosty wewnętrzny; zimny okład. Dnia 8. VI, zapalenie w okolo rany słabe, chora zauważyła, że lewym okiem widzi niewyraźnie. Po zagojeniu się rany zalecono ćwiczenia oka, częste ruchy ku zewnątrz. Podobnym sposobem i tegoż samego dnia przeciąłem mięśnie proste wewnętrzne na obudwu oczach u 5-cio-letniej dziewczynki, Niemki, z powodu mocnej zézowatości ku wewnątrz i cokolwiek ku górze (*strabismus convergens*). U tej dziewczynki zézowatość była dziedziczną ze strony matki, która urodziła bliźnięta, z których jedno nległo tej wadzie. I w tym przypadku rodzice zauważyli

w 3-im roku życia poczynającą się zezowatość. Trzeci chory. Ormijanin. 33 lat mający, cierpiał na zezowatość prawego oka wrodzoną. *Nystagmus*. Po tenotomii m. prostego prawego, wzrok chorego znacznie się poprawił.

K O R E S P O N D E N C Y J A.

Ze szląskich zakładów kąpielowych.

Szanowny Redaktorze!

W ostatnich czasach zwrócili się koledzy nasi z niebywałą dotąd gorliwością do opisywania i zalecania chorym zakładów kąpielowych krajowych, co zarówno przynosi zaszczyt naszym adeptom nauki, jak korzyść krajowi i chorym, którzy bez łamania sobie języka cudzą mową, nie opłacając wysokiego haraczu aژیowego, w towarzystwie rodaków, mogą odzyskać nadwątlone zdrowie. Dlatego z nieśmiałością prawie odzywam się do Redakcyi o zamieszczenie w łamach cennego waszego pisma korespondencyi, mającej za przedmiot opis kilku zakładów szląskich. Nie kieruje mną bynajmniej zamiłowanie cudzoziemczyzny, którą zbyt dobrze znam, abym nie wiedział, że nałogowe z naszej strony przyciąganie do niej nie przynosi nam spodziewanych korzyści, nie rządę się też myślą lekceważenia zakładów swojskich, tem bardziej źródeł naszych, które w rzędzie wód lekarskich niewątpliwie bardzo wybitne zajmują stanowisko.

Pobudką do napisania niniejszego artykułu jest poprostu szczerą chęć przysłużenia się kolegom i chorym przedstawieniem wiernego opisu źródeł i zakładów leczniczych, najbliżej kraju naszego leżących, pod względem terapeutycznym nader potrzebnych, a w skutkach swych niezaprzeczenie bardzo pożytecznych. Nie małej także wagi jest i ta okoliczność, że w liczbie wód szląskich znajdują się i takie, których w kraju naszym wcale nie posiadamy, jak np. Landeck, Warmbrunn, Johannesbad, albo które wysokością poziomu przewyższają nasze zakłady lecznicze, jak np. Reinerz, Karlsbrunn, Johannesbad.

Potrzeba nareszcie opisu w mowie będących zakładów uzasadnia się również tem, że w ciągu ostatnich lat kilkunastu w pismach naszych lekarskich żadnego nie było wspomnienia o tych miejscowościach, które przecież przepelnione są naszymi chorymi, pomiędzy którymi nierzadko znajdują się tacy, którzy właściwie powinni by leczyć się w Marienbadzie, Karlsbadzie, lub Kreuznach'u.

Nie spodziewaj się jednak, Szanowny Redaktorze i łaskawy czytelniku, w tych skromnych listach jakiegoś nowego poglądu balneoterapeutycznego, zakłady to dawne i dobrze balneologom znane; są to tylko wskazówki praktyczne, wyniesione z kilkakrotnego w tych miejscach pobytu i dokładnej znajomości tamtejszych stosunków.

Szląsk pruski, jedna z najpiękniejszych, najbardziej zaludnionych i przemysłowych prowincyi królestwa pruskiego, mieści w sobie 15 zakładów leczniczych jako to: *Altwasser, Carlsruhe, Cudowa, Charlottenbrunn, Flinsberg, Görbersdorf, Goczalkowice, Königsdorf-Jastrzemb, Landeck, Muskan, Niederlangenau, Reinerz, Salzbrunn, Warmbrunn, Wilhelmsbad (Kokoschütz)*. Oprócz tych przez lekarzy uznanych i publiczności (choć często tylko miejscowej) znajomych, jest jeszcze w górach szląskich mnóstwo źródeł mineralnych (w samem hrabstwie Glatz około 40 żelazistych), które głównie z powodów topograficznych nie zjednały sobie szerszego zastosowania, jak: *Diersdorf, Kunzendorf, Grünthal, Skarsine, Wiesau, Altheide, Gruben etc.*

Źródła wszystkich wymienionych wód, jakkolwiek co do chemicznego składu bardzo różnorodnych, wytryskują u północnego stoku 40 milowego pasma gór Sudeckich, stanowiących mniej więcej granicę naturalną pomiędzy Prusami

z jednej, a Austryą (Szląsk, Morawa, Czechy, Galicyja) z drugiej strony; większa też część zakładów pomieszczona wśród wyżyn rzeczonoego pasma górskiego z wyjątkiem miejscowości: Muskau, Goczalkowice i Jastrzemb, które leżą na płaszczyznach. Na południowym stoku Sudetów (w Austryi) spotykamy zdrojowiska z zakładami leczniczemi w: *Johannesbad*, *Lindewiese*, *Karlsbrunn*, *Ullersdorf*, *Gräfenberg*, *Jaworze* (*Ernsdorf*), *Ustron*.

W środkowej Europie jest parę tylko, że tak powiem, kątów geograficznych, również hojnie od natury w źródła lecznicze wyposażonych, do których należą okolice gór Taunusowych, (w których mieszczą się: Ems, Schwalbach, Schlangenbad, Wiesbaden, Weilbach, Kreuznach, Soden, Nauheim, Homburg), Czechy i nasze Tatry. Od czeskich wód w ogólności różnią się szląskie tem, że w pierwszych przeważają sole siarczane, w drugich sodowe, od Taunusowych tem, że szląskie miewają niższą ciepłotę, a daleko wyższe położenie nad poziomem morza, zaś od tatrzańskich obecnością obojętnych cieplic (akratotermów), których u nas *J a s z c z u r ó w k a* jest słabym przedstawicielem.

Bardzo znaczna różnorodność chemiczna i lecznicza zdrojowisk szląskich nie dozwala nam podać o nich ogólnej wiadomości w zestawieniu porównawczem, powiemy zatem tylko w ogólności, że są tu dobroczynne źródła: *a k r a t o t e r m i c z n e*: Warmbrunn, Landeck (nieco siarkowe), Johannesbad, *a l k a l i c z n o - s ł o n e*: Salzbrunn, Reinerz (*Lauquelle*), *a l k a l i c z n o - z i e m n e*: Altwasser, *i s z c z a w y ż e l e z i s t e*: Flinsberg, Cudowa, Niederlangenau, Reinerz (*Kaltequelle*), Karlsbrunn, Muskan.

Zakłady szląskie położone są w pewnym oddaleniu od sieci kolei żelaznych i od bardzo licznych w tej prowincyi fabryk, kopalń i warsztatów przemysłowych, z wyjątkiem Goczalkowice tuż nad koleją leżących i Altwasser, które też zdrojowisko, jakkolwiek pod względem leczniczym dosyć ważne i dawniej uczęszczane, dziś z powodu bliskości kopalni węgla i ogromnego ruchu kolejowego, zupełnie zaniedbanem zostało.

I. Reinerz. *R e i n e r z - B a d*, położone tuż za miasteczkiem tegoż imienia (*Reinerz-Stadt* po słowiańsku *D u s z n i k a m i* zwane); jestto zaciszny kącik lekko od północno-wschodu ku południowi wznoszący się pomiędzy dwoma grzbietami gór na 600' nad poziom zakładu wzniesionemi i bujnie lasem, przeważnie iglastym, pokrytymi. Środkiem tej pochyłej dolinki mniej więcej 1000 stóp szerokiej, kończącej się ku południu długim wąwozem lesistym, przebiega wartka rzeczulka (*Weistritz*), po obu stronach której rozmieściły się budynki zakładowe i domy (jedno- i dwupiętrowe, drewniane i murowane) w ilości 20 i kilku dla gości. Wysokość położenia zakładu nad poziom morza wynosi 1780 stóp, zatem o 300 blisko stóp wyższej od Szczawnicy.

Reinerz-Bad odległe o 3 mile od większego miasta i stacyi kolei Glatz, zdala od wszelkich fabryk, otoczone zewsząd lasami jodłowemi i dobrze uprawionemi gruntami, przecięte rzeczką górską, osłonięte górami, posiada rzeczywiscie wszystkie warunki sanitarne, na których polega wartość lecznicza w ogólności; powietrze tu czyste, obfitujące w tlen ozonowy, niezbyt wilgotne ani suche, wolne od wszelkich wyciewów; grunt twardy a pochyły, co jest powodem, że w *Reinerz* przy silnych nawet wiatrach nigdy nie ma kurzu, ani przy obfitych deszczach (jak było np. tego lata) nie ma błota. Nie zapuszczam się w statystykę dni pogodnych i słotnych, ponieważ wyliczenia te, mojem zdaniem, nie mają najmniejszej wartości w odniesieniu do miejsca położonego w niedalekiej od nas odległości geograficznej i w górzystych okolicach. To samo tyczy się porównawczego zestawienia ciepłoty powietrza. Nasza pogoda stała przyswieca zwykle i w *Reinerz* z małemi wyjątkami, długa u nas ślota męczy i chorych tam bawiących, a co się tyczy ciepłomierza, to pamiętać należy, że jak wszędzie w górach, tak i w *Reinerz* ciepło nie wznosi się tak wysoko i nie dotknie tak dotkliwie, jak na płaszczyznie

z powodu obfitej roślinności. Wielka szkoda, że zachód zaslania w Reinerz wysoki pagórek (*Hirtenberg*), zazwyczaj idzie, że w czasie najdłuższych nawet dni, słońce około 7-ej kryje się i sprowadza znaczną różnicę w ciepłocie, która w jakiś czas potem znova staje się łagodniejszą, na co przecież uwagę chorych zwracać należy. Chłód wieczorny uczuwać się daje najbardziej w wąwozie lesistym, stanowiąc właśnie jedyny prawie, chociaż bardzo przyjemny, spacer popołudniowy (do tak zwanej Szmelcy).

1) Świeże, balsamiczne powietrze, wolne od wszelkich szkodliwych przymieszek i pyłu stanowi w mojem przekonaniu jeden z najważniejszych, jeżeli nie główny warunek i środek leczniczy w Reinerz. Ożywienie pod tym wpływem sprawy utleniania pierwiastków i pobudzenie przemiany materii organicznej działa zbawiennie na odżywianie układu nerwowego, krążenie i trawienie, ztąd uczucie krzepkości, swobody w ruchach, potrzeba obfitszego posiłku. Rozrzedzenie zaś powietrza z powodu miernej wysokości położenia, zawsze jednak znacznej w stosunku do naszych nizin, sprowadza instynktowo silniejsze (głębsze) ruchy klatki piersiowej (gimnastyka oddechania), przyczem płuca możliwie się rozszerzają, co koniecznie pomysłny wywierać musi wpływ na osłabiony jakimkolwiek sposobem mechanizm oddechania (niedostateczność jego), naruszony przy każdej chorobie piersiowej, czy to ze strony płuc lub opłucnej, czy też krtani, tchawicy lub serca, bezkrwistości i t. p. Czyste powietrze, jako najważniejszy środek leczniczy w chorobach piersiowych, odpowiada najlepiej nawet nowoczesnej teoryj gruźliczej Koch'a, wedle której długo najczęściej przeciągający się stan nieżytyłów (*pneumonia catarrhalis*, *peribronchitis*, *bronchopneumonia*) tak długo daje nadzieję ocalenia chorego od niechybnej śmierci z suchot, dopóki nie stanie się siedliskiem bakteryj pałeczkowatych (*bacillus tuberculosus*), ile że owe pasorzyty łatwiej gnieźdzą się i rozmnażają na nieżytyłowych błonach. Ponieważ zaś najlepszem lekarstwem na nieżyty płucne jest czyste powietrze, a z drugiej strony ponieważ czystość powietrza warunkuje, o ile można, niedostatek w niem szkodliwych pierwiastków, *respective* także gruźliczych bakteryj, wynika ztąd, że nawet usposobione anatomicznie, że tak powiem, osoby do suchot, mają w miejscu z czystem, górskim powietrzem, najwięcej widoków na uchylenie grożącego niebezpieczeństwa.

2) Drugim środkiem leczniczym w zakładzie Reinerckim jest żentyca (serwatka oweza) wybornie przygotowywana sposobem całemu światu znanym i z największym staraniem za pomocą stosownych przyrządów ogrzewana przy rozdawaniu jej chorym. Fłaszka każdego chorego, literami jego oznaczona i odpowiednią dlań ilością żentycy napełniona utrzymuje się codziennie rano i wieczorem w wodzie równomiernie do 30° C. ogrzanej; porządek, czystość, punktualność panuje tu wzorowa. Jakiej na próżno szukałbyś w innych głośnych żentyczarniach, np. Ems, Salzbrunn, Reichenhall, Meran i t. p.

Oddawna też cieszy się żentyczarnia Reinercka zasłużoną sławą, co nawet poniekąd zaszkodziło zakładowi, gdyż wiele chorych unika tej miejscowości osławionej jakoby lecznicy dla skazanych już suchotników. Jak błędnem jest to mniemanie, raczej uprzedzenie i to pod dwojakim względem, pojmie każdy łatwo, zważywszy, że ani Reinerz nie jest wyłącznem siedliskiem suchotników, ani też żentyca nie jest swoistem lekarstwem suchot płucnych. Z wykazu zresztą zamieszczonego w broszurze D-ra Dreschera (*Kurort Reinerz, 1872*) przekonujemy się, że liczba chorych piersiowych w tem miejscu leczonych zmniejsza się w ostatnich czasach znacznie, a natomiast powiększa się liczba innych chorych.

Pomimo licznych tyrad, wygłaszanych na korzyść żentycy, dziś tak powszechnie w użyciu będącej i wbrew zdaniu wielu kolegów, podnoszących terapeutyczne znaczenie jej, jak również tych, którzy jej przeciwnie wszelakiego

znaczenia odmawiają, ośmielam się wypowiedzieć zdanie, na długim doświadczeniu oparte, że obadwa tuż przytoczone zdania rozmiągają się z prawdą kliniczną, grzesząc p r z e s a d ą.

Całkiem bezskutecznym nie może być żaden napój metodycznie używany, w którym analiza wykrywa sole (chlorne i fosforne), cukier i połączenia azotowe, z drugiej strony znowu. potrzeba pewnej dozy optymizmu i młodzieńczej ufności, żeby spodziewać się heroicznego działania po kilku uncyjach, chociażby codziennie naczęzo wypitych, płynu, w którym mieści się $\frac{1}{2}\%$ rzeczonych soli, 1—2% azotanów i 5% cukru, a przecież takim jest skład (oprócz wody) żentycy!

Ani wprost odżywiać, ani pośrednio wzmacniać chorego żentyca nie może dla szczupłej ilości w niej związków azotowych, przeczyszczać także nie jest w stanie przy tak nieznacznej ilości soli, a tem mniej jeszcze działania oczekiwać można po znajdującym się w niej cukrze, który, jak słusznie zauważył Braun, przyczyniać się może do wywołania nieżyty żołądka przy hojnym podawaniu żentycy.

Zaznaczyć tu zatem wypada, że ilość używanej dziennie żentycy musi być troskliwie przestrzegana, albowiem najlepiej nawet sporządzona serwatka, w większej ilości użyta (np. kwarta) wywołuje zawsze prawie niestrawność, wzdęcie, utratę apetytu i t. p.

Po takim pobieżnym już rozpatrzeniu warunków farmakodynamicznych żentycy, musimy się zgodzić na to, że działanie jej lecznicze redukuje się do niskiego stopnia wpływu chłodzącego, przeciwzapalnego, do lekkiego pobudzenia błon śluzowych narządu trawienia i ogólnej przemiany materij organicznych, co razem wzięte w połączeniu z czystem górskim powietrzem, *notabene* przy dobrem łaknieniu i zdrowych pokarmach, może bardzo pomyslnie sprowadzić rezultaty.

Różnica pomiędzy serwatką krowią a owezą (żentycą) wyraża się w następujących cyfrach składników chemicznych:

k r o w i a: wody 93,264, białka 1,080, cukru 5,100, tłuszczu 0,116, soli 0,410;

o w c z a: wody 91,960, białka 2,130, cukru 5,070, tłuszczu 0,252, soli 0,588.

3) Trzecim czynnikiem leczniczym są z d r o j e l e k a r s k i e w liczbie kilku, nie wiele co do składu chemicznego od siebie odbiegające, z których głównie trzy bywa zalecanych do picia, mianowicie: zdroj l e t n i (*Lane Quelle*), z i m n y (*Kalte Quelle*) i U l r y k i. Działalność tych zdrojowisk odnoszą balneologowie do zawartych w nich związków s o d o w y c h (węglanu i chlorku sodu), które, jako stateczne składniki krwi, nadają jej własności alkaliczne, utrzymują białko i włóknik w rozpuszczeniu i nadto, łącząc się cheiwie z kwasem węglanym, unoszą go z krwi (służą dekarbonizacji). Jakkolwiek zresztą rzeczony, fizjologiczne niejako, znaczenie związków sodowych dotychczas bliżej wyjaśnionem nie jest, a tem mniej działanie lecznicze zdrojów sodowych (najczęściej w połączeniu z potasowymi solami), zalecają je praktycy od niepamiętnych czasów, w dodatku z pomyslnym skutkiem: w miazdrze moczowej (moczan sodu), w nieokreślonej formie „żylności“ (*venositas*), w nieżytach wszelkiego rodzaju i wszelakich narządów (oskrzeli, żołądka, jelit, pęcherza etc.), w chorobach wątroby, w moczówce i t. p.

Skuteczność soli sodowych w Reinerckich wodach wspiera do pewnego stopnia niewielka także ilość ż e l a z a i k w a s u w ę g l a n e g o, jak o tem przekonywamy się z poniższego zestawienia:

Kalte Quelle: węglanu sodu 1,73, chlorku sodu 0,04, chlorku potasu 0,09, siarczanu potasu 0,98, węglanu wapnia 3,49, węglanu żelaza 0,09, kw. węglanego 28, ciepłota 7,2° R. Tych samych składników zawiera *Lane Quelle*: 4,26, 0,12, 0,64, 6,29, 0,28, 27, ciepłota 13,7° R. *Ulriken Quelle*: 2,08, 0,12, 0,48, 3,16, 0,13,

27. ciepłota $7,9\frac{1}{2}^{\circ}$ R. Obecność węglanu wapnia nie zmienia bynajmniej, jak łatwo zrozumieć, ani wskazań, ani skuteczności źródeł, o wpływie węglanu wapnia na ustrój, zwłaszcza w takiej małej ilości, mówić prawie nie można.

(D. n.).

Prof. D-r Luczkiewicz.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. Bürkner. Postęp terapii otyjatrycznej w ostatnich dziesięciu latach (1870—1879).

Wobec olbrzymich postępów, jakie uczyniła nauka o chorobach usznych w szóstym dziesiątku lat (1860 — 1869), zdawać by się mogło, że w ostatnim dziesięcioleciu niewiele na tem polu działośano. Skoro jednak zwrócimy uwagę na to, że okres czasu poprzedni stanowi właściwie początek umiejętnego leczenia, i że wtedy opracowano tylko przedmioty najgrubsze, przekonamy się, że postęp ten jest ciągły. Pomijając prace polemiczne i czysto podmiotowe, które dla nauki nie wiele korzyści przyniosły, napotykamy tu mnóstwo dzielnych prac i wielu, bardzo wielu pracowników prawdziwie pożytecznych na niwie otyjatrycznej.

Szczególniej starannie opracowaną została anatomija patologiczna i histologija ucha. Zwrócono też baczniejszą uwagę na choroby nosa i gardzieli; terapię zbliżono więcej do chirurgii, bez czego postęp w leczeniu byłby wręcz niemożliwym. Spodziewać się należy, że w przyszłości na polu operacyjnem otrzymamy najlepsze i najobszerniejsze skutki lecznicze.

I. Ucho zewnętrzne.

O zapaleniach ropnych wspomniemy w rozdziale o ropieniu. Co do ciał obcych napotykanym w przewodzie zewnętrznym. ustala się coraz bardziej pogląd, ażeby ich nie wyciągać, gdy się to z łatwością nie udaje, ponieważ gwałtownem wyciąganiem można niepowetowane wyrządzić szkody. Jest ono wskazanem tylko w razie grożącego niebezpieczeństwa, co się jednak nader rzadko przytrafia.

Gdy ciało obce nie daje się usunąć przestrzykiwaniami ucha, dobre usługi oddaje niekiedy metoda agglutynacyjna Löwenberg'a, polegająca na tem, że pędzelek namoczony w kleju przykłada się do ciała obcego, a po przyschnięciu wyciąga się ciało obce wraz z pędzelkiem. Przeciw narośłom kostnym (*hyperostosis*) stosowane były często z dobrym skutkiem świeczki z laminaryi; M o o s połączył tę metodę z przypalaniem galwanokaustycznem. K n o r r e, H e i n e c k e, A l d i n g e r, B r e m e r i inni używają do tego celu dłuta. Drylownik F i e l d a (ręczny świder D e l s t a n c h e a) jest mniej właściwym, gdyż łatwo zeskakuje z kości, a powtórnie nie dobrze jest dziurawić guz. To samo da się powiedzieć o amerykańskiej maszynie świdrującej dla zębów, stosowanej zresztą z dość dobrymi wynikami przez M a t t h e w s o n'a, F i e l d'a i B r e m e r'a.

II. Błona bębenkowa.

Tu należą środki lecznicze, odnoszące się wyłącznie do błony bębenkowej, większa część innych operacji należy do ucha środkowego.

P o l i t z e r zaleca przeciw wiotkim bliznom, upośledzającym ruchy błony bębenkowej, jakoteż przeciw bliznom bębenkowym zanikłym skutkiem długotrwałego zamknięcia trąbek Eustachijusza, jednorazowe lub kilkakrotne prze-

cięcie celem nadania większej trwałości i ażeby przez zapalenie odczynowe otrzymać zmianę w budowie tych błon. Jestto środek niezbyt niebezpieczny i często daje dobre wyniki. Przecięcie tylnej fałdy błony bębenkowej, wykonane jednocześnie i niezależnie przez Politzera'a i Lucae'ego przy napiętej błonie bębenkowej, daje jeszcze lepsze wyniki. Na 109 operacyj. wykonanych przez Lucae'ego, w 46 było znaczne polepszenie słuchu, w 39 — niewielkie, a w 24 — żadnego nie otrzymano skutku; operację wykonywano się igłą używaną do paracentezy; wymaga ona pewnych ostrożności z powodu bliskości struny bębenkowej.

Gruber widział często znaczne polepszenie słuchu przy mocno napiętej błonie bębenkowej po wielokrotnem przecięciu błony; przecina się obie warstwy włókniste: zatem najlepiej jest ciąć pod kątem ostrym do trzonka młotka; cięcie robi się dwa lub trzy. Według autora niewiele korzyści osiągamy z tej operacji, gdyż po zagojeniu się cięcie powraca zwykle dawny stan, a w każdym razie jest ona mniej pożyteczną, aniżeli przy wiotkich bliznach.

Liczba sztucznych błon bębenkowych także pomnożoną została; wszystkie wszelako przedstawiają tę niedogodność, że nader rzadko znoszone bywają przez chorych. Gruber zaleca przyrząd, który sobie chory sam wprowadza za pośrednictwem odpowiednich цапкóв; składa się on z blaszki kauczukowej, którą także chory może sobie przyrządzić zapomocą odpowiedniego żelazka z otworkiem; blaszka ma w środku nitkę, ażeby mogła być wyciągnięta. Zamiast kauczuku użył później Gruber płótna; w tej formie może błona bębenkowa zawierać środki lecznicze. Blake stosuje zwilgoconą blaszkę papierową przyciśniętą do błony bębenkowej; służy ona głównie za ochronę przeciw wpływom zewnętrznym.

Dość prosty przyrząd opisał Hartmann; jestto kawałek przedziurawionego fiszbinu, który obwija się watą i przykładą do błony bębenkowej. Turnbull wynalazł przyrząd, złożony z blaszki kauczukowej, otoczonej brzegiem stalowym, mającej na obwodzie drut stalowy, powleczoney gumą; nie posiada on wyższości nad podobnymi przyrządami Tynbee'ego i Lucae'ego.

Mc. Keown smaruje błonę bębenkową kollydjonem przy zwiótczeniu, przyrostach, wypukleniach i innych zboczeniach napięcia, przez co zostaje ona wraz z młotkiem pociągniętą ku przodowi; niekiedy po takim leczeniu następowała znaczna poprawa słuchu, częściej jednak nieznaczne polepszenie, rzadko zaś zmniejszały się podmiotowe szmery słuchowe. Autor raz zastosował ten środek i prócz upartego zapalenia ropnego ucha średniego z przedziurawieniem i owrzodzeniem błony bębenkowej innego wyniku nie otrzymał ¹⁾.

III. Ucho środkowe.

a) Przedmuchiwanie

Nowych kateterów nosowych w tym okresie nie wynaleziono. Zalecane w ostatnich czasach wprowadzanie cewników ustnych tam, gdzie kateteryzacja przez nos nie da się uskuteczyć, okazuje się niepraktycznym, gdyż pomimo największej ostrożności powstają często skurcze mięśni paszczy, czego przy kateteryzowaniu przez nos zwykle nie bywa.

Lucae i Gruber zmienili postępowanie Politzera'a; pierwszy celem otworzenia trąbki każe choremu wymawiać „a“, drugi zaś zgłoski „hak, hik, hek i t. p.“ Obadwa te sposoby są w pewnych razach wystarczającymi, zwłaszcza, że ciągle polykanie wody w sposobie pierwotnym Politzera'a

¹⁾ W czterech przypadkach odpowiednich zastosowałem kollydjon, lecz prócz silnego krótkotrwałego bólu w przewodzie słuchowym innych wyników nie osiągnąłem.

może stać się dość przykrem. Sposób *Lucae'go* okazuje się bardzo dobrym u dzieci ¹⁾, u których trudno uchwycić chwilę przelknięcia wody.

Lucae zaleca też metodyczne wdmuchiwanie powietrza do nosa balonem przy jednoczesnym wymawianiu głosek „a, e, o, err.“ Postępowanie to jest wprawdzie bezpieczniejsze i prostsze, aniżeli natrysk nosowy *Webera*, ale też i mniej skuteczne.

Sposoby podane przez *Kessela* i *Roustanta* mogą być uważane za odmiany metody *Politzera*. *Kessel* zaleca wprowadzać po za podniebienie rurkę odpowiednio skrzywioną, ażeby na tej drodze przy nieprzenikli, wości przewodów nosowych wepchnąć powietrze do ucha środkowego, zacisnąwszy poprzednio nos; *Roustant* zaś radzi, ażeby chory ustami wdmuchiwał sobie powietrze do nosa, zapomocą rurki szklanej odpowiednio zgiętej przez co powstaje jednocześnie zamknięcie podniebienia. Pierwszy sposób, tam gdzie jest wskazany, oddaje dobre usługi; drugi, lubo racjonalny ze strony teoretycznej, okazuje się wszelako niepraktycznym z powodu, że chory rzadko wydać może odpowiedni prąd powietrza, a nadto ma on niedogodności sposobu *Valsalvy*.

b) Wstrzykiwania przez trąbkę *Eustachijusza*.

Schwartze i *Th. Weber*, a potem *Gruber*, *Kramer*, *Burger* i inni dowiedli, że plyn i para bardzo łatwo przechodzą z trąbki *Eustachijusza* do ucha środkowego nawet przy nienaruszonej błonie bębenkowej. Sposób ten stosowania leków był z początku bardzo rozpowszechniony, skoro zaś *Wreden* wykazał, że małe ilości zastrzyknięte nie wiele pomagają, zaś większe sprowadzają silny ból a często i zapalenie, został prawie całkiem zarzucony. Szczególniej chloral (1:30), zalecany przez *Lucae'go*, jako środek drażniący przy stwardnieniu ścian jamy bębenkowej, ma takie skutki sprowadzać. Przy leczeniu chorób usznych niepodobna wszelako obejść się bez wstrzykiwań do trąbki *Eustachijusza*: najlepiej jest w takim razie trzymać się tablicy *Wredena*, podającej dawki maksymalne. Autor używał z dobrym skutkiem siarczanu cynku i jodku potasu przy obrzmieniach błony śluzowej trąbek i jamy bębenkowej, od chloralu i salmiaku czasem tylko otrzymywał polepszenie; strychnina pozostawała bez skutku ²⁾.

c) Leczenie wysięków jamy bębenkowej przekłucie bł. bębenkowej (*Paracentesis*).

Celem usunięcia wysięków z ucha środkowego zaleca *Politzer* tam, gdzie przekłucie nie jest bezwarunkowo wskazanem, rurkę bębenkową, zapomocą której wyciąga się surowicze masy wysiękowe; dobrze jest w takim razie

¹⁾ Każdy z podanych sposobów wyjątkowo tylko daje się zastosować u dzieci, zwłaszcza młodszych z powodu płaczu, niespokojnego zachowania się i niepodobieństwa prawie wymagania od nich wykonywania manipulacji powyżej opisanych. W podobnych razach wstawiam dziecku do nosa przysadkę od balonu *Politzera* i zacisnąwszy nos wdmuchuję powietrze kilkanaście razy; podczas płaczu i krzyku, gdy podniebienie miękkie oddziela jamę nosową od gardzielową, często powietrze wepchniętem zostaje do ucha środkowego.

²⁾ Niepodobna zgodzić się bezwzględnie na zdanie *Wredena* co do ilości stosowanego leku; wszakże i do oczu stosujemy bardzo nieznaczne dawki, np. kilka kropeł roztworu siarczanu cynku (gr. 1 na $\bar{5}$) lub lapisu, a jednak skutek otrzymujemy, dlaczegożby więc te środki miały pozostać bez wpływu w uchu, gdzie powierzchnia jest także niewielka? Wstrzykiwania siarczanu cynku (gr. ij na $\bar{5}$) stosuję często i ze skutków jego jestem zupełnie zadowolony, szczególnie przy obrzmieniu błony śluzowej i znacznej wydzielinie. Od chloralu zniknął zwykle szum na pewien czas, towarzyszący sklerozie. Jodek potasu zacząłem stosować w ostatnich tygodniach i stanowczego zdania wyrzecz o nim dotąd nie mogę; zdaje mi się, że powinien wyrzecz dobry skutek przy formach przymiotowych. Salmiak rozrzedza śluz lecz nie niszczy skłonności do wytwarzania się go w nowych ilościach

przychylić głowę tak, ażeby ujście gardzielowe trąbki było skierowane ku dołowi. Politzer widział też bardzo dobre skutki, gdy nadawał głowie chorego takie położenie na 1—3 minut przed wdmuchnięciem powietrza. Celem rozrzedzenia mass wysiękowych zastosował on wstrzykiwanie z węglanu sodu (*natr. carbon.*) z pomocą rurki bębnekowej lub bez takowej. Jak Tröltzsch wykazuje, wystarcza często w podobnych razach wdmuchnięcie powietrza, przez to bowiem rozwartą zostaje trąbka i w części rozpedzoną zostaje wydzielina, co nie pozostaje bez widocznego skutku.

Najczęściej jednak środki te nic nie pomagają, gdy wysięk jest gęsty; musimy się przeto uciec do przekłucia błony bębnekowej. Wskazania do tej operacyi, prawidła praktyczne i w ogóle pierwszą zachętę do niej jako też najdokładniejsze i najobszerniejsze doświadczenie celem racjonalnego i umiejętnego zastosowania jej zawdzięczamy Sch w a r t z e m u. (D. c. n.)

(*Archiv. f. Ohrenheilkunde. T. XIX.*)

Peiman.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. D-r Przewoski, prosektor przy katedrze anatomii patologicznej tutejszego uniwersytetu, współwłaściciel i współredaktor naszego pisma, mianowany został lekarzem studentów Uniwersytetu.

— Na 1298 studentów zapisanych w r. b. do uniwersytetu, prawie połowa bo 598 uczęszcza na wydział lekarski.

Edynburg. W d. 11. XI. r. b. zmarł tu D-r med. Dyonizy Wielobycki. Pogrzeb tego ulubieńca nie tylko stolicy, ale poniekąd i całej Szkocyi odbył się z wielką uroczystością, jaką zwykle społeczeństwo odznacza zasługi zmarłego. Wielobycki jeszcze jako młodzieniec 20 lat nie mający, opuściwszy kraj, udał się na studia do uniwersytetów zagranicznych. W Berlinie otrzymał dyplom doktorski, z którym udał się do Edynburgu, tu przeszedł na nowo studia i otrzymał powtórnie stopień Doktora Medycyny. Tu też osiedlił się, i zyskał olbrzymią wziętość, szacunek i miłość ogółu, jak o tem nie tylko ze źródeł prywatnych przekonywamy się, ale i z nekrologów prasy edynburskiej.

J. Polak.

Kamionka. Zwiedzając cenniejsze miejsca kuracyi winogronowej zagranicą, dowiedziałem się nareszcie z pism o istnieniu zakładu winogronowego w Kamionce, gdzie przybywszy na miejsce w celu leczniczym przekonałem się, że winnica Kamionkowska będąc zaopatrzoną we wszelkie gatunki winogron zagranicznych i produkująca wyborne winogrona, ze względu gatunku latorośli, natury gruntu i położenia, może się zaliczyć do pierwszorzędných zakładów winogronowych. Słusznie więc zasługuje na to, aby chorzy zamast zagranicę wysyłani byli do Kamionki (Kamionka miasteczko położone nad Dniestrem w gubernii Podolskiej powiatu Olgopolskiego) albowiem wszystkie warunki kuracyi, jak to: zdrowe powietrze, przechadzka w prześlicznym parku, taniósć mieszkani i utrzymanie są przystępniejsze w naszym kraju niż we wszystkich innych miejscowościach.

Cieszyć się zatem należy, że dziedzic Kamionki książę Piotr Wittgenstejn, wobec tak uciążliwych warunków w jakich cały kraj zostaje, zdołał doprowadzić Kamionkę do stanowiska tak użytecznego dla ogółu.

D-r Markiewicz.

O D W Y D A W C Y.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w roku 1883 na tych samych warunkach co dotychczas. Uprasza się Panów prenumeratorów o wczesne nadślanie prenumeraty dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma.

Do dzisiejszego numeru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się dla PP. prenumeratorów na prowincyi prospekt na „Tygodnik Powszechny“ na r. 1883.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Ноября 1882 г. Друк К. Ковалевського Крólewska Nr. 23.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. O nowym systemie budowy szpitali, odczyt p. Juljusza Bocquin'a. — II. L. Vorstaedter. Szprycka o podwójnem działaniu do wstrzykiwan wewnątrz-macieznych. — III. L. Vorstaedter. Nożycki o równoległe przesuwających się ramionach. — IV. J. Minkiewicz. Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrzędu wzrokowego. (Dokończenie). — Korespondencyja ze szląskich zakładów kąpielowych. — *Dział sprawozdawczy.* 52. Bürkner. Postęp terapii otyjatrycznej w ostatnich dziesięciu latach (1870—1879). — Wiadomości bieżące. — Od Wydawcy. — Dodatek — Ogłoszenia.

I. O NOWYM SYSTEMIE BUDOWY SZPITALI, odczyt p. Juljusza Bocquin'a

Ingenieur des Arts et Manufactures.

(Wypowiedziany na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 21 Listopada 1882 r.)

Panowie!

Przed kilkoma dniami zwiedziłem Szpital Dzieciątka Jezus i przekonałem się, z jaką starannością usiłowano polepszyć warunki sanitarne tego ogromnego zakładu; urządzenie pieców wentylacyjnych, doprowadzających z zewnątrz świeże powietrze, zastosowanie znakomitego sposobu do przewietrzania wychodków i t. p., dowodzi przekonywująco, że w Warszawie higiena szpitali budzi żywe zajęcie.

Jest temu zaledwie lat trzydzieści, jak poważne głosy poczęły odzywać się przeciw powszechnemu do owych czasów zwyczajowi stawiania wielkich kilkopiętrowych budynków i gromadzenia w takich szpitalach znacznej liczby chorych. Wojna krymska, wojna w Stanach zjednoczonych Ameryki północnej, wreszcie wojna z r. 1870—71, wykazały, że operacje chirurgiczne udawały się daleko lepiej, jeżeli były wykonywane w barakach tymczasowych, lub ambulansach, aniżeli w ogromnych i poprawnie zbudowanych szpitalach.

W samej rzeczy, wielkie kilkupiętrowe szpitale pochłaniają i zgęszczają złośliwe wyziewy i pomimo najlepszych urządzeń dla zapewnienia salom dobrego przewietrzania, choroby zakaźne szerzą się w takich szpitalach głównie za pośrednictwem licznych korytarzy i schodów.

Nie dosyć jest, by lekarz posiadał wielką naukę, by chirurg znalazł jak najdokładniej sztukę operowania; wszelkie ich usiłowania będą zniweczone, jeżeli lokal, w którym mieszczą się chorzy, nie będzie odpowiadał wymaganiom zdrowotności. Z tego względu wiele powag lekarskich domagało się, by obecnie nie budowano już wcale dużych szpitali, lecz tylko tanie baraki tymczasowe, które by można palić po upływie 2 lub 3 lat, lub też natychmiast po jakiejś większej

epidemii. Szpitale barakowe, pobudowane według tych wymagań, mieszczące zaledwo kilka łóżek w jednym baraku, potwierdziły przewidywane wyniki i śmiertelność chorych uległa znakomitemu zmniejszeniu.

Jednakże to wymaganie palenia baraków, po stosunkowo krótkim użyciu, wpływało na ogromne zwiększenie kosztów i odejmowało szpitalom charakter stałości, stanowiący nieodłączny warunek każdej dobrej organizacyi. Rozpoczęto więc badania w tym kierunku, czy nie udałoby się wynaleźć takiego typu budowli, któryby łączył w sobie warunki ekonomiczne i odpowiadał wszelkim możliwym wymaganiom higieny.

P. T o l l e t inżynier francuzki, którego nazwisko stało się już rozgłosnem wskutek budowy licznych szpitali systemu pawilonowego, po wielu próbach i doświadczeniach rozwiązał szczęśliwie powyższe zadanie, zastosowawszy do budowy szpitali szkieletów żelaznych formy ostrolukowej. Sale dla chorych w szpitalach tego systemu zawierają w ogóle po 24 do 30 łóżek i są zazwyczaj wzniesione na 3 metry ponad poziom gruntu. Parter takich pawilonów przeznaczony jest na magazyny, składy pościeli, bielizny, miejsce dla przechadzki dla rekonwalescentów, kaloryfery i skład węgla.

Sala główna ma posadzkę z tafli kamiennych, lub z innego jakiego materiału nieprzemakalnego i łatwo myć się dającego. Ściany mają kształt ostrolukowy; kształt ten otrzymuje się za pomocą belek żelaznych, mających kształt podwójnego T, t. j. Γ , umieszczonych w odległości 1,50 metra jedna od drugiej. Wystające części tych belek kształtu podwójnego T służą do podtrzymania wypełnienia, tworzącego sklepienie ostrolukowe. Wszystkie kąty, jakie tworzą ściany, są zaokrąglone i są pokryte warstwą materiału nieprzemakalnego i łatwo myć się dającego. Ściany zewnętrzne są zbudowane z materiału, będącego wogóle w użyciu w danej miejscowości, gdzie się znajduje szpital; grubość ich jest zmienną, zależy od użytych materiałów i od klimatu.

U szczytu znajdują się otwory, opatrzone klapami, dowolnie się zamykającymi, służącymi do przewietrzania, prócz tego w ścianach szczytowych pawilonu znajdują się duże okna okrągłe, t. zw. *oeils-de-boeuf*. Wskutek tego można z łatwością otrzymać pęd powietrza, albo w kierunku poziomym, albo też w pionowym.

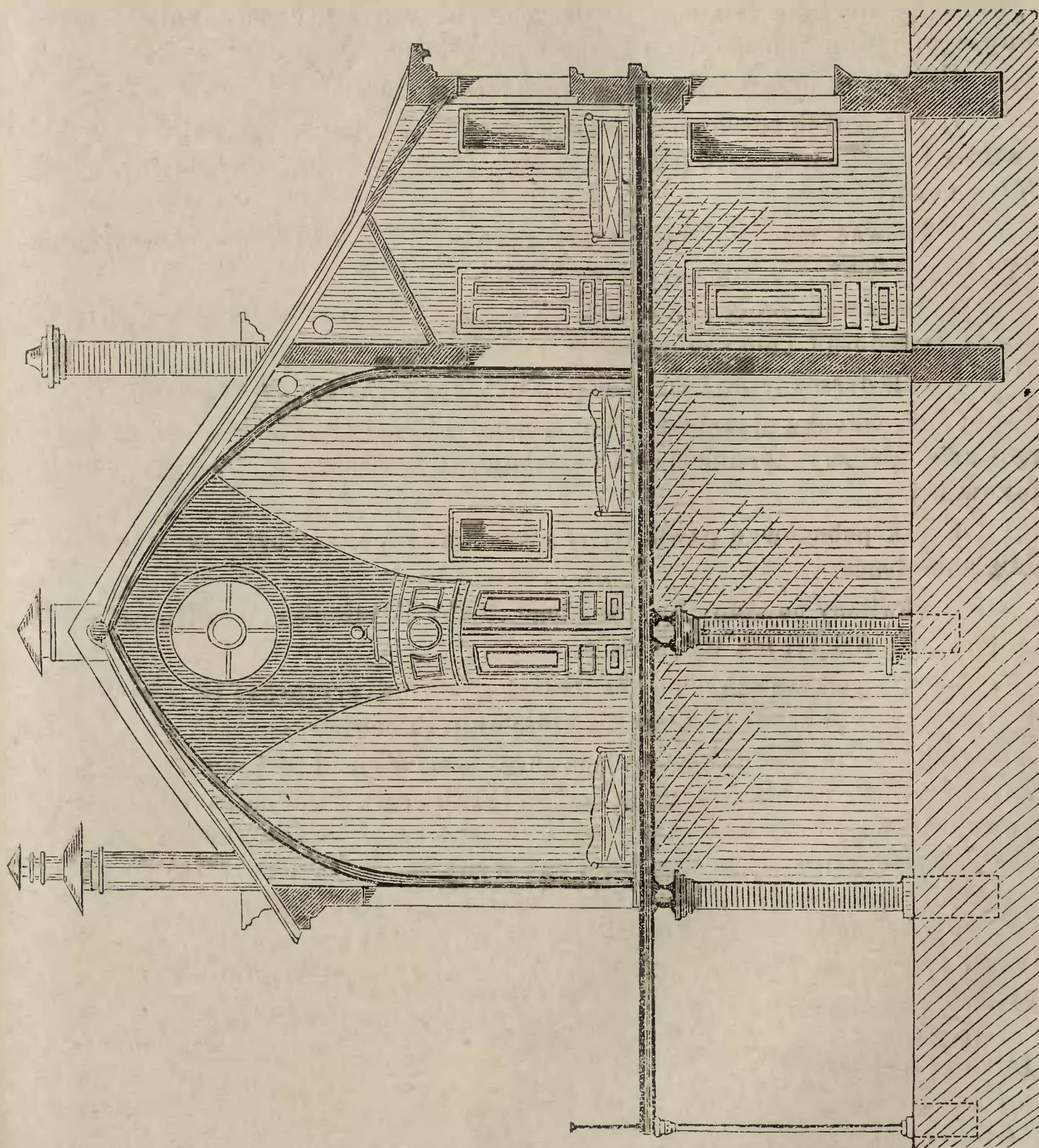
Przez zastosowanie szkieletu żelaznego ostrolukowego otrzymujemy następujące korzyści:

1. Budynek staje się ogniotrwałym.
2. Sala daje się łatwo przewietrzać i myć, a więc utrzymać w warunkach higienicznych, przytem zawiera znaczną objętość powietrza.
3. Koszt budowy i utrzymania staje się w ogóle mniejszym, aniżeli przy innym sposobie budowania.

W każdym pawilonie znajdują się części dodatkowe, jako to: pokój dla dozorujących, pokój dla chorych wymagających odosobnienia, kąpiel, waterklozety, kuchenka dla przyrządzania ziółek i t. p., skład brudnej bielizny. Brudną bieliznę wrzucają do małego wózka, znajdującego się w miejscu, nie mającym wcale styczności z całym pawilonem i ztamtąd odwożą do pralni.

Od zewnątrz znajduje się odkryta galerija, na którą w lecie podczas dni pogodnych można chorych wynosić wraz z łózkami na powietrze.

W jednym końcu wielkiej sali znajduje się kominek, a palący się na nim ogień dodaje sali wesołości, przyczem jednocześnie przyczynia się do przewie-



trzenia. Ponad kominkiem znajduje się wielkie okno, przez które chorzy mają widok na okolicę.

Przy wyborze miejsca na szpital należy koniecznie uwzględnić następujące warunki:

1. Miejscowość ma mieć grunt przepuszczalny, lub też ma być tak położoną, by można zastosować drenowanie.

2. Szpital winien być zupełnie oddalony od wszelkich zakładów fabrycznych, z których rozchodzi się dym lub gazy szkodliwe.

3. Szpital nie powinien znajdować się w środku miasta, lecz po za niem, na otwartem powietrzu.

4. Jeżeli szpital znajduje się w bliskości miasta, to nie powinien być położonym na kierunku wiatrów panujących przeważnie w danej okolicy, należy bowiem unikać przenoszenia miazmatów do miasta.

W ogólnem urządzeniu szpitala pamiętać należy:

1. Że rannych trzeba oddzielać od chorych na choroby zaraźliwe i niezaraźliwe i najlepiej by było pobudować tyle pawilonów, ile jest głównych działów chorób.

2. Usuwać chorych na choroby zakaźne i dla takich chorych urządzać osobne pawilony, o bardzo małej ilości łóżek każdy.

3. Koniecznie oddzielić sale dla rodzących i położnic od innych oddziałów, a salę dla położnic chorych pomieścić w pawilonie oddzielnym.

4. Sale dyssekcyjne i sekcyjne powinny się znajdować jak najdalej.

5. W budynku służącym dla dezynfekcyi urządzić oddzielną salę do przyjmowania bielizny zbrudzonej, a oddzielną do wydawania bielizny zdezynfekowanej.

6. Tak pobudować pawilony, by wszystkie ich ściany były wystawione na działanie słońca.

7. Pawilony powinny być oddalone jeden od drugiego o odległość równą półtora raza wziętej ich wysokości.

8. W salach wspólnych na każde łóżko powinno przypadać 10 metrów kwadratowych powierzchni i 60 metrów sześciennych powietrza.

Objętość ta powietrza powinna być odnawiana dwa razy na godzinę za pomocą przewietrzania tak, by na każde łóżko przypadało na godzinę 120 metrów sześciennych czystego powietrza. Co się tyczy powierzchni ogólnej, t. j. wraz z budynkami i ogrodami, to ma ona wynosić 120 do 150 metrów kwadratowych i więcej, jeżeli to jest możebnem, licząc na jedno łóżko.

Koszt budowy szpitali według systemu p. T o l l e t'a, obliczony na pojedyncze łóżko, jest mniejszy, aniżeli koszt budowy szpitali piętrowych, jak to wykazują następujące cyfry;

<i>Szpitale:</i>	<i>Koszt jednego łóżka:</i>
Hôtel-Dieu w Paryżu	60.000 fr.
Lariboisière „	18,000 „
Ménilmontant „	15,000 „
Hopital-Hospice de St. Denis—150 łóżek—syst. p. T o l l e t'a . . .	5,000 „
Nowy szpital na 316 łóżek w Paryżu według projektu p. T o l l e t'a będzie kosztować	4,700 „
Szpital wojskowy w Bourges na 300 łóżek według syst. p. T o l l e t'a kosztował	2,800 „
Szpital w Montpellier (syst. p. T o l l e t'a) 600 łóżek będzie kosztować	2,560 „

Co się tyczy powierzchni, przypadającej na jedno łóżko, to jest ona rozmaita; wogóle im jest ona większą, tem w lepszych warunkach higienicznych szpital znajdować się będzie:

<i>Szpital:</i>	<i>Powierzchnia ogólna:</i>	<i>Powierzchnia przypadająca na jedno łóżko:</i>
Hôtel-Dieu w Paryżu		28 m. □
Necker'a "		68 " "
Midi "	27.000 m. □	80 " "
S-t Louis "	90.000 " "	112 " "
Cochin "	19.000 " "	177 " "
Nowy szp. ogólny w Montpellier	90.000 " "	150 " " (syst. p. Tollet'a)
Hopital-Hospice w S-t Denis	26.000 " "	200 " " (" ")

Podajemy także niektóre szczegóły, tyczące się szpitala Bichat'a w Paryżu, zbudowanego według systemu p. Tollet'a. Dawne koszary obrócono na pomieszczenie administracyi (biura i mieszkania), oraz na pokoje dla chorych płacących. Prócz tego budynku w skład szpitala wchodzi 4 pawilony, a w każdym pawilonie znajduje się:

1. Jedna sala ogólna na 30 łózek, mająca 8 m. szerokości na 36 m. długości, t. j. 11 m. □ powierzchni na jedno łóżko. Objętość powietrza, przypadająca na jedno łóżko, równa się 60 metrom sześciennym.

2. Trzy pokoje oddzielne, każdy na dwa łóżka.

Największa odległość w pawilonach od budynku, mieszczącego w sobie zarząd ogólny, wynosi 72 m., co odpowiada pracy mechanicznej, potrzebnej dla wejścia pod górę na wysokość 6 metrów. W szpitalu tym znajduje się 144 łózek bezpłatnych. Budowa jego ukończoną jest od 3-ch miesięcy, a koszt budowy wynoszą 893,000 franków.

W Montpellier rozpoczęto też budowę nowego szpitala powszechnego według systemu p. Tollet'a. Szpital ten znajduje się o 2 kilometry poza miastem na małej wyniosłości, w położeniu bardzo zdrowem, na otwartem powietrzu, ale połączony jest z miastem linią kolei konnej i telefonową.

Zawierać on będzie:

8 pawilonów po 32 łózek dla mężczyzn	256 łózek
5 " " 32 " " kobiet	160 "
3 " " 28 " " dla chorych na choroby zaraźliwe	84 "
2 " " 5 " " chorych poddanych pod obserwację	10 "
1 pawilon dla rodzących	30 "
1 " " chorych położnic	6 "
Dla rekonwalescentów	54 "
Razem	600 łózek

100 łózek mieści się w małych pokojach zawierających po 1 lub 2 łóżka.

Sale ogólne, po 28 łózek w każdym pawilonie, mają po 8 m. szerokości i 35 m. długości, powierzchnia więc, przypadająca na jedno łóżko, wynosi 10 m. □. Wysokość tych sal, które mają formę ostrołukową, wynosi 7, 50 m. w szczycie sklepienia. Każda sala ma pojemności 1855 m. sześciennych, na jedno więc łóżko przypada 66 m. sześciennych powietrza. Powierzchnia oszklona w każ-

dej sali wynosi 54 m. \square , na jedno więc łóżko przypada powierzchni oszklonej 1,92 m. \square . Wentylacja tak jest urządzonej, że na jedno łóżko na jedną godzinę przypada 120 m. sześciennych czystego powietrza. Szybkość powietrza wchodzącego (z kanałów kaloryferowych) nie powinna przewyższać 1,25 m. na sekundę, a najwyższa ciepłota nie powinna przechodzić 50° C.

II. Szprycka o podwójnem działaniu do wstrzykiwań wewnątrz-macicznych.

Podał

L. V o r s t a e d t e r (z Białegostoku).

Wszelkie wstrzykiwanie do jamy macicy, jak wiadomo, nie jest rzeczą zupełnie niewinną, wykonywać je przeto należy zawsze z pewną ostrożnością. Do możebnych nieprzyjemnych przypadłości po wstrzyknięciu należą, raz objawy czysto nerwowe (odruchowe), jak zemdlenie, znaczne bóle w krzyżu, uczucie palenia w brzuchu i t. p. — albo też objawy zapalne: *endo-, para- i perimetritis* a nawet i *peritonitis*. Co się tyczy możebności przejścia wstrzykniętego płynu do jamy otrzewnej przez przewody F a l l o p i u s z a to pomimo licznych doświadczeń jeszcze jej zaprzeczyć stanowczo nie można. By więc, o ile możności, ominąć wzmiankowane powyżej niepożądane objawy, należy przy wstrzykiwaniu jakiegokolwiek bądź płynu do jamy macicy baczyć na to, ażeby oprócz odpowiedniej ciepłoty płynu:

1. ciśnienie płynu było jak najmniejsze;
2. ażeby odrazu nie wstrzyknięto płynu za dużo;
3. ażeby płyn niezbyt długo pozostawał w zetknięciu z błoną śluzową macicy, to jest ażeby miał swobodny odpływ. W celu zadośćuczynienia tym warunkom, niektórzy radzą między innemi, ażeby zawsze przed wstrzyknięciem rozszerzyć kanał szyjki macicy, przez co ułatwia się odpływ; inni zaś radzą używać kanki o podwójnym strumieniu, a jeszcze inni proponują, ażeby od razu nie wstrzykiwać więcej jak 10—12 kropeł i t. d..

Wszystkie te sposoby poczęści są niezłe, każdy z nich jednak przedstawia pewne niedogodności. I tak, rozszerzenie kanału szyjki przed wstrzyknięciem jest nazbyt kłopotliwe, zwłaszcza w ambulatoryjnej praktyce, a przytem rozszerzenie już samo przez się nie jest znowu rzeczą zupełnie dla macicy obojętną, tem zaś bardziej jest ono niepraktycznem, gdy zaraz po niem mamy powtórnie rozdrażnić macicę wstrzyknięciem.

Używanie kanki *à double courant*, jest wprawdzie mniej kłopotliwem, lecz przedstawia tę niedogodność, iż w danym razie może się bardzo łatwo zdarzyć zatkanie się odpływowego kanału (zsiadłym śluzem, lub płatami nabłonka) i wtedy kanka *à double courant* staje się już tylko pojedynczą.

Sposób niewstrzykiwania odrazu więcej nad 10—12 kropeł danego płynu, jest bardzo racjonalny, tak małą bowiem ilością nieprzepełniamy macicy, ale

ale po wyjęciu kanki, otwór macicy i sama macica mogą się skurczyć, płyn nie znajdzie odpływu, przez co mogą nastąpić rozmaite nieprzyjemne objawy.

Ażeby więc usunąć wymienione przed chwilą niedogodności i zadość uczynić wyżej wspomnianym warunkom, urządziłem szprykę, za pomocą której wstrzyknięcie od razu zbyt dużej ilości płynu staje się niemożliwym i oprócz tego płyn, jak tylko napelni jamę macicy, zaraz zostaje wessany napowrót i zastąpiony ponowną ilością takiego, tak że siła, z jaką wstrzykujemy i ilość wstrzykniętego płynu nie mają żadnego znaczenia, jama bowiem macicy za pomocą tej szpryki zostaje tylko przepłukana płynem.

Szpryka moja składa się z rurki szklanej *a*, zaopatrzonej w zwyczajny tłok, pręcik którego przechodzi szczelnie przez oprawę *b*, mającą podwójne dno wypełnione korkiem. Obok tej rurki głównej jest równolegle umocowana druga rurka dodatkowa *c*, o daleko mniejszej średnicy, światło której łączy się ze światłem rurki głównej za pomocą kanału, znajdującego się w dolnym poprzecznym spojeniu *d*;

u góry zaś obie rurki szklane kończą się rurkami z hartgunni o jednakowej średnicy. Na te rurki nasadza się kanka, składająca się z dwóch półokrągłych rurek, spojenych w całej długości oprócz dolnej części, gdzie się rozchodzą. Kanka ta nasadza się nie bezpośrednio na rurki szpryki, lecz za pomocą rurek kauczukowych.

Działanie szpryki mojej jest bardzo proste: wyobraźmy sobie, że kanka siedzi w szyjce macicy,

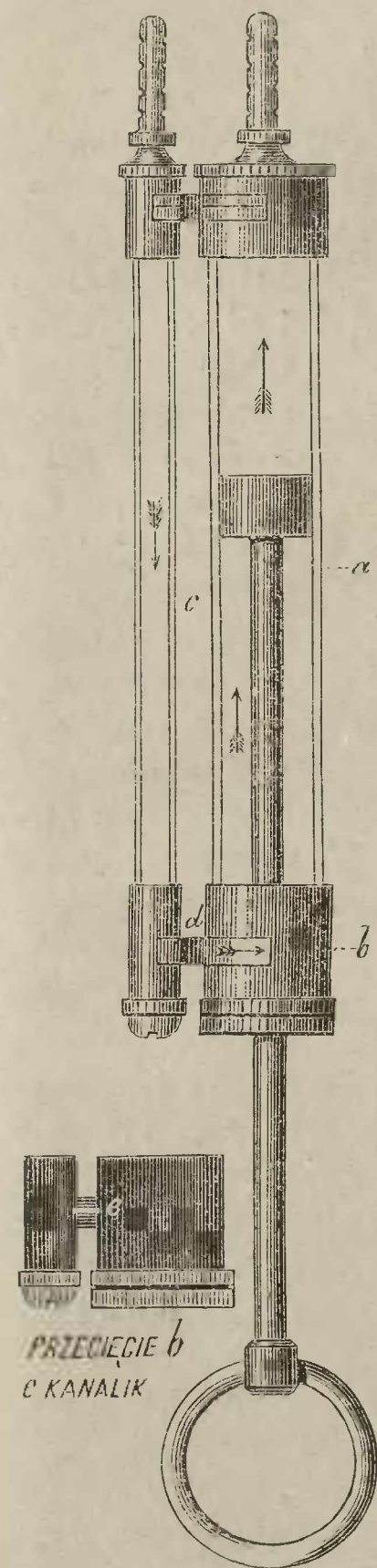


Fig. 1.

i koniec jej przeszedł usta wewnętrzne. Podczas przeto gdy tłok popycha płyn przed sobą, wtedy w rurce *a* rozrzedza się powietrze znajdujące się za tłokiem, a ponieważ część szpryki znajdująca się za tłokiem jest w połączeniu z rurką *b*, dany płyn przeto skoro tylko napelni jamę macicy, zostaje zaraz wessanym przez kanał odprowadzający kanki, do rurki *b* i części znajdującej się za tłokiem rurki *a*.



Fig. 2.

III. Nożyczki o równoległe przesuwających się ramionach.

Podał **L. Vorstaedter** (z Białegostoku).

Do nacinania lub przecinania szyjki macicy w rozmaitych przypadkach, jak wiadomo, używa się rozmaitych nożyczek szczegółowo na ten cel przysposobionych. Między innemi najczęściej odpowiadają celowi nożyczki K ü c h e n m o i-

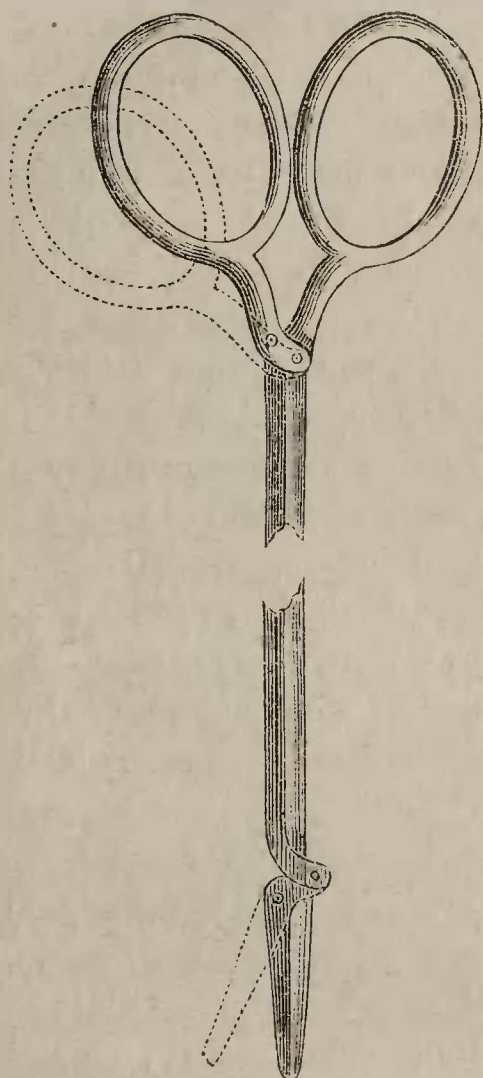


Fig. 1.

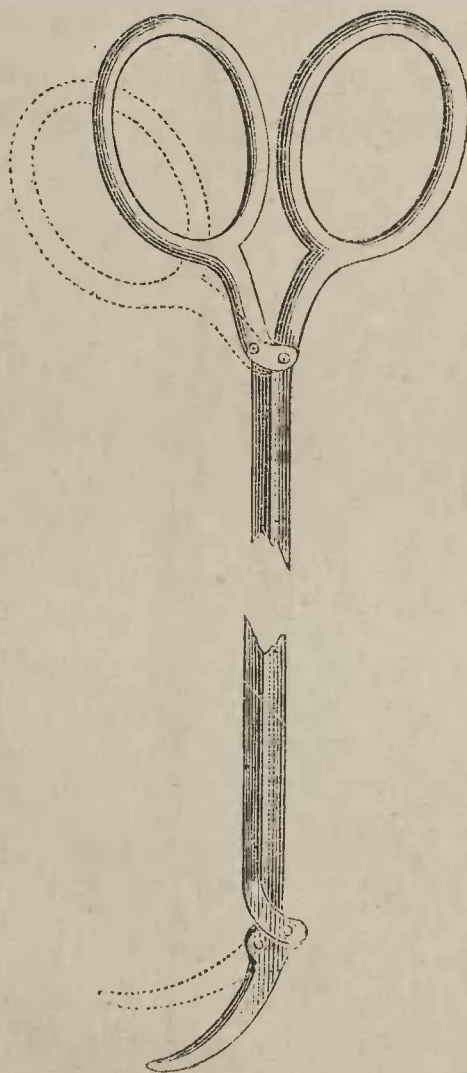


Fig. 2.

ster'a i Haer-
tela, które są
tak urządzone, iż
ramiona ich z po-
wodu krzyżowa-
nia się przy ot-
wieraniu noży-
czek zamiast roz-
chodzić się scho-
dzą się, przez
co ułatwia się
wykonanie po-
trzebnych w da-
nym razie obro-
tów nożyczkami.
Takie nożyczki
wprawdzie są
dobre, ale je-
szcze lepszemi
są te, których
ramiona przy
działaniu w ca-
le się nie
rozchodzą.
Tak urządzone
nożyczki naj-

mniej przeszkadzają palcom, znajdującym się w pochwie podczas operacyi i same dają się z większą swobodą obracać. Nożyczki moje, odwzorowane na Fig. 1, są urządzone na tej samej zasadzie, co i szczypezyki do wyjmowania obcych ciał z cewki moczowej *M a t h i e u' g o*. Ramiona ich przy otwieraniu lub zamykaniu nożyków nie rozchodzą się wcale, lecz przesuwają się obok siebie w kierunku równoległym.

Oprócz zaś takich nożyczek prostych, zrobiłem jeszcze nożyczki wykrzywione w kierunku płaszczyzny i w kierunku grzbietu (Fig. 2); te ostatnie mogą się przydać do wycinania polipów macicznych.

IV. SPOSTRZEŻENIA CHIRURGICZNE.

CHOROBY PRZYRZĄDU WZROKOWEGO

Napisal

D-r Jan Minkiewicz (z Tyflisu).

(Dokończenie — Patrz Nr. 48).

28. Co do chorobowych stanów nerwowych tęczówki wspomnę o jednym przypadku rozszerzenia źrenicy (*mydriasis*). Dziewczynka 12-letnia po skończonych lekcjach wybiegła zupełnie zdrowa do ogródka. Po kilkunastu minutach, wróciła do rodziców, krzycząc w niebogłose, że oślepla. Widziałem chorą w pół godziny potem i znalazłem obie źrenice, szczególniej prawą bardzo mocno rozszerzone; chora się skarży na ciągły zawrót głowy, nudności; żali się, że bardzo słabo widzi i to tem gorzej, im więcej światła jest w pokoju. Wszystko to się stało podczas biegania po ścieżkach ogródka i żadnej przyczyny tego podać chora nie mogła. Zbadawszy ogródek, znalazłem, że w nim były ślicznie kwitnące *daturae* (było to w Lipcu), i że na jednej z nich nadłamana była mała gałązka. Chora wtedy przypomniała sobie, że rzeczywiście biegała wokół tych kwiatów, że coś złamała i wtedy uczuła, że coś wpadło do prawego oka. Zaraz potem spostrzegła, że ślepnie. Użyłem zimnych okładów, zakraplań *tinc. opii. simplicis*. Stopniowo objawy rozszerzenia źrenicy ustawały i nazajutrz ku wieczorowi zupełnie znikły.

H) CIAŁO SZKLISTE.

29. Jako skutek cierpienia tej części składowej gałki ocznej obserwowaliśmy raz dobrowolne wypadnięcie soczewki do komórki przedniej. Rozalija Praczkowska, żona żołnierza, 30 lat mająca, udzieliła następnych danych co do cierpienia lewego oka. W 12 roku życia na powiece dolnej lewej powstał jęczmień, który chora rozdrapała, poczem podług zdania chorej, rozwinęło się mocne zapalenie i w gałce ocznej, czemu towarzyszyły mocne bóle w oku i lewej połowie głowy. Choroba trwała przez cały rok. Długo była leczoną przez baby, cyrulików w najrozmaitszy sposób. Zapuszczono koltun bez skutku. W ciągu roku chora traciła wzrok stopniowo, z początku widziała jak przez mgłę, później zaś coraz gorzej, aż nareszcie zupełnie zaniewidziała; przy tem zauważyła, że gałka oczna się zmniejszyła. Od 3-ech lat zauważyła, że rogówka bieleje. Tyle tylko chora mogła udzielić danych co do rozwoju swojej choroby. Zgłosiła się ona do mnie dnia 30. IX. r. 1864 i wtedy znalazłem, co następuje: chora małego wzrostu, chuderlawa. Lewe oko mniejsze od prawego, siedzi głębiej w oczodole. Za ciśnięciem znalazłem je miększem od prawego. Rogówka bardziej płaska, mętna, dość gęsto zadymiona. Zadymieniu owemu najbardziej uległa dolnozewnętrzna część, szczególniej zaś dolna, przezroczystą zaś pozostała wewnętrzno-górna część. Zadymienie to w ogóle było niejednostajne; składało się ono właści-

wie z kilku punktów białych, oddzielonych od siebie słabiej zadymionemi pasmami. Poza rogówką, w przedniej komórce, na dole leżało ciało, objętości małego grochu, nieforemne, niegładkie, białawo-szare, niby skrzep zwapniały. Górny jego koniec sięgał do obwodu dolnego prawidłowej źrenicy. Za poruszeniem się głowy na tę lub ową stronę ciało to także się swobodnie przesuwalo. Lewa tęcza bledsza od prawej ze słabo zielonawym odcieniem, drżąca (*iridodonesis*), co szczególnie dało się widzieć przy bocznem oświetleniu. Zewnętrzny brzeg tęczówki był nieco w tył pochylony i zaokrąglony. Z powodu zadymienia rogówki niepodobna było zbadać głębi oka oftalmoskopem. Chora lewem okiem nie widzi. Wkraplanie atropiny pozostawało bez skutku. Wszystkie objawy powyżej wspomniane najoczywiściej nas przekonywały, że mieliśmy przed sobą przypadek obecności w przedniej komórce lewego oka zwapniałej i pomarszczonej soczewki. Objawy teraz widziane i anamneza, lubo niedokładna, wskazują, że wypadnięcie to i zmiana stanu soczewki były następstwem zapalenia tęczówki i naczyniówki (*irido-chorioiditis*) z jednoczesnem cierpieniem ciała szklistego, lub też następstwem li tego ostatniego cierpienia. H e y f e l d e r, ojciec, twierdzi, że do wypadnięcia samoistnego soczewki do komórki przedniej bywa potrzebne mniej lub więcej zadawnione cierpienie oka. Co do oznaczenia czasu, kiedy wypadła soczewka do komórki przedniej, to zdaje się, iż wypadnięcie datuje od tej pory, kiedy chora spostrzegła, że gałka oczna zmniejszyła się w swojej objętości. Więzy, utrzymujące soczewkę, skutkiem zapalenia zanikły i soczewka za lada ruchem łatwo mogła wysunąć się z komory tylnej do przedniej. Podając do publicznej wiadomości opis tego przypadku, dołączamy jeszcze jeden do 76, uzbieranych przez D-ra Talkę w jego pięknej rozprawie inauguralnej o traumatycznym i szczególnie dowolnem przemieszczeniu soczewki. Zupełna utrata wzroku, miękkość gałki ocznej dostatecznie przeciw wskazywały jakakolwiek bądź operacyję, tem bardziej, że chora dbała o to, aby oko zachowało swoją formę obecną. Chora miała synka zupełnie zdrowego na oczy.

I) S O C Z E W K A.

30. Operacyja zaćmy dokonana była u 18 chorych 15 razy w rozmaity sposób; głównie wydalaliśmy zaćmę przez płátowe przecięcie górne lub dolne (*extractio per superius vel inferius*). Na 15 przypadków w podobny sposób postąpiliśmy jedenastcie razy. Przecięcie płátowe dolne było dokonane 5, a górne 6 razy. U 3-ech chorych zrobiliśmy 4 razy rozerwanie torebki soczewki. Oto niektóre z tych przypadków:

a) Przejazdem będąc w Newlu, u Izraelitki, 10 lat liczącej i mającej miękka wrodzoną zaćmę na obudwu oczach, d. 23. VIII. r. 1862. zrobiłem rozdzielnie zaćmy torebki soczewki na prawem oku przez ukłócie białkówki (*scleronyxis*). Po operacyi w komórce przedniej prawej była kropla krwi. Chorej zadano soli angielskiej $\bar{3}$ j. Dnia 24. VIII. bóle umiarkowane w gałce ocznej, kalomel gr. $\frac{1}{2}$ co godzinę po proszku.; okłady zimne; nudności, wymioty. Dnia 25. VIII. podobnyż stan jak i wczoraj. Wcieranie maści belladonowej. 4 proszki kalomelu po gr. $\frac{1}{2}$ co 2 godziny. D. 26. VIII. nudności i bóle w oku ustały. Dnia 27.

VIII. chora po operacji gorzej widzi. Dnia 30. VIII. na lewem oku zrobiłem rozdzielenie przez rogówkę (*keratonyxis*); oddziaływanie nie było żadnego ani tego dnia, ani też następnego. Jaki ostateczny był skutek tych operacji, nie wiem, gdyż musiałem wyjechać z tego miasta, poleciwszy chora koledze.

b) R o z c i ę c i e (*discisio, dilaceratio*) przy zaćmie miękkiej na prawem oku przez białkówkę. Gruzin X, 29 lat mający, w r. 1847, został przez towarzysza podczas zabawy ugodzony piłką w prawe oko, wskutek czego zemdlal. Chory powróciwszy do przytomności, zauważył, że tem okiem nie widzi tak dobrze, jak przed tem; ale zdaje się mu, jak gdyby przed nim rozpostarta była przezroczysta mgła. Po pijawkach i użyciu wody ołowianej zapalenie zewnętrznych tkanek ustało, owa mgła stała się nieco przezroczystsza, ale przedmiotów chory nie był w stanie dokładnie odróżniać. Od r. 1857. zaczęła się wykształca; chory nie odróżnia światła od ciemności. D. 15 VII. r. 1863, rozciąłem i zdarłem torebkę z miękkiej zaćmy, poczem w ciągu pierwszej doby nie było bólu, ani innego oddziaływania miejscowego. Rp. *citratis magnesiae* \bar{v} j. D. 16. VII. chory skarży się na chwilowe bóle kolące, przelatujące w gałce ocznej, na stałe uczucie gorąca i obecności piasku; łzawienie. Przekrwienie łącznicy i podłącznicy w okolo rogówki, słabe wylanie się cieczy szklistej przez ranę białkówki. Źrenica zupełnie czysta, ale chory nie odróżnia światła tak, jak przed operacją; 5 wypróbnien. Wieczorem zaś chory odróżniał palącą się świecę, co miało miejsce tylko dawniej przed powstaniem zaćmy. Bóle kolące, umiarkowane, niestałe. Znowu tenże środek rozwalniający. Zimne okłady na operowane oko, niedługo trzymane. Dnia 18. VII. zapalenie spojówki zupełnie ustało. Bóle rzadko się zjawiają. Dnia 22. VII. wylana część cieczy szklistej została wessaną. Od dnia 22 wszelkie objawy zapalenia łącznicy i podłącznicy ustaly, źrenica była prawidłową. Chory słabo odróżnia słoneczne światło.

c) R o z c i ę c i e (*discisio*) zaćmy. Zropienie wnętrza gałki. Do szpitala tyfliskiego miejskiego wszedł dnia 20 IX. r. 1863 Małakanin, sekiarz z Rosyi wschodniej, osiedlony na Kaukazie, 75 lat mający; od kilku lat cierpi na zaćmę lewego oka. Prawe oko wskutek poprzedniego zapalenia było w stanie zaniku. Ogólny stan chorego zadawałniający, lubo chory dość wyniszczony; szczególnie dał się widzieć brak tkanki podskórnej. Ojciec chorego także miał przed śmiercią zaćmę. Dnia 1. X. wkroplono roztwór atropiny i zadano pół uncyi siarczanu magnezji. Ponieważ oczy mocno były zapadnięte do oczodołu z powodu zaniku tkanki tłuszczowej, niepodobna było więc myśleć o wyjęciu zaćmy, tem bardziej, że łącznica była pulchna, za lada dotknięciem haczykiem mocno krwawiła, musiałem przeto dokonać rozcięcia zaćmy. Po operacji część torebki leżała ukośnie: z wewnątrz i z góry ku dołowi i ku zewnątrz. Opatrunek naciskowy. Po operacji zadano choremu morfinę $\frac{1}{3}$ grana. Do wieczora nie było żadnego oddziaływania miejscowego w operowanym oku. W nocy zaś chory wymiotował i skarżył się na ból w gałce ocznej i w lewej połowie głowy. Dnia 3. X. nastrzyknięcie i nudności ustaly. Ból głowy mniejszy, tętno podniesione. Rp. *Calomelani* gr. jj, *sacchari albi* gr. v, co 2 godziny po proszku. Nazajutrz stan był lepszy i chory był bez

lekarstw. Dnia 6. X. wieczorem znów się ponowił ból w okolicy skroniowej lewej bez gorączki i trwał kilka dni; dołączyło się łzawienie. Dnia 9. X. zadano siarczaniu magnezyi $\overline{\text{Sj}}\beta$, gdyż niebyło wypróżnień. Objawy cierpienia w operowanym oku stopniowo coraz się bardziej wzmagaly. Łącznica była mocno przekrwiona, obrzękła; łzawienie, bóle w gałce ocznej, w okolicy skroniowej i czołowej. Ow kawałek torebki ukośnie leżący z początku nabrzmiewał, stawał się większy, mętniał, nareszcie zropiał. Powoń w komorach skupała się ropa (*hypopion*) i dnia 29 t. m. otworzyłem ropień komórki przedniej i przez ten otwór starałem się wydobyć pozostałą część torebki. Bóle zwolniały cokolwiek zaraz po operacyi i po użyciu środków narkotycznych i przeciwzapalnych; ale nienadługo, gdyż ropienie wewnątrz gałki ocznej znów się powiększyło i chory stracił lewe oko.

Wypadło nam częściej operować lewe oko i najczęściej u mężczyzn, $\frac{3}{4}$ prawie przypada na płeć męską. Co do przyczyn sprzyjających rozwinięciu się zaćmy, to wspomniemy o dwóch przypadkach. U pewnego mężczyzny po uderzeniu w okolicę nadoczołową, zaraz poczęła się rozwijać zaćma. U drugiego chorego była ona następstwem *irido-capsulitidis*. W 3-im przypadku wykształcona kobieta, podeszłego wieku stanowczo twierdziła, że zaćma rozwinęła się w ciągu jednej doby w czasie strasznych upalów tutejszych Lipeowych, czemu towarzyszyły mocne bóle głowy, istniejące przedtem kilka dni. Być może, że jako staruszka, nie mając oddawna dobrego wzroku, nie zwracała na to uwagi i dopiero ostateczne pogorszenie przeraziło ją i zwróciło jej uwagę; głównie mieliśmy do czynienia z zaćmami torebkowatemi.

Co do zejść po operacyi, to nie możemy się pochlubić; połowa tylko chorych była zadowolona ze swego stanu po operacyjnego; trzecia część przypadków zakończyła się najzupełniej niepomyslnie; reszta operowanych była zadowolona z tego niewielkiego polepszenia, które było skutkiem operacyi.

III. Choroby tworów w oczodole zawartych.

Przyrząd ruchowy zewnętrzny gałki ocznej.

31. Operacyja zéza była dokonana 4 razy u 3-ech chorych. U Ormijanki, 12 lat liczącej, zwrócone było lewe oko mocno ku wewnątrz i ku górze (*strabismus convergens*). Rodzice zauważyli tę wadę między 2-m i 3-m rokiem życia dziewczynki. Dnia 7. VI. r. 1863 sposobem Arlt'a operowałem zézowate oko, przeciąwszy mięsień prosty wewnętrzny; zimny okład. Dnia 8. VI, zapalenie w około rany słabe, chora zauważyła, że lewym okiem widzi niewyraźnie. Po zagojeniu się rany zalecono ćwiczenia oka, częste ruchy ku zewnątrz. Podobnym sposobem i tegoż samego dnia przeciąłem mięśnie proste wewnętrzne na obudwu oczach u 5-cio-letniej dziewczynki, Niemki, z powodu mocnej zézowatości ku wewnątrz i cokolwiek ku górze (*strabismus convergens*). U tej dziewczynki zézowatość była dziedziczną ze strony matki, która urodziła bliźnięta, z których jedno uległo tej wadzie. I w tym przypadku rodzice zauważyli

w 3-im roku życia poczynając się zézowatość. Trzeci chory. Ormijanin. 33 lat mający, cierpiał na zézowatość prawego oka wrodzoną. *Nystagmus*. Po tenotomii m. prostego prawego, wzrok chorego znacznie się poprawił.

K O R E S P O N D E N C Y J A.

Ze szląskich zakładów kąpielowych.

Szanowny Redaktorze!

W ostatnich czasach zwrócili się koledzy nasi z niebywałą dotąd gorliwością do opisywania i zalecania chorym zakładów kąpielowych krajowych, co zarówno przynosi zaszczyt naszym adeptom nauki, jak korzyść krajowi i chorym, którzy bez łamania sobie języka cudzą mową, nie opłacając wysokiego haraczu aژیowego, w towarzystwie rodaków, mogą odzyskać nadwątlone zdrowie. Dlatego z nieśmiałością prawie odzywam się do Redakcyi o zamieszczenie w łamach cennego waszego pisma korespondencyi, mającej za przedmiot opis kilku zakładów szląskich. Nie kieruje mną bynajmniej zamiłowanie cudzoziemczyzny, którą zbyt dobrze znam, abym nie wiedział, że nałogowe z naszej strony przyciąganie do niej nie przynosi nam spodziewanych korzyści, nie rządę się też myślą lekceważenia zakładów swojskich, tem bardziej źródeł naszych, które w rzędzie wód lekarskich niewątpliwie bardzo wybitne zajmują stanowisko.

Pobudką do napisania niniejszego artykułu jest poprostu szczerą chęć przysłużenia się kolegom i chorym przedstawieniem wiernego opisu źródeł i zakładów leczniczych, najbliżej kraju naszego leżących, pod względem terapeutycznym nader potrzebnych, a w skutkach swych niezaprzeczenie bardzo pożytecznych. Nie małej także wagi jest i ta okoliczność, że w liczbie wód szląskich znajdują się i takie, których w kraju naszym wcale nie posiadamy, jak np. Landeck, Warmbrunn, Johannesbad, albo które wysokością poziomu przewyższają nasze zakłady lecznicze, jak np. Reinerz, Karlsbrunn, Johannesbad.

Potrzeba nareszcie opisu w mowie będących zakładów uzasadnia się również tem, że w ciągu ostatnich lat kilkunastu w pismach naszych lekarskich żadnego nie było wspomnienia o tych miejscowościach, które przecież przepelnione są naszymi chorymi, pomiędzy którymi nierzadko znajdują się tacy, którzy właściwie powinni by leczyć się w Marienbadzie, Karlsbadzie, lub Kreuznach'u.

Nie spodziewaj się jednak, Szanowny Redaktorze i łaskawy czytelniku, w tych skromnych listach jakiegoś nowego poglądu balneoterapeutycznego, zakłady to dawne i dobrze balneologom znane; są to tylko wskazówki praktyczne, wyniesione z kilkakrotnego w tych miejscach pobytu i dokładnej znajomości tamtejszych stosunków.

Szląsk pruski, jedna z najpiękniejszych, najbardziej zaludnionych i przemysłowych prowincyi królestwa pruskiego, mieści w sobie 15 zakładów leczniczych jako to: *Altwasser, Carlsruhe, Cudowa, Charlottenbrunn, Flinsberg, Görbersdorf, Goczalkowice, Königsdorf-Jastrzemb, Landeck, Muskan, Niederlangenau, Reinerz, Salzbrunn, Warmbrunn, Wilhelmsbad (Kokoschütz)*. Oprócz tych przez lekarzy uznanych i publiczności (choć często tylko miejscowej) znajomych, jest jeszcze w górach szląskich mnóstwo źródeł mineralnych (w samem hrabstwie Glatz około 40 żelazistych), które głównie z powodów topograficznych nie zjednały sobie szerszego zastosowania, jak: *Diersdorf, Kunzendorf, Grünthal, Skarsine, Wiesau, Altheide, Gruben etc.*

Źródła wszystkich wymienionych wód, jakkolwiek co do chemicznego składu bardzo różnorodnych, wytryskują u północnego stoku 40 milowego pasma gór Sudeckich, stanowiących mniej więcej granicę naturalną pomiędzy Prusami

z jednej, a Austryą (Szląsk, Morawa, Czechy, Galicyja) z drugiej strony; większa też część zakładów pomieszczona wśród wyżyn rzeczonoego pasma górskiego z wyjątkiem miejscowości: Muskau, Goczalkowice i Jastrzemb, które leżą na płaszczyznach. Na południowym stoku Sudetów (w Austryi) spotykamy zdrojowiska z zakładami leczniczemi w: *Johannesbad*, *Lindewiese*, *Karlsbrunn*, *Ullersdorf*, *Gräfenberg*, *Jaworze (Emsdorf)*, *Ustron*.

W środkowej Europie jest parę tylko, że tak powiem, kątów geograficznych, również hojnie od natury w źródła lecznicze wyposażonych, do których należą okolice gór Taunusowych, (w których mieszczą się: Ems, Schwalbach, Schlangenbad, Wiesbaden, Weilbach, Kreuznach, Soden, Nauheim, Homburg), Czechy i nasze Tatry. Od czeskich wód w ogólności różnią się szląskie tem, że w pierwszych przeważają sole siarczane, w drugich sodowe, od Taunusowych tem, że szląskie miewają niższą ciepłotę, a daleko wyższe położenie nad poziomem morza, zaś od tatrzańskich obecnością obojętnych cieplic (akratotermów), których u nas *J a s z c z u r ó w k a* jest słabym przedstawicielem.

Bardzo znaczna różnorodność chemiczna i lecznicza zdrojowisk szląskich nie dozwala nam podać o nich ogólnej wiadomości w zestawieniu porównawczem, powiemy zatem tylko w ogólności, że są tu dobroczynne źródła: a k r a t o t e r m i c z n e: Warmbrunn, Landeck (nieco siarkowe), Johannesbad, a l k a l i c z n o - s ł o n e: Salzbrunn, Reinerz (*Lauquelle*), a l k a l i c z n o - z i e m n e: Altwasser, i s z c z a w y ż e l e z i s t e: Flinsberg, Cudowa, Niederlangenau, Reinerz (*Kaltequelle*), Karlsbrunn, Muskan.

Zakłady szląskie położone są w pewnym oddaleniu od sieci kolei żelaznych i od bardzo licznych w tej prowincyi fabryk, kopalń i warsztatów przemysłowych, z wyjątkiem Goczalkowice tuż nad koleją leżących i Altwasser, które też zdrojowisko, jakkolwiek pod względem leczniczym dosyć ważne i dawniej uczęszczane, dziś z powodu bliskości kopalni węgla i ogromnego ruchu kolejowego, zupełnie zaniedbanem zostało.

I. Reinerz. *Reinerz-Bad*, położone tuż za miasteczkiem tegoż imienia (*Reinerz-Stadt* po słowiańsku *Dusznikami* zwane); jestto zaciszny kącik lekko od północno-wschodu ku południowi wznoszący się pomiędzy dwoma grzbietami gór na 600' nad poziom zakładu wzniesionemi i bujnie lasem, przeważnie iglastym, pokrytymi. Środkiem tej pochyłej dolinki mniej więcej 1000 stóp szerokiej, kończącej się ku południu długim wąwozem lesistym, przebiega wartka rzeczulka (*Weistritz*), po obu stronach której rozmieściły się budynki zakładowe i domy (jedno- i dwupiętrowe, drewniane i murowane) w ilości 20 i kilku dla gości. Wysokość położenia zakładu nad poziom morza wynosi 1780 stóp, zatem o 300 blisko stóp wyższej od Szczawnicy.

Reinerz-Bad odległe o 3 mile od większego miasta i stacyi kolei Glatz, zdala od wszelkich fabryk, otoczone zewsząd lasami jodłowemi i dobrze uprawionemi gruntami, przecięte rzeczką górską, osłonięte górami, posiada rzeczywście wszystkie warunki sanitarne, na których polega wartość lecznicza w ogólności; powietrze tu czyste, obfitujące w tlen ozonowy, niezbyt wilgotne ani suche, wolne od wszelkich wyciewów; grunt twardy a pochyły, co jest powodem, że w *Reinerz* przy silnych nawet wiatrach nigdy nie ma kurzu, ani przy obfitych deszczach (jak było np. tego lata) nie ma błota. Nie zapuszczam się w statystykę dni pogodnych i słotnych, ponieważ wyliczenia te, mojem zdaniem, nie mają najmniejszej wartości w odniesieniu do miejsca położonego w niedalekiej od nas odległości geograficznej i w górzystych okolicach. To samo tyczy się porównawczego zestawienia ciepłoty powietrza. Nasza pogoda stała przyswieca zwykle i w *Reinerz* z małemi wyjątkami, długa u nas ślota męczy i chorych tam bawiących, a co się tyczy ciepłomierza, to pamiętać należy, że jak wszędzie w górach, tak i w *Reinerz* ciepło nie wznosi się tak wysoko i nie dotknie tak dotkliwie, jak na płaszczyznie

z powodu obfitej roślinności. Wielka szkoda, że zachód zaslania w Reinerz wysoki pagórek (*Hirtenberg*), zazwyczaj idzie, że w czasie najdłuższych nawet dni, słońce około 7-ej kryje się i sprowadza znaczną różnicę w ciepłocie, która w jakiś czas potem znova staje się łagodniejszą, na co przecież uwagę chorych zwracać należy. Chłód wieczorny uczuwać się daje najbardziej w wąwozie lesistym, stanowiąc właśnie jedyny prawie, chociaż bardzo przyjemny, spacer popołudniowy (do tak zwanej Szmelcy).

1) Świeże, balsamiczne powietrze, wolne od wszelkich szkodliwych przymieszek i pyłu stanowi w mojem przekonaniu jeden z najważniejszych, jeżeli nie główny warunek i środek leczniczy w Reinerz. Ożywienie pod tym wpływem sprawy utleniania pierwiastków i pobudzenie przemiany materii organicznej działa zbawiennie na odżywianie układu nerwowego, krążenie i trawienie, ztąd uczucie krzepkości, swobody w ruchach, potrzeba obfitszego posiłku. Rozrzedzenie zaś powietrza z powodu miernej wysokości położenia, zawsze jednak znacznej w stosunku do naszych nizin, sprowadza instynktowo silniejsze (głębsze) ruchy klatki piersiowej (gimnastyka oddechania), przyczem płuca możliwie się rozszerzają, co koniecznie pomysłny wywierać musi wpływ na osłabiony jakimkolwiek sposobem mechanizm oddechania (niedostateczność jego), naruszony przy każdej chorobie piersiowej, czy to ze strony płuc lub oplucnej, czy też krtani, tchawicy lub serca, bezkrwistości i t. p. Czyste powietrze, jako najważniejszy środek leczniczy w chorobach piersiowych, odpowiada najlepiej nawet nowoczesnej teoryj gruźliczej Koch'a, wedle której długo najczęściej przeciągający się stan nieżytyłów (*pneumonia catarrhalis*, *peribronchitis*, *bronchopneumonia*) tak długo daje nadzieję ocalenia chorego od niechybnej śmierci z suchot, dopóki nie stanie się siedliskiem bakteryj pałeczkowatych (*bacillus tuberculosus*), ile że owe pasorzyty łatwiej gnieźdzą się i rozmnażają na nieżytyłowych błonach. Ponieważ zaś najlepszem lekarstwem na nieżyty płucne jest czyste powietrze, a z drugiej strony ponieważ czystość powietrza warunkuje, o ile można, niedostatek w niem szkodliwych pierwiastków, *respective* także gruźliczych bakteryj, wynika ztąd, że nawet usposobione anatomicznie, że tak powiem, osoby do suchot, mają w miejscu z czystem, górskim powietrzem, najwięcej widoków na uchylenie grożącego niebezpieczeństwa.

2) Drugim środkiem leczniczym w zakładzie Reinerckim jest zentyca (serwatka oweza) wybornie przygotowywana sposobem całemu światu znanym i z największym staraniem za pomocą stosownych przyrządów ogrzewana przy rozdawaniu jej chorym. Fłaszka każdego chorego, literami jego oznaczona i odpowiednią dlań ilością zentycy napełniona utrzymuje się codziennie rano i wieczorem w wodzie równomiernie do 30° C. ogrzanej; porządek, czystość, punktualność panuje tu wzorowa. Jakiej na próżno szukałbyś w innych głośnych zentyczarniach, np. Ems, Salzbrunn, Reichenhall, Meran i t. p.

Oddawna też cieszy się zentyczarnia Reinercka zasłużoną sławą, co nawet poniekąd zaszkodziło zakładowi, gdyż wiele chorych unika tej miejscowości osławionej jakoby lecznicy dla skazanych już suchotników. Jak błędnem jest to mniemanie, raczej uprzedzenie i to pod dwojakim względem, pojmie każdy łatwo, zważywszy, że ani Reinerz nie jest wyłącznem siedliskiem suchotników, ani też zentyca nie jest swoistem lekarstwem suchot płucnych. Z wykazu zresztą zamieszczonego w broszurze D-ra Dreschera (*Kurort Reinerz, 1872*) przekonujemy się, że liczba chorych piersiowych w tem miejscu leczonych zmniejsza się w ostatnich czasach znacznie, a natomiast powiększa się liczba innych chorych.

Pomimo licznych tyrad, wygłaszanych na korzyść zentycy, dziś tak powszechnie w użyciu będącej i wbrew zdaniu wielu kolegów, podnoszących terapeutyczne znaczenie jej, jak również tych, którzy jej przeciwnie wszelakiego

znaczenia odmawiają, ośmielam się wypowiedzieć zdanie, na długim doświadczeniu oparte, że obadwa tuż przytoczone zdania rozmiągają się z prawdą kliniczną, grzesząc p r z e s a d ą.

Całkiem bezskutecznym nie może być żaden napój metodycznie używany, w którym analiza wykrywa sole (chlorne i fosforne), cukier i połączenia azotowe, z drugiej strony znowu. potrzeba pewnej dozy optymizmu i młodzieńczej ufności, żeby spodziewać się heroicznego działania po kilku uneyjach, chociażby codziem naczęzo wypitych, płynu, w którym mieści się $\frac{1}{2}\%$ rzeczonych soli, 1—2% azotanów i 5% cukru, a przecież takim jest skład (oprócz wody) żentycy!

Ani wprost odżywiać, ani pośrednio wzmacniać chorego żentyca nie może dla szczupłej ilości w niej związków azotowych, przeczyszczać także nie jest w stanie przy tak nieznacznej ilości soli, a tem mniej jeszcze działania oczekiwać można po znajdującym się w niej cukrze, który, jak słusznie zauważył *B r a u n*, przyczyniać się może do wywołania nieżyty żołądka przy hojnym podawaniu żentycy.

Zaznaczyć tu zatem wypada, że ilość używanej dziennie żentycy musi być troskliwie przestrzegana, albowiem najlepiej nawet sporządzona serwatka, w większej ilości użyta (np. kwarta) wywołuje zawsze prawie niestrawność, wzdęcie, utratę apetytu i t. p.

Po takim pobieżnym już rozpatrzeniu warunków farmakodynamicznych żentycy, musimy się zgodzić na to, że działanie jej lecznicze redukuje się do nizkiego stopnia wpływu chłodzącego, przeciwzapalnego, do lekkiego pobudzenia błon śluzowych narządu trawienia i ogólnej przemiany materij organicznych, co razem wzięte w połączeniu z czystem górskim powietrzem, *notabene* przy dobrem łaknieniu i zdrowych pokarmach, może bardzo pomysłne sprowadzić rezultaty.

Różnica pomiędzy serwatką krowią a owezą (żentycą) wyraża się w następujących cyfrach składników chemicznych:

k r o w i a: wody 93,264, białka 1,080, cukru 5,100, tłuszczu 0,116, soli 0,410;

o w c z a: wody 91,960, białka 2,130, cukru 5,070, tłuszczu 0,252, soli 0,588.

3) Trzecim czynnikiem leczniczym są z d r o j e l e k a r s k i e w liczbie kilku, nie wiele co do składu chemicznego od siebie odbiegające, z których głównie trzy bywa zalecanych do picia, mianowicie: zdroj l e t n i (*Lane Quelle*), z i m n y (*Kalte Quelle*) i U l r y k i. Działalność tych zdrojowisk odnoszą balneologowie do zawartych w nich związków s o d o w y c h (węglanu i chlorku sodu), które, jako stateczne składniki krwi, nadają jej własności alkaliczne, utrzymują białko i włóknik w rozpuszczeniu i nadto, łącząc się cheiwie z kwasem węglanym, unoszą go z krwi (służą dekarbonizacyi). Jakkolwiek zresztą rzeczony, fizjologiczne niejako, znaczenie związków sodowych dotychczas bliżej wyjaśnionem nie jest, a tem mniej działanie lecznicze zdrojów sodowych (najczęściej w połączeniu z potasowymi solami), zalecają je praktycy od niepamiętnych czasów, w dodatku z pomyslnym skutkiem: w miazdrze moczowej (moczan sodu), w nieokreślonej formie „żylności“ (*venositas*), w nieżytych wszelkiego rodzaju i wszelakich narządów (oskrzeli, żołądka, jelit, pęcherza etc.), w chorobach wątroby, w moczówce i t. p.

Skuteczność soli sodowych w Reinerckich wodach wspiera do pewnego stopnia niewielka także ilość ż e l a z a i k w a s u w ę g l a n e g o, jak o tem przekonywamy się z poniższego zestawienia:

Kalte Quelle: węglanu sodu 1,73, chlorku sodu 0,04, chlorku potasu 0,09, siarczanu potasu 0,98, węglanu wapnia 3,49, węglanu żelaza 0,09, kw. węglanego 28, ciepłota 7,2° R. Tych samych składników zawiera *Lane Quelle*: 4,26, 0,12, 0,64, 6,29, 0,28, 27, ciepłota 13,7° R. *Ulriken Quelle*: 2,08, 0,12, 0,48, 3,16, 0,13,

27. ciepłota $7,9\frac{1}{2}^{\circ}$ R. Obecność węglanu wapnia nie zmienia bynajmniej, jak łatwo zrozumieć, ani wskazań, ani skuteczności źrójów, o wpływie węglanu wapnia na ustrój, zwłaszcza w takiej małej ilości, mówić prawie nie można.

(D. n.).

Prof. D-r Luczkiewicz.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. Bürkner. Postęp terapii otyjatrycznej w ostatnich dziesięciu latach (1870—1879),

Wobec olbrzymich postępów, jakie uczyniła nauka o chorobach usznych w szóstym dziesiątku lat (1860 — 1869), zdawać by się mogło, że w ostatnim dziesięcioleciu niewiele na tem polu działośano. Skoro jednak zwrócimy uwagę na to, że okres czasu poprzedni stanowi właściwie początek umiejętnego leczenia, i że wtedy opracowano tylko przedmioty najgrubsze, przekonamy się, że postęp ten jest ciągły. Pomijając prace polemiczne i czysto podmiotowe, które dla nauki nie wiele korzyści przyniosły, napotykamy tu mnóstwo dzielnych prac i wielu, bardzo wielu pracowników prawdziwie pożytecznych na niwie otyjatrycznej.

Szczególniej starannie opracowaną została anatomija patologiczna i histologija ucha. Zwrócono też baczniejszą uwagę na choroby nosa i gardzieli; terapię zbliżono więcej do chirurgii, bez czego postęp w leczeniu byłby wręcz niemożliwym. Spodziewać się należy, że w przyszłości na polu operacyjnem otrzymamy najlepsze i najobszerniejsze skutki lecznicze.

I. Ucho zewnętrzne.

O zapaleniach ropnych wspomniemy w rozdziale o ropieniu. Co do ciał obcych napotykanym w przewodzie zewnętrznym. ustala się coraz bardziej pogląd, ażeby ich nie wyciągać, gdy się to z łatwością nie udaje, ponieważ gwałtownem wyciąganiem można niepowetowane wyrządzić szkody. Jest ono wskazanem tylko w razie grożącego niebezpieczeństwa, co się jednak nader rzadko przytrafia.

Gdy ciało obce nie daje się usunąć przestrzykiwaniami ucha, dobre usługi oddaje niekiedy metoda agglutynacyjna Löwenberg'a, polegająca na tem, że pędzelek namoczony w kleju przykłada się do ciała obcego, a po przyschnięciu wyciąga się ciało obce wraz z pędzelkiem. Przeciw naroślom kostnym (*hyperostosis*) stosowane były często z dobrym skutkiem świeczki z laminaryi; M o o s połączył tę metodę z przypalaniem galwanokaustycznym. K n o r r e, H e i n e c k e, A l d i n g e r, B r e m e r i inni używają do tego celu dłuta. Drylownik F i e l d a (ręczny świder D e l s t a n c h e a) jest mniej właściwym, gdyż łatwo zeskakuje z kości, a powtórnie nie dobrze jest dziurawić guz. To samo da się powiedzieć o amerykańskiej maszynie świdrującej dla zębów, stosowanej zresztą z dość dobrymi wynikami przez M a t t h e w s o n'a, F i e l d'a i B r e m e r'a.

II. Błona bębenkowa.

Tu należą środki lecznicze, odnoszące się wyłącznie do błony bębenkowej, większa część innych operacji należy do ucha środkowego.

P o l i t z e r zaleca przeciw wiotkim bliznom, upośledzającym ruchy błony bębenkowej, jakoteż przeciw blonom bębenkowym zanikłym skutkiem długotrwałego zamknięcia trąbek Eustachijusza, jednorazowe lub kilkakrotne prze-

cięcie celem nadania większej trwałości i ażeby przez zapalenie odczynowe otrzymać zmianę w budowie tych błon. Jestto środek niezbyt niebezpieczny i często daje dobre wyniki. Przecięcie tylnej fałdy błony bębenkowej, wykonane jednocześnie i niezależnie przez Politzera'a i Lucae'ego przy napiętej błonie bębenkowej, daje jeszcze lepsze wyniki. Na 109 operacyj. wykonanych przez Lucae'ego, w 46 było znaczne polepszenie słuchu, w 39 — niewielkie, a w 24 — żadnego nie otrzymano skutku; operację wykonywano się igłą używaną do paracentezy; wymaga ona pewnych ostrożności z powodu bliskości struny bębenkowej.

Gruber widział często znaczne polepszenie słuchu przy mocno napiętej błonie bębenkowej po wielokrotnem przecięciu błony; przecina się obie warstwy włókniste: zatem najlepiej jest ciąć pod kątem ostrym do trzonka młotka; cięcie robi się dwa lub trzy. Według autora niewiele korzyści osiągamy z tej operacji, gdyż po zagojeniu się cięcie powraca zwykle dawny stan, a w każdym razie jest ona mniej pożyteczną, aniżeli przy wiotkich bliznach.

Liczba sztucznych błon bębenkowych także pomnożoną została; wszystkie wszelako przedstawiają tę niedogodność, że nader rzadko znoszone bywają przez chorych. Gruber zaleca przyrząd, który sobie chory sam wprowadza za pośrednictwem odpowiednich цаżków; składa się on z blaszki kauczukowej, którą także chory może sobie przyrządzić zapomocą odpowiedniego żelazka z otworkiem; blaszka ma w środku nitkę, ażeby mogła być wyciągnięta. Zamiast kauczuku użył później Gruber płótna; w tej formie może błona bębenkowa zawierać środki lecznicze. Blake stosuje zwilgoconą blaszkę papierową przyciśniętą do błony bębenkowej; służy ona głównie za ochronę przeciw wpływom zewnętrznym.

Dość prosty przyrząd opisał Hartmann; jestto kawałek przedziurawionego fiszbinu, który obwija się watą i przykładą do błony bębenkowej. Turnbull wynalazł przyrząd, złożony z blaszki kauczukowej, otoczonej brzegiem stalowym, mającej na obwodzie drut stalowy, powleczoney gumą; nie posiada on wyższości nad podobnymi przyrządami Tynbee'ego i Lucae'ego.

Mc. Keown smaruje błonę bębenkową kollydjonem przy zwiótczeniu, przyrostach, wypukleniach i innych zboczeniach napięcia, przez co zostaje ona wraz z młotkiem pociągniętą ku przodowi; niekiedy po takim leczeniu następowała znaczna poprawa słuchu, częściej jednak nieznaczne polepszenie, rzadko zaś zmniejszały się podmiotowe szmery słuchowe. Autor raz zastosował ten środek i prócz upartego zapalenia ropnego ucha średniego z przedziurawieniem i owrzodzeniem błony bębenkowej innego wyniku nie otrzymał ¹⁾.

III. Ucho środkowe.

a) Przedmuchiwanie

Nowych kateterów nosowych w tym okresie nie wynaleziono. Zalecane w ostatnich czasach wprowadzanie cewników ustnych tam, gdzie kateteryzacja przez nos nie da się uskuteczyć, okazuje się niepraktycznym, gdyż pomimo największej ostrożności powstają często skurcze mięśni paszczy, czego przy kateteryzowaniu przez nos zwykle nie bywa.

Lucae i Gruber zmienili postępowanie Politzera'a; pierwszy celem otworzenia trąbki każe choremu wymawiać „a“, drugi zaś zgłoski „hak, hik, hek i t. p.“ Obadwa te sposoby są w pewnych razach wystarczającymi, zwłaszcza, że ciągle polykanie wody w sposobie pierwotnym Politzera'a

¹⁾ W czterech przypadkach odpowiednich zastosowałem kollydjon, lecz prócz silnego krótkotrwałego bólu w przewodzie słuchowym innych wyników nie osiągnąłem.

może stać się dość przykrem. Sposób *Lucae'go* okazuje się bardzo dobrym u dzieci ¹⁾, u których trudno uchwycić chwilę przelękania wody.

Lucae zaleca też metodyczne wdmuchiwanie powietrza do nosa balonem przy jednoczesnym wymawianiu głosek „a, e, o, err.“ Postępowanie to jest wprawdzie bezpieczniejsze i prostsze, aniżeli natrysk nosowy *Webera*, ale też i mniej skuteczne.

Sposoby podane przez *Kessela* i *Roustanta* mogą być uważane za odmiany metody *Politzera*. *Kessel* zaleca wprowadzać po za podniebienie rurkę odpowiednio skrzywioną, ażeby na tej drodze przy nieprzenikli, wości przewodów nosowych wepchnąć powietrze do ucha środkowego, zacisnąwszy poprzednio nos; *Roustant* zaś radzi, ażeby chory ustami wdmuchiwał sobie powietrze do nosa, zapomocą rurki szklanej odpowiednio zgiętej przez co powstaje jednocześnie zamknięcie podniebienia. Pierwszy sposób, tam gdzie jest wskazany, oddaje dobre usługi; drugi, lubo racjonalny ze strony teoretycznej, okazuje się wszelako niepraktycznym z powodu, że chory rzadko wydać może odpowiedni prąd powietrza, a nadto ma on niedogodności sposobu *Valsalvy*.

b) Wstrzykiwania przez trąbkę *Eustachijusza*.

Schwartze i *Th. Weber*, a potem *Gruber*, *Kramer*, *Burger* i inni dowiedli, że plyn i para bardzo łatwo przechodzą z trąbki *Eustachijusza* do ucha środkowego nawet przy nienaruszonej błonie bębenkowej. Sposób ten stosowania leków był z początku bardzo rozpowszechniony, skoro zaś *Wreden* wykazał, że małe ilości zastrzyknięte nie wiele pomagają, zaś większe sprowadzają silny ból a często i zapalenie, został prawie całkiem zarzucony. Szczególniej chloral (1:30), zalecany przez *Lucae'go*, jako środek drażniący przy stwardnieniu ścian jamy bębenkowej, ma takie skutki sprowadzać. Przy leczeniu chorób usznych niepodobna wszelako obejść się bez wstrzykiwań do trąbki *Eustachijusza*: najlepiej jest w takim razie trzymać się tablicy *Wredena*, podającej dawki maksymalne. Autor używał z dobrym skutkiem siarczanu cynku i jodku potasu przy obrzmieniach błony śluzowej trąbek i jamy bębenkowej, od chloralu i salmiaku czasem tylko otrzymywał polepszenie; strychnina pozostawała bez skutku ²⁾.

c) Leczenie wysięków jamy bębenkowej przekłucie bł. bębenkowej (*Paracentesis*).

Celem usunięcia wysięków z ucha środkowego zaleca *Politzer* tam, gdzie przekłucie nie jest bezwarunkowo wskazanem, rurkę bębenkową, zapomocą której wyciąga się surowicze masy wysiękowe; dobrze jest w takim razie

¹⁾ Każdy z podanych sposobów wyjątkowo tylko daje się zastosować u dzieci, zwłaszcza młodszych z powodu płaczu, niespokojnego zachowania się i niepodobieństwa prawie wymagania od nich wykonywania manipulacji powyżej opisanych. W podobnych razach wstawiam dziecku do nosa przysadkę od balonu *Politzera* i zacisnąwszy nos wdmuchuję powietrze kilkanaście razy; podczas płaczu i krzyku, gdy podniebienie miękkie oddziela jamę nosową od gardzielową, często powietrze wepchniętem zostaje do ucha środkowego.

²⁾ Niepodobna zgodzić się bezwzględnie na zdanie *Wredena* co do ilości stosowanego leku; wszakże i do oczu stosujemy bardzo nieznaczne dawki, np. kilka kropeł roztworu siarczanu cynku (gr. 1 na $\bar{5}$) lub lapisu, a jednak skutek otrzymujemy, dlaczegożby więc te środki miały pozostać bez wpływu w uchu, gdzie powierzchnia jest także niewielka? Wstrzykiwania siarczanu cynku (gr. ij na $\bar{5}$) stosuję często i ze skutków jego jestem zupełnie zadowolony, szczególnie przy obrzmieniu błony śluzowej i znacznej wydzielinie. Od chloralu zniknął zwykle szum na pewien czas, towarzyszący sklerozie. Jodek potasu zacząłem stosować w ostatnich tygodniach i stanowczego zdania wyrzecz o nim dotąd nie mogę; zdaje mi się, że powinien wyrzecz dobry skutek przy formach przymiotowych. Salmiak rozrzedza śluz lecz nie niszczy skłonności do wytwarzania się go w nowych ilościach

przychylić głowę tak, ażeby ujście gardzielowe trąbki było skierowane ku dołowi. Politzer widział też bardzo dobre skutki, gdy nadawał głowie chorego takie położenie na 1—3 minut przed wdmuchnięciem powietrza. Celem rozrzedzenia mass wysiękowych zastosował on wstrzykiwanie z węglanu sodu (*natr. carbon.*) z pomocą rurki bębnekowej lub bez takowej. Jak Tröltzsch wykazuje, wystarcza często w podobnych razach wdmuchnięcie powietrza, przez to bowiem rozwartą zostaje trąbka i w części rozpedzoną zostaje wydzielina, co nie pozostaje bez widocznego skutku.

Najczęściej jednak środki te nic nie pomagają, gdy wysięk jest gęsty; musimy się przeto uciec do przekłucia błony bębnekowej. Wskazania do tej operacyi, prawidła praktyczne i w ogóle pierwszą zachętę do niej jako też najdokładniejsze i najobszerniejsze doświadczenie celem racjonalnego i umiejętnego zastosowania jej zawdzięczamy Sch w a r t z e m u. (D. c. n.)

(*Archiv. f. Ohrenheilkunde. T. XIX.*)

Heiman.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. D-r Przewoski, prosektor przy katedrze anatomii patologicznej tutejszego uniwersytetu, współwłaściciel i współredaktor naszego pisma, mianowany został lekarzem studentów Uniwersytetu.

— Na 1298 studentów zapisanych w r. b. do uniwersytetu, prawie połowa bo 598 uczęszcza na wydział lekarski.

Edynburg. W d. 11. XI. r. b. zmarł tu D-r med. Dyonizy Wielobycki. Pogrzeb tego ulubieńca nie tylko stolicy, ale poniekąd i całej Szkocyi odbył się z wielką uroczystością, jaką zwykle społeczeństwo odznacza zasługi zmarłego. Wielobycki jeszcze jako młodzieniec 20 lat nie mający, opuściwszy kraj, udał się na studia do uniwersytetów zagranicznych. W Berlinie otrzymał dyplom doktorski, z którym udał się do Edynburgu, tu przeszedł na nowo studia i otrzymał powtórnie stopień Doktora Medycyny. Tu też osiedlił się, i zyskał olbrzymią wziętość, szacunek i miłość ogółu, jak o tem nie tylko ze źródeł prywatnych przekonywamy się, ale i z nekrologów prasy edynburskiej.

J. Polak.

Kamionka. Zwiedzając cenniejsze miejsca kuracyi winogronowej zagranicą, dowiedziałem się nareszcie z pism o istnieniu zakładu winogronowego w Kamionce, gdzie przybywszy na miejsce w celu leczniczym przekonałem się, że winnica Kamionkowska będąc zaopatrzoną we wszelkie gatunki winogron zagranicznych i produkująca wyborne winogrona, ze względu gatunku latorośli, natury gruntu i położenia, może się zaliczyć do pierwszorzędných zakładów winogronowych. Słusznie więc zasługuje na to, aby chorzy zamast zagranicę wysyłani byli do Kamionki (Kamionka miasteczko położone nad Dniestrem w gubernii Podolskiej powiatu Olgopolskiego) albowiem wszystkie warunki kuracyi, jak to: zdrowe powietrze, przechadzka w przestępnym parku, taniósć mieszkani i utrzymanie są przystępniejsze w naszym kraju niż we wszystkich innych miejscowościach.

Cieszyć się zatem należy, że dziedzic Kamionki książę Piotr Wittgenstejn, wobec tak uciążliwych warunków w jakich cały kraj zostaje, zdołał doprowadzić Kamionkę do stanowiska tak użytecznego dla ogółu.

D-r Markiewicz.

O D W Y D A W C Y.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w roku 1883 na tych samych warunkach co dotychczas. Uprasza się Panów prenumeratorów o wczesne nadślanie prenumeraty dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma.

Do dzisiejszego numeru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się dla PP. prenumeratorów na prowincyi prospekt na „Tygodnik Powszechny“ na r. 1883.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Ноября 1882 г. Друк К. Ковалевського Крólewska Nr. 23.