

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie ... Rs. 5 kop. —	Na Stacjach pocztowych w Królestwie:
„ półrocznie „ 2 „ 50	„ „ rocznie ... Rs. 6.
„ kwartalnie „ 1 „ 25	„ „ półrocznie „ 3.
W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 8.	

TREŚĆ: Cztery przypadki zapalenia płuc. (Dokończenie), zestawił Prof. Łuczkiwicz. — O operacjach zaciemka. Odczyt Docenta Oftalmologii Dra *Narkiewicza Jodka*, miany w dniach 1 i 8 kwietnia r. b. (Dokończenie) — Część statystyczna. — Wiadomości bieżące. — Od Redakcyi.

Cztery przypadki zapalenia płuc.

Zestawił Prof. Łuczkiwicz.

(Dokończenie).

II. I. M... Stolarz, 40 lat, budowy dosyć silnej, ale słabowity, często zapadał poprzednio na katar i kaszel; mało jadł i mało sypiał — stolce zawsze mięwał twarde i zaparte.

D. 19go marca będąc rano jeszcze zupełnie zdrowym, przyszedłszy z warsztatu na obiad, uczuł silne dreszcze z następną gorączką, bólem głowy i kluciem pod łopatką prawą, obok suchego krótkiego kaszlu jaki dawniej często miewał. W tym stanie pozostał chory przez dzień następny ratując się kataplazmami, które jednak żadnej mu nie przyniosły ulgi.

D. 21 3go. Dreszcze ponowiły się, poczem znowu powstała gorączka, która odtąd przez całą chorobę nie opuszczała chorego; ból bardzo gwałtowny powyżej wątroby, połączony z kluciem i przy kaszlu wzmagający się, trapi go bezustannie; — brak apetytu, ból głowy, pragnienie dokuczliwe, stolce zaparte, osłabienie ciągle się wzmacnia. Wezwany lekarz stanowi rozpoznanie na zapalenie wątroby i poleca kalomel co godz 1 gr. obok okładów na wątrobę.

D. 22go. Kaszel coraz częstszy, oddech krótki, mozolny, chory wyrzuca z kaszlem flegmę brudną, brunatną, nieco cuchnącą, gęstą; gorączka się wzmacnia, brak zupełny apetytu, upadek sił wielki, bezsenność, stolce zatrzymane.

D. 23go. badając chorego znalazłem:

Cera blada, żółtawa, twarz na policzkach ograniczenie zarumieniona, oczy wpadłe, mdłe, białkówka i dziąsła wyraźnie żółtawo zabarwione; skóra sucha, gorąca, usta spieczone wypryskiem (*herpes labialis*) otoczone, skrzydła nosowe z oddechem ustawicznie poruszane. Oddech powierzchowny 36 ale spokojny,

nieciężki i niepracowity; w prawém płucu z tyłu odgłos perkusyjny od grzebienia łopatki do samego dołu, a z boku do linii pachowej: tępy, na całej przedniej powierzchni wyraźnie bębnowy. Szmer oddechowy w miejscu tępego głosu: oskrzelowy, nad grzebieniem łopatki i pod pachą obfite trzeszczenie (*crepitatio*); w płucu lewém wszędzie odgłos jawny i rozległe rżenia słuzowe. Plwociny skąpe, brudno czerwone, tu i owdzie brudno-żółte, lepkie, do naczynia mocno przylegające i z trudnością wielką odcharkiowane.

Wymiary i położenie serca prawidłowe, tony czyste, tętno 120 małe, prawie nitkowane, miękkie; wymiary i położenie wątroby i śledziony prawidłowe, jelita po większej części wypełnione, język białym grubym mułem obłożony, smak przykry papkowaty, pragnienie nieznaczne, stolce zatrzymane; moczu w małej ilości wydzielany, ciemny, brunatnawy, małą ilość barwika żółciowego zawierający; chlorki pomniejszone, c. gat. 27, oddziaływa kwaśno. Ból głowy silny dokucza choremu, wielka niespokojność z obawą o życie, bezsenność niemal zupełna z chwilowem bredzeniem cichém.

Rp. Inf. fol. *Digitalis ex scr. j. p. ad unc. VI.* Magn. sulfur. unc. S, Syr. Rub. Jb. unc. I. D. S. Co god. łyżkę — nadto *Vesicans ad latus dextrum* — woda Selcerska za napój — trzy razy na dzień posilny rosół za pokarm.

D. 25go. Wyсіęk zapalny rozszerzył się na całą powierzchnię tylną płuca prawego tak, że zajmuje przestrzeń całą od szczytu do spodu, nadto na przodowej powierzchni płuca tego zajął część górną na jeden plessimetr (1½ cala) poniżej obojczyka do brzegu kości mostkowej, a pod pachą do brodawki sutkowej; wszędzie tu odgłos tępy, i tylko w miejscu powyżej brodawki sutkowej odgłos bębnowy. Oddech z tyłu bardzo jawnie oskrzelowy z rżeniem dźwięcznem (*consonirende Rasselgeräusche*) — na przodzie rozległe trzeszczenie, przy obojczyku i przy brodawce sutkowej oddech także oskrzelowy.

Liczba oddechów 40; oddychanie krótkie, powierzchowne, mimo to spokojne, niemożolne bez najmniejszej duszności; tętno 136, bardzo małe i słabe; kaszel stosunkowo bardzo nieznaczny, z plwocinami brudnemi wyżej opisanemi; moczu jak wczoraj; stolców twardych zapieczonych 4; brzuch wzdęty, twarz zapadła bladżółtawa, wypieki silne, pragnienie dokuczliwe, skóra bardzo sucha, pałająca, temp. 30 R. Przytomność chwilowo opuszcza chorego i wtedy występuje spokojne majaczenie; oczucony objawia wielką niespokojność, uskarżając się na ciągły ból głowy w okolicy czołowej i lekkie zamęcenie umysłu.

Ponieważ pomimo zalecenia wczoraj wezykatoryi, z powodu obecnego bólu chory jęj nie przystawił, przyłożono ją zaraz, — nadto zaleciłem obmywanie całego ciała ciepłym octem, a do wewnętrznego użycia podano: *Dctum altheae unc. VI.* Tart. stibiati gr. I. Syr. simpl. unc. S. D. S. Co 2 godz. łyżkę, na przemian z miksturą. *Rp.* Inf. flor. arni. ex dr. II. p. ad unc. VI. Liquor. ammonii anisati dr. II. D. S. Co 2 godz. łyżkę. — *Decoctum Lichen. island.* za napój — kataplazm na bok prawy i lewatywa.

D. 26go. Gorączka mniejsza, oddech 36, tętno 115 — poty pokrywają całe ciało, kaszel z odrzucaniem łatwiejszem plwocin powyżej opisanych — zmiany anatomiczne jak wczoraj — bredzenie chwilowe rzadziej się pojawia. Rano wystą-

piło mocne klucie w boku prawym około brodawki sutkowej; powtórzono wezykatoryę na miejsce klucia. *Mixturae continuatur.*

D. 27go. Wysięk trwa na przestrzeni pod d 25ym oznaczonej, wszakże na całej powierzchni płuca prawego z tyłu słycać rżenie wielko-pęcherzykowe a odgłos perkussyjny w dole z tyłu mniej tępy, w górze jak wczoraj gdzie także słycać oddech wyraźnie oskrzelowy. Skóra wilgotna, temperatura 29, głowa wolna, oddechów 26, tętno 90

Chory spokojny, wesoły, uskarża się tylko na brak snu, i osłabienie. *Mixtura c. Liquor. ammon. anisati repetatur; na noc morphii $\frac{1}{2}$, gr.*

D. 29go. Sen spokojny, oddechów 24, tętno 84 — odgłos perkussyjny wszędzie jawniejszy, z tyłu w dole bębenkowy, kaszel rzadki, plwociny pienne, pojawia się chęć do jadła, — *absque.* — 31go odgłos przy pukaniu na całej przestrzeni płuca prawego nieco tylko stłumiony, oddech pęcherzykowy, rżenia nieznacne.

3go lutego. Płuco wszędzie wolne, oddech pęcherzykowy, puls 76, siły powracają, dyeta posilna.

8go lutego. Chory czuje się zupełnie zdrowym — żadnego śladu wysięku.

III. P..... lat 65 liczący, urzędnik, przez ciąg długiego swego życia zawsze zdrow, żadnych ważniejszych chorób nie przebywał; w pierwszych dniach kwietnia b. r. przy bardzo uporczywym niezycie błony śluzowej jamy nosowej wyścielającej bez żadnej traumatycznej przyczyny nastąpiło pęknięcie naczynka krwionośnego na grzbiecie nosa przebiegającego, co spowodziło dosyć obfity, kilka kwadransów trwający krwotok, który wszakże przy stosowném opatrzeniu ustał nie pociągając za sobą żadnych dalszych następstw, a pęknięte naczynko bez śladu zarosło. Dnia 17go kwietnia uczuł chory dosyć silne dreszcze z następną gorączką, poczem okazał się ból tępy w boku prawym, przechodzący do prawej kończyny górnej. Zalecone smarowanie spirytusowe i okładanie wataj części cierpiącej spowodziło ulgę w kończynie i ramieniu, ból wszakże w boku t. j. w okolicy wątroby i powyżej jęj, nie ustąpił, do czego nazajutrz przyłączył się jeszcze bardzo zresztą nieznaczny kaszel. Przystawiono wezykatoryę na bok prawy, gorączka utrzymuje się przez 18 i 19ty kwietnia, kaszel powtarza się od czasu do czasu, przyczem chory z łatwością wyrzuca plwocinę białawą, szklistą, nieco gęstą i ciągnącą się; oddech jest swobodny choć nieco prędszy, apetyt do jadła prawie zwyczajny, pragnienia niema, sen bywa przerywany, na siłach czuje się chory słabszym, mimoto jednak żadnych nie doświadcza dolegliwości i tylko czyniąc zadosyć rodzinie i osobom otaczającym pozostaje siedzący w łóżku.

Badanie szczegółowe w d. 20 przedstawia stan następujący: budowa ciała silna, mięśnie dobrze rozwinięte, skóra prawidłowo ciepła, lekkim potem pokryta, wyraz twarzy spokojny nawet wesoły, ruchy swobodne; oddech 30 powierzchowny, odgłos przy pukaniu klatki piersiowej z przodu po obu stronach i z tyłu po stronie lewej jawny wszędzie, szmer równie wszędzie tu pęcherzykowy bez żadnego rżenia; przy pukaniu prawej strony z tyłu znajdujemy od dołu do połowy łopatki odgłos stłumiony, krótki, w którym téż miejscu szmer oddechowy bardzo niewyraźny, nieoznaczony, za głębszém oddechaniem słabo oskrzelowy z rżeniem śluzo-

wém tu i owdzie dzwięczném, — powyżej stłumionego odgłosu oddech pęcherzykowy. Kaszel rzadki, za każdém atoli odkaszlnięciem wyrzuca chory zamiast płwocin powyżej opisanych krew ciemną niemal czystą, w postaci płaskiego, okrągłego plasterka skupioną, obok którego małą bardzo ilość śliny zwyczajnej znajdujemy; krew ta odpływana bywa z wielką łatwością tak dalece, że prawie rzecz można, bez kaszlu sama odchodzi.

Serce prawidłowej wielkości, tony jego czyste, dzwięczne, tętno 92 twarde i silnie o palec uderzające; śledziona prawidłowa, wątroba nieco w objętości powiększona, stolec co dzień wolny, język wilgotny, płaski, z boków biało nieco obłożony mocz w ilości prawidłowej, ciemny, kwaśno oddziaływający, ilość chlorków pomniejszona; w sferze narządu nerwowego żadnych zboczeń. *Rp.* Inf. r. *Cephaelidis* ex gr. VI p. ad unc. VI, *Aque amygd. amar. dr. I.* Syr. *mororinu unc. I. D. S.* Co godz. łyżkę. Za napój woda Selcerska — *Dyeta:* rosół, klejkek, mleko z butką.

D. 21go. Stan chorego w niczém się nie zmienił — płucie krwią powtarza się za każdém zakaszeniem, przytem chory żadnych nie doznaje dolegliwości; w nocy chory spał parę godzin, leżenie na obydwu bokach żadnych nie sprawia mu przykrości, tętno 96 — objawy fizykalne te same.

Rp. Inf. fol. *Digitalis* ex dr. I p. ad. unc. VI, *Acidi Halleri d. I.* Syrup. *Rubi Jd. unc. I. D. S.* Co 2 godz. po 2 łyżki stołowe.

D. 22go. Odgłos perkussyjny słumiony postąpił wyżej o szerokość jednego plessimetru — w dole zaś stępienie głosu jest wyraźniejsze z silnym odporem przy perkussyi, obok zniknięcia szmerów oddechowych, (*Exsudatum pleuriticum*). Tętno 100, oddechów 30, kaszel jednakowo nieznaczny, połączony z wypływaniem obfitszej ilości krwi raz jasno czerwonej, to znów ciemnej. Ze strony moczu i stolca i czynności ośrodków nerwowych żadnej zmiany.

Przystawiono baniek 15 na tylną i boczną część klatki piersiowej — *mixtura continuatur.*

D. 23go. Stan chorego nie uległ żadnej zmianie pod względem objawów fizykalnych w klatce piersiowej — płucie krwią utrzymuje się jednakowo, tętno 92 — mocz jaśniejszy; — chory czuje się więcej osłabionym na siłach. Zalecono przystawić 12 pijawek około prawej łopatki -- *mixtura continuatur.*

D. 24go. Odgłos przy pukaniu nieco jawniejszy, płucie krwią rzadsze i w mniejszej ilości, obok krwi spostrzegać się daje trochę płwocin ropiastych — tętno 90, oddechów 28 — chory objawia chęć do pokarmów.

Rp. *Decoct. Polygalae Senegae c. Syrupo.*

D. 25go. Płwociny przeważnie ropiaste, skąpe — odgłos perkussyjny wyraźniej jawniejszy, oddech nieoznaczony bez szmeru oskrzelowego — tętno 86 — Stolec jak zawsze wolny. Pozwolono podać choremu potrawkę z kurczęcia, — *mixtura repetatur.*

D. 27go. Krwi od dwóch dni nie widać w płwocinach, szmer pęcherzykowy w płucu chorobą zajętém powraca — oddech swobodny — sen spokojny, tętno 80, mocz prawidłowy, apetyt dobry.

D. 30go. W samym dole płuca prawego z tyłu odgłos jeszcze stłumiony z wyraźniejszym odporem przy perkussyi, i szmer w tém tylko miejscu nieozna-

czony i cichy — kaszel prawie całkiem ustąpił — siły powoli powracają. Dyeta posilna bez żadnych lekarstw.

D. 6go maja. Chory w zupełności odzyskał dawniejsze zdrowie i siły — w płucu ani śladu przebytej choroby.

IV. E. J. .. panienka 20 lat licząca, dobrze zbudowana, zawsze dotąd rumianej i świeżej cery, ale tkliwa na wszystkie wpływy zewnętrzne jak zimna, wilgoci i t. d. przy działaniu których ulega nieżytom błon śluzowych albo narządu oddechania albo trawienia, co wszakże zazwyczaj przechodziło bez pomocy jakichkolwiek środków lekarskich.

Rodzice chorój obecnie żyjący są zdrowi i silni; ojciec w młodości zapada często na kaszel i długo na to się leczył, od lat jednak kilkunastn żadnej nie ulegał chorobie, żadnych też nie przedstawia śladów przebytych chorób piersiowych; matka nigdy nie cierpiała na piersi, z liczego rodzeństwa jeden brat tylko chorój od roku obłożnie choruje na rozwiniętą gruźlicę płucną.

Początek choroby panny I. E. datuje się od pierwszych dni lutego b. r., w którym to czasie, jakoby po przeziębieniu powstał silny i uporczywy nieżyt oskrzelowy połączony z kaszlem suchym, przemijającym kłuciem w szczycie płuca prawego, wieczorną lekką gorączką, poprzedzaną słabemi dreszczami, brakiem apetytu i widoczném od owego czasu wychudnieniem, przez cały miesiąc luty i pierwszą połowę marca zostawała chora pod dozorem lekarskim, a przy użyciu wezykatoryi na piersi przystawionój, łagodnych uśmierzających kaszel lekarstwach, i stosowném ciepłym zachowaniu się w pokoju, ustąpił kaszel, znikła gorączka, powrócił po części apetyt, pozostało tylko jeszcze osłabienie, które przy ostrój wówczas porze roku nie dozwalało chorój wychodzić na powietrze i wbrew życzeniom chorój w pokoju ją zatrzymywało.

D. 24 marca pojawiły się wieczorem silne dreszcze przeszło godzinę trwające, po których nastąpiła równie silna gorączka z towarzyszeniem lekkiego kłucia w boku prawym i suchego częstego kaszlu. Ten stan gorączkowy trwał przez dzień następny, a dnia 26go badanie wykryło zmiany następujące:

Skóra sucha, gorąca, twarz mocno zarumieniona, pałająca, usta spieczone; oddech 30, kaszel częsty z płwocinami białemi, śluzowemi; perkussya wskazuje stopienie odgłosu w płucu prawém z tyłu od góry do połowy łopatki, na przodzie w górze pod obojczykiem prawym odgłos nieco stłumiony — po stronie lewój wszędzie jawny.

Szmer oddechowy z tyłu płuca prawego w górze wyraźnie oskrzelowy, odpowiednio temu na przodzie nieoznaczony — po stronie lewój oddech pęcherzykowy ostry, — rżenia obfite drobnobańkowate po stronie prawej w obwodzie oddechu oskrzelowego. Serce wymiarów prawidłowych, tętno 124 miękkie, tony serca czyste; mocz ciemny, co do ilości pomniejszony, ilość chlorków szczuplejsza; stolce zaparte; w sferze nerwowej oprócz ogólnego upadku sił i pewnego rodzaju obojętności na cierpienia i stan ogólny choroby, żadnych niedostrzegamy zboczeń od prawidłowości.

Rp. Inf. fol. Digitalis ex dr. I par. unc. VI. Phosphatis sodae unc. S. Syrup. Rubi. Jd. unc. I. Aq. Laurocer. Dr. j. D. S. Co godz. łyżkę, — woda Selcerska za napój — za pokarm mléko i rosół.

D. 27go. Tętno 110, oddechów 26, skóra prawidłowej ciepłoty, pot przyjemny pokrywa ciało, chora spokojna, twarz różowo blada — stolec wolny; znaki auskultacyjne i perkusyjne niezmienione, kaszel rzadki. *Dctum altheae c. aqua Laurocerasi.*

28go. Rano przebudziła się chora z silnemi dreszczami przez godzinę przeszło trwającemi, po których nastąpiła gorączka zakończona obfitemi potami. Około południa skóra znowu sucha, pałająca, policzki mocno wypieczone, oddech 36, kaszel przeważnie suchy, bardzo gwałtowny i częsty, w płwocinach po większej części śluzowych widać kilka żyłek jasno czerwonej krwi. Kłucie dotkliwe w boku prawym; badanie fizykalne wykazuje posunięcie się wysięku w płucu aż ku dołowi; oddech mocno oskrzelowy na całej tylniej powierzchni bez żadnego rżenia, tętno 120, pragnienie ciągle, nieznosne; moc ciemny, skąpy, chlorki pomniejszone. — *Decoct. altheae unc. VI. Tart. stibiat. gr. I. Syr. unc. I. D. S. Co godz. łyżkę.* Wezykatorya na bok prawy.

29go. Po stronie prawej klatki piersiowej znaki fizykalne niezmienione; za głębszém jednak wdechaniem słychać przy szmerze oskrzelowym mnogie trzeszczenia; — po stronie lewej z tyłu odgłos perkusyjny wyraźnie bębenkowy, przy oddechu słychać około dolnego kąta łopatki z dala szmer oskrzelowy; kaszel częsty, płwociny skąpe śluzowe, oddechów 30 swobodnych — tętno 106, temperatura ciała wysoka — poty obfite na całym ciele; w nocy bardzo gwałtowny ból (darcie), w kończynie dolnej prawej — stolce zaparte. *Repetatur mixtura c. Syrupu mannati,* na ból kończyny smarowanie *ex Linimento Sapon. Camphor.*

D. 31go. Odgłos tępy z tyłu płuca prawego zajmuje całą przestrzeń klatki piersiowej, oddech tu wszędzie głośny oskrzelowy bez najmniejszego rżenia — po stronie lewej jak wczoraj. Stolec oddała chora zwyczajny — moc ciemny bez zmiany w składzie chemicznym — poty obfite ciągle — brak zupełny apetytu, pragnienie nieznaczne — tętno 110 — oddechów 30 — *Dec. Altheae c. Ammonii muriatici dr. II.*

D. 1, 2, 3go kwietnia. Pod względem zmian anatomicznych w płucach żadnej nie widzimy zmiany, kaszel częsty, przeważnie suchy, płwociny bardzo skąpe, czysto śluzowe, oddechów 28 — tętno 110, — skóra umiarkowanie ciepła i wilgotna, stolce od dwóch dni zaparte; chora najmniejszych nie doświadcza dolegliwości; upadek sił bardzo znaczny, sen w nocy bywa spokojny pomimo kaszlu który chorą wcale nie przebudza, apetytu do jedzenia, za napój używa wodę Selcerską samą lub z mlékem. Stan psychiczny całkiem spokojny, nawet apatyczny; wiadomość o śmierci brata w tych dniach zapadłej, przyjęła chora spokojnie.

Rp. *Decoct. Taraxaci c. Natri sulphurici unc. I. i kataplazmy na bok prawy.*

4, 5go. Chora miała kilka stolców rzadkich — wysięk trwa w jednakowym stanie; tętno i oddech jak wyżej. —

Zalecono: Emulsio c. Tart. stibiati gr. I.

D. 7go. Wczoraj wieczorem przebyła chora silne dreszcze, poczem gorączka znacznie się wzmogła, pragnienie bezustannie trapiło chorą i kaszel stał się częstszym, suchszym i boleśniejszym, wysięk płucny utrzymuje się niezmieniony, oddech na całą rozległość wysięku ciągle jawnie oskrzelowy, prawie jamisty (*resp. cavernosa*), drgania głosowe bardzo silne i głośne — rżenia żadnego nie słyhać, tylko przy głębokiem wdychaniu nieco trzeszczenia w obwodzie wysięku, z lewej strony odgłos zawsze bębnowy; tętno 120 bardzo małe, i słabe — poty niezbyt obfite — temperatura miernie podniesiona — nudności nieznaczne, apetytu żadnego, stolec raz na dobę oddawanym bywa. *Rp.* Decoct Lichenis c. Tart. stib. gr. II; obok tego 3 razy dziennie po 2 łyżki Reichenhaller Kräutersaft.

D. 10go. Stan zupełnie jednakowy — dreszcze od czasu do czasu powtarzają się — gorączka wieczorami silniejsza — wysięk wcale nie zmniejsza się — osłabienie i wychudnienie z każdym dniem wzrasta.

Polecono użycie tranu 3 razy dziennie po łyżce stołowej. W tym stanie pozostawała chora przez kilka jeszcze tygodni, kiedy rozwolnienie pozbawiające ostatka sił młodej pacjentki, spowodowało nareszcie śmierć chorą.

Przedstawiwszy Sz. czytelnikom owe cztery przypadki zapalenia płuc, o ile zakres czasopisma pozwala, szczegółowo, nie mam zamiaru rozszerzać się z uwagami nad wykazaniem zachodzących pomiędzy nimi cech podobieństwa i różnicy klinicznej. Leczenie każdego z 4 przykładów było odmienne pod względem środka głównego czyli istotnie leczącego, a sądząc po skutku (mianowicie 3ch pierwszych), było leczenie stosowne, gdyż wszyscy trzej odzyskali zupełne zdrowie w czasie o ile można najkrótszym. Skeptycznym terapeutom pozostaje naturalnie nieudowodniona wymówka, że chorzy ci mogliby może także powrócić do zdrowia przy leczeniu więcej obojętném — wszakże skuteczność postępowania naszego usprawiedliwia się tém przynajmniej niezaprzeczenie, że przebieg choroby nie był dłuższym ani przykrejszym od przebiegu przy najpomyślniejszych rezultatach. W przykładzie I gdzie zastosowano upuszczenie krwi, powtórzyło się tylokrotnie doświadczone postrzeżenie, że *Vsectio* jakkolwiek pomyślnie skutkuje w zapaleniu płuc nie powstrzymuje jednak sprawy wysiękowej. Przejęcie choroby u czwartą chorą w *zapalenie chroniczne z rozpadem sérowatym*, czyli jak pierwój wyrażaliśmy się, w *zgrużlenie wysięku* i wywiązanie się następnie suchot, tłumaczyć musimy przez istniejące jak się zdaje usposobienie właściwe (*Diathesis tuberculosa*), którego skutków na kilka tygodni przed zgonem naszej chorą, brat jej padł ofiarą, a którego to usposobienia, zdaniem naszym, żadne inne leczenie usunąćby nie zdołało; malowało się ono w całym ustroju chorą tak wyraźnie, że nieszczęśliwe zakończenie choroby w pierwszych dniach już przewidując, zapowiedzieliśmy rodzicom zaraz w samym początku.

Przyznajemy otwarcie, że również fatalne zakończenie rokowaliśmy w duszy, choremu pod N. II (stolarz), u którego wyraźna była *P n e u m o n i a i c t e r i c a* dawniejszych Patologów; pomyślne, jak widać, warunki organiczne pokonały szczęśliwie oczywiste w naszym przekonaniu niebezpieczeństwo.

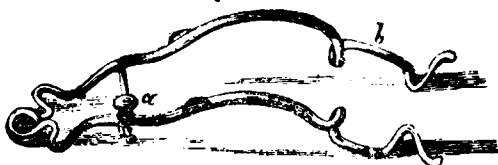
O operacjach zaciemka.

Odczyt Docenta Oftalmologii Dra Narkiewicza-Jodko, mianu w dniach 1 i 8 kwietnia r. b. (Dokończenie).

Tak stały rzeczy do początku r. 1865, w którymto czasie G r a c e, który jak to panom wyżej mówiłem, przed 12 już laty pierwszy rzucił myśl zastąpienia cięcia płatowego liniowem, zbadawszy bystrym swym umysłem wszystkie słabe strony dotychczas proponowanych ulepszeń sposobu wydobywania, starał się je praktyczniejszemi zastąpić, a po licznych próbach, zmianach i ulepszeniach stworzył nakoniec sposób, który jak się zdać będzie ostatnim na tém polu, usuwa bowiem wszystkie niedokładności dotychczasowych i łączy w sobie wszystkie warunki potrzebne do dokładnego wydobywania zaciemków różnej wielkości i rozmaitej zsiadłości. Sposób ten nazwany przez G r a c e'go ¹⁾ ulepszonym wydobywaniem z pomocą cięcia liniowego (modificirte Linearextraction), opiszę panom w ostatecznym jego ulepszeniu, tak jak go przed paroma miesiącami widziałem wykonywanym przez samego G r a c e'go i jakem go sam niejednokrotnie pomyślnie wykonywał; pominię zaś tak narzędzia jak i manipulacje w początkach używania tego sposobu przez G r a c e'go stosowane, ponieważ te obecnie innym i lepszym ustąpiły miejsca.

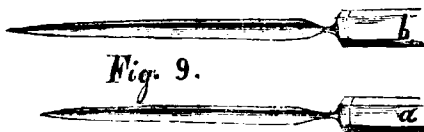
Narzędzia potrzebne do operacji są:

*Fig. 8.**



Rysował i wycinał na drzewie Karmalski.

gna, zamykają się przyskrubowaniem szrubki; w ten sposób oko na cały czas operacji pozostaje otwartem, przez co niezbędność pomocników do utrzymywania powiek jest usunięta.



Rysował i wycinał na drzewie Karmalski.

sposób, iżby od góry w otwór w gałce ocznej zrobiony wchodzić mogły z łatwością.

5. Cążki mocne, zamykane, opatrzone w końcu chwytającym dwoma rzędami wchodzących w siebie haczyków. Cążki te znane już panom są z innych ope-

¹⁾ Arch. f. Opht. T. XI cz. 3 strona 1 i T. XII cz. 1 str. 150. Właściwiej byłoby sposób ten nazywać wydobywaniem przez twardówkę (Scleralextraction).

*) Roztworek dla oka prawego, $\frac{2}{3}$ naturalnej wielkości; a szrubka, b unosić powieki górnej, większy od dolnego.

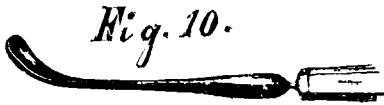
1. Dwa druciane podwójne roztworki (Fig. 8), jeden dla lewego oka, drugi dla prawego, do rozciągania współczesnego powieki górnej i dolnej każdego oka; roztworki te jak panowie widzicie, roztwierają się własną elastycznością i włożone pod powiekę, gdy też dostatecznie rozcią-

2. Nożyki: jeden mniejszy, drugi zaś większy, jak tu je panowie przed sobą widzicie (Fig. 9).

3. Cążki malutkie i nożyczki proste.

4. Dwa cystotomy, jeden dla oka lewego, drugi dla prawego, zgięte w ten

racyj, używamy je bowiem zwykle do unieruchomienia oka, odznaczają się tylko zamkiem, który dla tego jest dodany, iż oko raz przed operacją cążkami unieruchomione, przez całą operację w téjże samej pozycji pozostawać musi, a tylko osoby trzymające cążki zmieniają się, z początku je trzyma operator, w środku operacji oddaje asystentowi, a w końcu znowu sam bierze; dla tego muszą być zamkniętymi, ale zamek małym naciskiem otwierać się powinien.



Rysował i wycinał na drzewie Karmanski.

6. Łyżeczka kauczukowa, dosyć gruba, ale nadzwyczaj starannie wypolerowana, jak ją tu panowie przed sobą widzicie (Fig. 10).

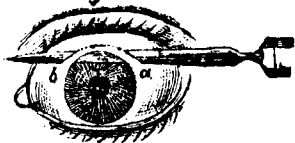
Teraz przystępujemy do opisanja samej operacyi: po ułożeniu chorego w po-

zycji poziomej na łóżku pozbawioném poręczy tylnej, operator stosownie do tego czy operuje oko prawe lub lewe, siada po za głową chorego albo też na łóżku z lewej jego strony. Po roztwarciu powiek za pomocą roztwórka, lewą ręką ujmuje cążkami zamykanemi łącznicę oka operowanego, tuż pod błoną rogową, a upewniwszy się, że cążki silnie ujęły niepodatną w wyżej wymienionem miejscu łącznicę, zaciąga gałkę ku dolnej powiece, odkrywając sobie w ten sposób górne połączenie rogówki z twardówką, miejsce w którém operacya się odbywa. Nożyk mniejszy, gdy zaciemek nie ma zbyt wielkiego jądra, a większy gdy jądro jest bardzo wielkie, ujęty w prawą rękę i trzymany ostrzem ku górze, a płaszczyzną naprzód, wklęwa się w samą granicę twardówki i rogówki, a więc o dobrą linię od brzegu widzialnego tej ostatniej w punkcie *a* (Fig. 11), w ten sposób wchodzi się do komórki przedniej u samej jej granicy tylnej, a więc tam gdzie się tęcza przyczepia; następnie przeprowadza się nóż przez komórkę przednią aż do punktu wklęcia *b* odpowiedniego punktowi wklęcia *a*, a więc także o $1 - 1\frac{1}{2}$ ''' od brzegu widzialnego rogówki oddalonego. Nożyk w ten sposób zgodnie z przepisami przeprowadzony, stanowi ostrzem swém styczność do obwodu rogówki, a posuwany naprzód przecina połączenie błony rogowej z twardą; gdy operator czuje, iż połowa tego połączenia już przeciętą została, wówczas zwraca nieco ostrze ku sobie i w tym kierunku nóż dalej posuwając, kończy przecięcie błon twardych, łącznica pokrywająca w tém miejscu połączenie błony twardej z rogową nie przecina się współcześnie z temiż, bo podatniejsza z natury ustępuje przed nożem i zwykle po kilkakrotném tnącym posuwaniu nożyka bardziej ku tyłowi przeciętą zostaje. Po skończeniu cięcia mamy na przestrzeni prawie $\frac{1}{3}$ całego obwodu oddzieloną rogówkę od twardówki, cięciem prawie liniowém, a więc dającym najlepsze do zgojenia się szanse; szanse te tém są lepsze, iż rana rozdzielająca twardówkę od rogówki przykrytą jest małym płatem łącznicy, która jak to powiedzieliśmy wyżej, nieco dalej ku tyłowi przeciętą zostaje. Na tém się kończy pierwszy okres operacyi; teraz operator oddaje zamknięte cążki asystentowi, odkłada nóż na bok i ująwszy małe cążki w lewą a nożyczki w prawą rękę, odwraca cążkami płat łącznicy na rogówkę, a otwartwszy przez to przystęp do rany pomiędzy rogówką a błoną twardą, ujmuje wpadniętą do téjże przy końcu pierwszego okresu

operacyi tęczę, a wyciągnąwszy tę dostatecznie, odcina nożyczkami wzdłuż całej długości rany, starając się wyciąć wszystkie wypadnięte części. Teraz gdy już brzeg soczewki z otworem oka bezpośrednio się styka, operator siada po za głową chorego, jeżeli operuje oko lewe, odbiera cążki zamykane od pomocnika a prawą ręką wprowadza cystotom do komórki przedniej i rozdziela torebkę soczewkową przednią od dołu ku górze, przez całą szerokość w tym kierunku soczewki; następnie zamienia cystotom na łyżeczkę kauczukową i tą naciskając na brzeg dolny rogówki ustawia brzeg górny soczewki w ranie, a poruszając łyżeczką po rogówce zwolna całą soczewkę w ranę wprowadza, zmniejszając nacisk kiedy ta największą swoją grubością już ranę przebyła. Kiedy już soczewka tylko dolnym swym brzegiem w ranie się trzyma, wówczas chwyta ją z boku łyżeczką i odrzuca na stronę. Na tém się kończy operacya; jeżeli się drobne resztki zaciemka dają jeszcze widzieć w źrenicy, wyprowadzamy je lekkim naciskiem łyżeczki na rogówkę, po czém zamykane cążki się otwierają i roztworek odszrubowany ściska się i wyjmuje z oka.

Teraz, gdyście panowie szczegółowo poznali manipulacyę sposobu *Græfe* o, muszę panom wykazać racjonalne podstawy twierdzenia mego, iż sposób ten zapewne zamknie szereg ulepszeń sposobu wydobywania, któremi w ostatnim lat dziesiątku cała postępowo okulistyka tak się gorliwie zajmowała. Opowiadając o samęj operacyi zwróciłem już uwagę panów na zalety cięcia przy tym sposobie użytego; cięcie to daje ranę prawie linjową, koaptacya więc obu brzegów rany po operacyi jest prawie zupełną i wczesne spojenie następuje nader łatwo, zwłaszcza iż ranka przykrytą zostaje płatem łącznicy. Zwracam teraz jeszcze uwagę panów na szerokość rany, która jak to panowie z rysunku widzicie (fig. 11),

Fig. 11.



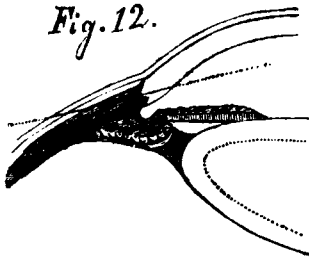
*Rysował i wycinał na drzewie
Karmanaki.*

pomimo to iż jest linjową, takież jest jednak szerokości, iż największe soczewki przez nią z łatwością przejść mogą.

Ale nie na samęj szerokości rany zależy łatwość przejścia przez nią soczewki: w sposobie *Græfe* o wyjście soczewki *całkowite* dla tego tylko jest możebne, że wychodzącej soczewce nic na przeszkodzie nie staje; rogówkę przecinamy na przestrzeni $\frac{1}{3}$ części jej obwodu w miejscu gdzie ta w twardówkę przechodzi, następnie wycinamy na całej tej przestrzeni tęczę, brzeg więc soczewki ustawia się sam w ranie i wyjściu całko witemu tejże z oka najmniejsza nie staje przeszkoda. Najważniejszą więc jest rzeczą rodzaj przecięcia błon twardych, a jeżeli przypomniawszy sobie różne rodzaje narzędzi używanych w tym celu, uwzględniwszy anatomiczne stosunki przedniej części oka, to przekonamy się, że wszystkimi temi narzędziami dogodnej dla przejścia soczewki rany w żaden sposób zrobić nie będziemy mogli, czy to bowiem lancą czy też keratotomem cięcie robimy, w każdym razie jeżeli unikamy zranienia tęczy i soczewki, to część obwodu rogówki będzie musiała przy tylnej ranie pozostać i część ta będzie zawadzała wychodzącej na zewnątrz soczewce; z tego powodu akt ten operacyi rozdrażni oko operowane a przy niezupełnie twardych zaciem-

kach, części korowe w znacznej ilości pozostaną w oku. Tylko tak wązkim nożykiem jakim jest nożyk Graefego możemy zrobić cięcie prawie prostopadłe do powierzchni gałki oka, a więc najbardziej zbliżone do ideału cięcia linowego

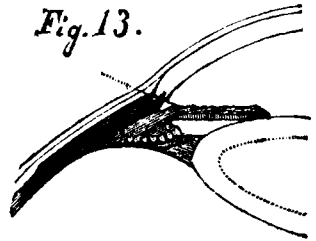
Fig. 12.



Rysowali i wycinał na

i nie obrazimy żadnej z części sąsiednich. Rysunki najdokładniej panom tę różnicę wykazują: figura 12 przedstawia szemat cięcia lancą albo keratotomy, figura 13 szemat cięcia nożykiem Graefego.

Fig. 13.



drzewie Karmański.

Na zakończenie powiem panom jeszcze słów kilka o sposobie operowania zaciemków przez rozdrobienie (*discisio*), który jak to wyżej wspominałem, rodzaj przejścia od sposobu osuwania do sposobu wydobywania stanowi.

Zaciemki mogą być rozdrabiane od tyłu i od przodu, t. j. igłą wprowadzoną przez błonę twardą (*scleroticonyxis*) albo przez rogówkę (*keratonyxis* v. *discisio per corneam*); nad tym pierwszym sposobem zastanawiać się nie będziemy, gdyż obecnie należy on do historycznej i zapomnianej przeszłości; rozdrabianie przez rogówkę na większą zasługuje uwagę, bo jakkolwiek sposób ten daje się korzystnie zastosować tylko przy zaciemkach miękkich, najwyżej zsiadłości stęzającego krochmalu, i tylko u młodych indywiduów, to jednak umiejętnie zastosowany daje on tak doskonałe i tak pewne rezultaty, że pod względem wyników ostatecznych wyżej nawet stoi od sposobu wydobywania.

Sposób ten, jak to na początku wykładu mego powiedziałem, zależy na rozdarcie torebki przedniej i wystawieniu przez to mass pociemniałych soczewki na wpływ cieczy wodnej komórek. Ciecz wodna dostawszy się przez otwór w torebce do wnętrza soczewki sprawia dziwną, niewytłumaczoną dotąd metamorfozę w jej częściach składowych; części przed operacją przezroczyste w bardzo krótkim czasie po operacji dość nagle pociemniają i rozbrzmiewają, części zaś nie przezroczyste rozrzedzają się, rozdzielają na drobne cząsteczki, w końcu zamieniają się w rodzaj emulsji a nareszcie zupełnie giną, wsiąknięte przez chłonicę a może i żyły oczne. W ten sposób po pewnym przeciągu czasu od rozdarcia torebki przedniej, względnie do mniejszej lub większej zsiadłości zaciemka krótszym lub dłuższym (od kilku tygodni do kilku miesięcy), zaciemek znika zupełnie a chory opatrzone właściwymi okularami odzyskuje wzrok zupełnie normalny.

Zaciemki miękkie w ten sposób operowane dają jak najlepsze rezultaty, bo wszystkie wypadki mogą być wyleczonemi prawie ambulatoryjnie: chory po operacji parę dni nie powinien mieszkania opuszczać a następnie powinien tylko pamiętać o wkraplaniu roztworu siarczanu atropiny do oka operowanego, w celu utrzymania źrenicy jak najbardziej rozszerzoną, przez co usuwa się tęgę od wystających z ranki torebkowej rozpulchnionych części soczewki; natura samadokonywa wyleczenia, którego operacja jest tylko początkiem. Ale biada lekarzo-

wi który popełni błąd w rozpoznaniu zsiadłości zaciemka i zaciemek twardej a przynajmniej o twardém jądrze zechce przez rozdrobienie operować; jądro bowiem takie nigdy zupełnemu rozdrobieniu nie ulegnie, a wpadnięte do komórki przedniej w najlepszym razie pozostanie tam przez całe życie chorego unieczystwiając cel założony przez operatora; częściąci jednak jądro te do niewłaściwego dostawszy się miejsca, drażni obecnością swoją sąsiednie części rogówki i tęczy i zgubne dla oka a nader przykre dla chorego sprowadza w tych częściach cierpienia. Przy zaciemkach więc twardej sposób ten nigdy stosowanym być nie powinien, można go jednak zastosować z korzyścią w zaciemkach średniej zsiadłości u osób młodego wieku (np. w zaciemkach warstwowych stacyonarnych), tylko ponieważ się w razach takich przypuszcza nieco twardsze jądro, które dla rozdrobnienia się dłuższego będzie potrzebowało czasu, należy nieotwierać odrazu całej zawartości torebkowej na wpływ cieczy wodnej ale kilku co raz to zwiększaniem rozdarciami torebki przedniej, które można co kilka tygodni powtarzać, stopniowo coraz to nowe masy zaciemka na wpływ rozdrabniający cieczy wodnej wystawiać. W takich razach czasu dłuższego do wyleczenia potrzebować będziemy, ale wyleczenie będzie pewne, bo największe grozi niebezpieczeństwo oku operowanemu od naglego rozbrzmiewających wielkich kawałów otwartęj przez rozdarcie torebki soczewki i od zbyt długiego pobytu tychże kawałów w niezwykłym miejscu t. j. w komórce przedniej, do której przy większym rozdarciu torebki przez rozszerzoną żrenicę koniecznie dostać się muszą.

Manipulacya sposobu tego jest bardzo prosta: po rozszerzeniu żrenicy kilka krotném wklepieniem roztworu siarczanu atropiny (gr. 1 na 3 drachm), co przed każdą operacyą zaciemka uczynić należy, po roztwarciu powiek oka operowanego ujmujemy cążkami unieruchamiającemi łącznicę przy wewnętrznym brzegu rogówki, igłę zaś do tęj operacyi używaną, którą panowie macie przed sobą (fig. 14), wkłuwamy z zewnątrz strony w rogówkę o 1—1 1/2''' od brzegu tejże widzialnego, skierowujemy jęj koniec ostry do środka przedniej torebki i stosownie do rozmiarów rozdarcia jakie zrobić zamierzylimy, rozdzieramy torebkę robiąc w nięj ranę linjową albo krzyżową, poczem wyjmujemy igłę z oka zostawiając resztę naturze.

O opatrunku pooperacyjnym mało mam panom do powiedzenia, ograniczę się bowiem tylko z powodu krótkości czasu na obznajomieniu panów ze środkami pomocy, jakich operowany na zaciemek, przy zupełnie normalnym przebiegu operacyi i zmian pooperacyjnych potrzebuje, przypuszczając, że z nieprawidłowym przebiegiem pooperacyjnym, jak również ze środkami jakich wymagają choroby oczu w następstwie operacyi powstające, obznajomieni panowie będziecie przy wykładzie oftalmologicznym ogólnym.

Po zoperowaniu zaciemka, którymkolwiek bądź ze sposobów wyżej wymienionych, a zwłaszcza po operacyach wydobywania, konieczném jest wywieranie umiarkowanego ucisku na oko operowane. Ucisk ten, który za pomocą opaski i skubanki wywieramy z jednéj strony unieruchamiając oko, ułatwia wczesne

Fig. 14.



Rysował i wycinał na
drzewie Kurmański

spojenie, z drugiej zaś ogranicza zbyt znaczny krwi przypływ, jaki koniecznie do oka operowanego miałby po operacji miejsce; nie tylko bowiem rany zadane oku bezpośredniego krwi przypływu muszą być powodem, ale samo otwarcie oka na tak wielkić przestrzeni i zmniejszenie jego zawartości o całą ciecz wodną komórek i soczewkę ¹⁾, połączone ze znaczném zmniejszeniem śródocznego ciśnienia, musi przekrwienie naczyń błon ocznych (naczyniówki i tęczy) spowodzić. Ucisk ten jednak, jeżeli ma być zbawienny, powinien być umiejętnie i starannie wywierany; położywszy garść skubanki na zamknięte powieki i przycisnąwszy ją opaską, największy ucisk na najbardziej wystającą część oka wywierać będziemy, a przez to nie tylko że nie zbliżymy brzegu rany do siebie, ale przeciwnie naciskając na środek rogówki, najbardziej oddalimy je od siebie, a w razach gdzie z powodów wadliwego odżywiania ciała mamy powody obawiania się zgorzeli części rogówki od naczyń odżywczych odciętej, takim naciskiem nie tylko że przewidywanych następstw operacji nie usuniemy, ale przyczynimy się owszem do ich zwiększenia.

Nacisk, jeżeli ma być zbawiennym, powinien być pośrednio przez powieki wywierany: po operacji opatrujemy dokładnie oko zwracając uwagę na stosunek obu brzegów rany w rogówce, wyjmujemy skrzepy krwi, które utworzywszy się w czasie operacji trzymają się rany przylegając do brzegów téjże i zamykamy oko niedozwalając choremu zbyt znacznyć powiek ściskania; następnie przykrywszy powieki kawałeczkiem cieniutkiego płótna, układamy skubankę w drobnych kłaczkach okrągłych $\frac{1}{2}$ " w średnicy mierzących, a przed operacją w wystarczającej przygotowanych ilości. Krążki skubanki układamy naprzód w okolicy obu kątów oka, gdzie przy zamkniętych powiekach największe widzimy zagłębienia; gdyśmy oba kąty a mianowicie wewnętrzny wypełnili, tak iż skubanka wyżej sięga niż oka wierzchołek, wówczas zapelniamy wszystkie inne wgłębienia i coraz większe krążki skubanki kładziemy po wierzchu tak długo, aż masa skubanki wyższą jest o $\frac{1}{2}$ " od brzegów oczodołu i tak jednostajnie ułożoną, iż ręka na nią położona czuje tylko jedną płaską i równą powierzchnię, wówczas przyciskamy ją opaską.

Najlepsze opaski są flanelowe na 6 łokci długie a na 1" szerokie, cienka flanela bowiem jest w wysokim stopniu elastyczną, a zarazem chropowatością swoją trzyma się dokładnie powierzchni, na której jest nawinięta i nie luzuje się tak łatwo jak opaski niciane. Opaskę tedy taką zaczynając od policzka strony operowanej, robimy najprzód jeden zakręt wstępujący przez dolną część skubanki oko pokrywającą na głowę, kończąc go pod uchem strony operowanej; przykrywamy go drugim podobnymże, a następnie dla utwierdzenia obu pierwszych zakrętów robimy trzeci obrączkowy pomiędzy uszami a guzami bocznymi (tubera parietalia) głowy, następnie robimy znowu dwa zakręty wstępujące, przykrywając temi coraz to wyższe części skubanki na oku leżącą i naciągając opaskę coraz to mocniej, a kończymy cały opatrunek jeszcze jednym zakrętem obrączkowym, przypinając koniec

¹⁾ Tetzer opierając się na dokładnych wymiarach Arlta (Wien. Allg. Med. Ztg. Rok. 1862 n. 1) twierdzi iż ciecz wodna stanowi $\frac{1}{9}$ — $\frac{1}{10}$ całej zawartości oka, soczewka zaś przynajmniej tyleż.

opaski szpilką w miejscu skrzyżowania się zakrętów ¹⁾. Układając w sposób wyżej opisany skubankę i związując opaską, naciskamy przedewszystkiem w obu kątach oka na powieki, a dopiero te ostatnie naciskają jednostajnie na oko, prowadząc nas do celów które zamierzaliśmy.

Opaskę zdejmujemy w 9—12 godzin po operacji; badamy stan oka najlepiej przy sztuczném świetle, które znacznie mniej razi oko operowane niż dzienne, wpuszczamy kroplę roztworu siarczanu atropiny w wyżej podanym stosunku i nakładamy nowy opatrunek; na drugi dzień postępujemy podobnie, zmieniając opatrunek co 12 godzin i nie pozwalając choremu robić żadnych ruchów dowolnych. Nie będziemy jednak tak okrutni, żeby chorego przez cały ten czas trzymać w położeniu (na wznak) jakie ten przybrał po operacji, owszém już wieczorem pierwszego dnia pozwolimy mu poleżeć kilka godzin na stronie nieoperowanej, z tém jednak żeby chory sam téj nowéj pozycyi nie przyjmował, ale żeby go posługacze zwolna przemieszcili; tak samo w drugim dniu postępujemy. W trzecim dniu po operacji pozwolimy już siedzieć na łóżku przez kilka godzin, a zmieniając do 6go dnia opatrunek dwa razy dziennie, po tygodniu będziemy mogli chorego z łóżka wypuścić, zakrywając tylko oko operowane od zbyt rażącego dziennego światła czarnym jedwabnym fartuszkim. Po dwóch tygodniach chory dostaje konserwy i jeżeli przebieg leczenia pooperacyjnego był zupełnie normalny może wychodzić z mieszkania, a w ocienioném i zaciszném miejscu po kilka godzin na świeżém przepędzać powietrzu. Po trzech tygodniach chory już naszćj nie potrzebuje pomocy.

Statystyka w medycynie utwierdza przypuszczenia, dodaje wiarogodność; twierdzeniom, a zarazem zwala dowodzenia niezasłużoną ciesząc się wziętością, dla tego w ciągu wykładu mego ściśle przytrzymywałem się danych statystycznych, na nich głównie twierdzenia moje i rozumowania opierając. Dla uzupełnienia całości uważam za potrzebne wyliczenie panom dat statystycznych z wiarogodnych poczerpniętych źródeł, a odnoszących się do operacji zaciemka rozmaitemi wykonywanych sposobami, po których przejrzeniu wartość tych rozmaitych sposobów dokładnie ocenić panowie będziecie mogli.

Statystyka operowanych przez osunięcie i usunięcie.

Fr. Jäger ²⁾ na	129	operowanych	21	nieudanych	czyli	16 $\frac{1}{0}/0$
Edw. Jäger ³⁾ na	81	„	12	„	„	15 $\frac{0}{0}$
Arlfa ⁴⁾ na	154	„	9	„	„	6 $\frac{0}{0}$
Rivaud-Landrau ⁵⁾ na	177	„	50	„	„	30 $\frac{0}{0}$
W ogóle . . . na	541	„	92	„	„	17 $\frac{0}{0}$

¹⁾ Ponieważ oba oczy współcześnie się poruszają, więc dobrze jest przez pierwsze 2 dni po operacji zawiązywać i oko nieoperowane.

²⁾ Disert. inaugural. Wien 1844.

³⁾ Ueber Staar und Staaroperationen 1854.

⁴⁾ Lehrbuch der Augenkrankheiten 1855.

⁵⁾ Annales d'oculist. T. 47 str. 65.

Statystyka operowanych przez wydobycie z cięciem płatowém.

Fr. Jäger l. c. na	783	operowanych	33	niedanych	czyli	4 $\frac{0}{0}$
Edw. Jäger „	114	„	7	„	„	6 $\frac{0}{0}$
Arlt'a „	705	„	34	„	„	5 $\frac{0}{0}$
Riv.-Landrau. „	2073	„	201	„	„	10 $\frac{0}{0}$
Gräfe'go ¹⁾ „	1600	„	112	„	„	7 $\frac{0}{0}$
Jacobsohn'a „	105	„	4	„	„	4 $\frac{0}{0}$
Moren'a ²⁾ „	271	„	19	„	„	7 $\frac{0}{0}$
Moja „	79	„	10	„	„	12 $\frac{2\frac{0}{3}}{0}$
	5730		420			7 $\frac{1\frac{0}{3}}{0}$

Statystyka operowanych sposobem Gräfe'go.

Gräfe'go ³⁾ na	300	operowanych	8	niedanych	czyli	2 $\frac{2}{3}$
Mooren'a l. c. „	102	„	3	„	„	3 $\frac{0}{0}$
Moja „	49	„	2	„	„	4 $\frac{0}{0}$
	451		13			3 $\frac{0}{0}$

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.
od dnia 12 Maja do 18 Czerwca (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	542	144	153	28	302
„ Sgo Ducha	130	47	36	2	139
„ Ewangelickim	6	18	10	1	71
„ Sgo Rocha	75	28	22	7	73
„ Sgo Jana Bożego	169	1	3	1	166
„ Sgo Łazarza	311	42	51	2	310
„ Starozakonnych	345	107	106	3	343
Ogółem:	1638	385	381	45	157

Wiadomości bieżące.

— W z. wtorek (4 czerwca) odbyło się ogólne posiedzenie Tow. lek. warszaw., na którém Prof. Girsztowt czytał wspomnienie o życiu i pracach ś. p. Andrzeja Janikowskiego; rozprawa ta drukowaną będzie w Pamiętniku Tow. lek. war.

— Rozprawa: „O oddechu krtaniowym czyli tak zwanym oskrzelowym (respiratio bronchialis)“ prof. Dra Bronisława Chojnowskiego sprzedaje się w Księgarni Gebethnera i Wolffa. Cena 30 kop. sr. za egzemplarz.

— Otrzymaliśmy wiadomość, iż pan Koope, właściciel apteki na Nowym-Świecie, otrzymał już zamówioną z zagranicy kurację. Słoik zapieczętowany 1 gram kurary mieszczący, kosztuje 5 rs., zaś 1 gran 37 $\frac{1}{2}$ kop. sr. W miarę zwiększania się potrzeb, ceny te jeszcze obniżone będą być mogły.

— † Chirurgia niemiecka ciężką poniosła stratę. Dr. C. O t t o W e b e r, Prof. chirurgii w Heidelbergu, po kilkuninowej chorobie (difterytyczne zapalenie gardła) umarł w d. 11 b. m. w 39 r. życia. Prof. W e b e r stał na czele młodej, nielicznej jeszcze szkoły, która do chirurgii zdołała wcielić chemię, mikrografię i anatomię patologiczną, i która na podstawie ich objaśniając sprawy patologiczne, tak wysoko postawiła w ostatnich czasach chi-

¹⁾ Arch. f. opht. T. XI. III str. 7.

²⁾ Ophthalmische Beobachtungen Berlin 1867 str. 220.

³⁾ Arch. f. opht. T. XII, I. str. 151 i osobiste wyjaśnienia.

rurgię niemiecką. Weber, uczeń Wutze'a i Busch'a, od r. 1850 w ciągu lat 7miu był asystentem kliniki chirurgicznej w Bonn, następnie został tamże professorem anatomii patologicznej, a dwa lata temu powołany był na profesora chirurgii do Heidelberga na miejsce Cheliusa, sędziwego nestora chirurgów niemieckich. Z licznych prac Webera wymienimy: 1) *Die Exostosen und Eochondrome* (Bonn 1856), 2) *Chirurgische Erfahrungen und Untersuchungen* (Berlin 1859), 3) *Willkürlich der allgemeinen und speziellen chirurgie* (redag. przez v. Pitha i Billroth) większa część chirurgii ogólnej, oraz choroby skóry, nerwów i naczyń są pióra Webera. Na wszystkich pracach znakomitego profesora wycisnięte jest piętno ścisłej sumienności naukowej. Nie mniej bolesną poniosła stratę chirurgia francuzka w osobie prof. Follin'a prezesa towarzystwa chirurgicznego w Paryżu. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności dwaj ci znakomici chirurdzy w studiach swoich poszli jedną drogą, w jednym kierunku: nie tylko krzewić, rozpowszechniać wiedzę, ale zarazem i wzbogacać ją własnymi odkryciami było ich wspólnym zadaniem. Skoro Lebert i Robin zaczęli uprawiać mikrofagię we Francji, wnet Follin oddał się jej z całym zapalem i naukę o nowotworach na nowych zbudował zasadach; skoro Helmholtz wprowadzając Oftalmoskop nowe rzucił podwaliny patologii chorób wnętrza oka, we Francji pierwszy Follin zrozumiał całą doniosłość nowego odkrycia, zbadał je i w części udoskonalił. Słowem niebyło przedmiotu na naukowym porządku dziennym, do którego by Follin nie przyłożył swęj mistrzowskiéj ręki: on wspólnie z Broca i Verneuil utworzyli tryumwirat, którego prace wydały już tak zwaną „jeune école de Paris.“ Widownią działalności Follina były amfiteatr, pracownie, szpitale, biblioteki, ztąd to we wszystkich jego pracach poznajemy w nim dzielnego anatoma, experymetatora, klinicistę, operatora. Follin był współredaktorem powszechnie szanowanego pisma „Archives générales de médecine,“ i oprócz wielu monografij i artykułów zaczął wyławać „Traité élémentaire de pathologie externe,“ którego wyszły dwa tomy (chirurgia ogólna i choroby tkanek).

Sprostowanie. W nr. 49 Gaz. lek. na str. 779, wiersz 5-ty od góry zamiast „Principe pence“ czytają: Principe puce; wiersz 20-ty od góry zamiast „czystego mięszania“ czytają częstego mięszania; na str. 780, wiersz 12 od góry zamiast „klaczka z tego osadu“ czytają: klaczkowatego osadu; wiersz 20-ty zamiast „ugrupowanych wgniazdka“ czytają: ugrupowanych w gwiazdki; na str. 781, wiersz 18 od góry zamiast „z chlorkiem wapna“ czytają z chlorkiem wapienia (Ca Cl²). W N. 51 str. 807 w 1ym wierszu zamiast nie ma, winno być nie ma!; — na stron. 809 w 3 wierszu zamiast odd. 38, ma być 28.

Od Redakcyi. Z m. lipcem b. r. rozpoczyna się drugi rok i trzeci tom Gazety lekarskiej, który w tym samym co i dwa pierwsze ściśle naukowym kierunku wydawanym będzie. Redakcyja uprasza szanownych P. T. abonentów, aby dla uniknienia zwłoki w przesyłce pierwszych numerów 3go tomu, raczyli wcześniej zgłaszać się do prenumeraty w miejscowych urzędach pocztowych, lub też wprost do Redakcyi. Przy tém zawiadamia, że zapowiedziana (w osobnym prospekcie) Biblioteka Umiejętności Lekarskich od d. 1 lipca b. r. wychodzić będzie; prenumerata zaś na to pismo w ciągu dalszym aż do ukończenia wydawnictwa, pod tymi samymi warunkami przyjmowaną będzie.

Redaktor odpowiedzialny Prof. **Luczkiewicz.**

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można w Redakcyi, na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Redakcyja Gazety Lekarskiej przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni Gazety Polskiej. — Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.