

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1876 r. rsr. 178 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. sr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. O uszkodzeniach oka, z szczególnym uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich. Przez Dra *Ferdynanda Arlt'a*, prof. okulistyki w Uniw. Wiedeńs. Podał Dr *Jan Buszek* (dalszy ciąg). — Sprawozdanie VII z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1874. Napisał Dr med. *A. Rothe*, Naczelnny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie, Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O wartości leczniczej chininy. Przez Prof. *Binz'a*. Podał Dr *A. Fabian*, lekarz górniczy w Suchedniowie (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. O włóknikowej istocie w miękkiej błonie mózgowej u osób cierpiących na umyśle. Leczenie łysienia ograniczonego. Nauka o chorobach kobiet. Kalendarz lekarski. — Sprostowanie. — Dodatek. Anatomii chirurgicznej T. II, ark. 13 i 14. Anatomii opisowej T. II, ark. 14. Choroby płuc ark. 12. Choroby narządu ruchu ark. 1.

O uszkodzeniach oka, z szczególnym uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich.

Przez Dra *Ferdynanda Arlt'a*, profesora okulistyki w Uniwersytecie Wiedeńskim.

Podał Dr *Jan Buszek*.

(Dalszy ciąg).

Zranienie, a względnie otwarcie torebki objawia się zaraz, albo po kilku godzinach zaćmieniem soczewki. Zaćmienie to jest głównie skutkiem zatkania się w ranie istoty soczewkowej z cieczą wodną, dla tego też występuje naprzód około otworu w torebce, ale niekiedy uważać je należy za następstwo zmiany w położeniu pierwocin tkaniny soczewkowej, a to o tyle, o ile występuje wzdłuż szlaku, którym wpadło ciało obce, albo też daleko od rany, mianowicie w korze tylnej i to w większej rozległości. Przekonanie, że jedyną przyczyną zaćmienia soczewki po uszkodzeniach jest stykanie się soczewki z cieczą wodną, mogłoby łatwo naprowadzić na mniemanie, że niebezpieczeństwo zaćmienia soczewki zostaje w stosunku prostym do wielkości ranki torebki. Im głębiej przy równie wielkiej ranie wpadło ciało obce w soczewkę, i im twardsze są warstwy, które przeniknęło, tém pewniej powstanie rozległe zaćmienie soczewki.

Rokowanie. Zranienie soczewki sprowadza zwykle całkowite zaćmienie tejże z mniej więcej znacznym ubytem.

Wyjątkowo pozostaje zaćmienie częściowém i niepostępuje dalej, a od jego rozległości i od miejsca, które zajmuje zawisło rokowanie pod względem widzenia, o ile soczewka ma w niem udział. Takie zaćmienie częściowe wyjaśnia się niekiedy do pewnego stopnia w ciągu kilku tygodni (Rydel Bericht über die Wiener Augenklinik 1867, p. 87).

U osób młodych ulega soczewka często mniej więcej zupełnemu wessaniu; a jeżeli torebka wycofa się dostatecznie z obrębu źrenicy, może wzrok takiego oka być taki, jak w ogólności oka pozbawionego soczewki (*Aphakia*). Jeżeli zaś torebka zajmuje obręb źrenicy, ucierpieć może wzrok już z tego powodu, że torebka przodkowa marszczy się lekko, przytuliwszy się do tylnej, która nie wiele naprzód występuje.

Po zupełnem ustąpieniu wszelkich przypadków zapalnych można w tych przypadkach zaradzić, rozcinając torebkę (*dissecissio*).

Jeżeli zaś po zagojeniu się rany w torebce pozostaną mniej więcej znaczne szczątki istoty soczewkowej, zawarte między obiema błazkami torebki w obrębie źrenicy, albo jeżeli na tylnej powierzchni torebki przodkowej wytworzą się w skutku wybujania przybłonka i zatrzymania zwapniałych lub stłuszczonych szczątków włókien soczewkowych, złogi przyczępione ściśle do torebki i nadające jej wejrzenie krédowate, ścięgniaste lub chrząstkowate, to nadzieja oczyszczenia źrenicy będzie tém słabszą, im zbitszą jest błona, tudzież im mocniej przyczępioną jest na obwodzie do wyrostków rzęskowych, albo ku przodowi do tęczówki lub do blizny rogówkowej. Niekiedy uda się w tych przypadkach po mocnem rozszerzeniu źrenicy wykryć jakieś miejsce, w którem ta przepona jest znacznie cieńszą, tak iż przepuszcza może jeszcze światło czerwone odbite od dna oka. W takim razie może wycięcie kawałka tęczówki, uskutecznione przed tem miejscem, zasługiwać na pierwszeństwo przed rozcięciem, rozerwaniem, albo wydobyciem zbitej, grubiej części błony.

Pominąwszy nawet zupełnie te wypadki, w których obce ciało tkwi gdzieś po za soczewką, pominąwszy równoczesne obrażenie rogówki, tęczówki i ciała rzęskowego, uważać należy oczy z soczewką zranioną za zagrożone wielkiem niebezpieczeństwem, jeżeli nie zatracone zupełnie, a to już li z powodu ucisku, jaki soczewka wystawiona na działanie cieczy wodnej wywiera na rogówkę, tęczówkę, albo na ciało rzęskowe skutkiem nagłego pęcznienia albo zwichnięcia. Chociaż oko takie nie zniszczeje całkowicie, jak to często bywa skutkiem zapalenia z wypociną włóknikową albo ropną, chociaż nawet soczewka po długich cierpieniach wessie się nareszcie, to oko oślepnąć może przecież w skutku wydrążenia uciskowego tarczy nerwu wzrokowego, albo w skutku rozległego zapalenia naczyńki z następowym zanikiem siatkówki.

Zważywszy, że naprężenie torebki przypłaszcza ciągle soczewkę do pewnego stopnia, że więc miękka istota korowa i torebka uciskają się nawzajem, tudzież że kora soczewki wystawiona na działanie cieczy wodnej pęcznieje mniej

lub więcej, i to tem naglej, im mniej jest zmniejszoną w skutku dawniejszego zaćmienia, a tem bardziej, im więcej powierzchnia styka się z cieczą wodną, zrozumieć łatwo, że przez każdą ranę w torebce dostatecznie dużą, ażeby przez nią wydobywać się mogła osnowa soczewki, dostać się mogą jej części do cieczy wodnej, tudzież, że otwór w torebce łatwo powiększać się może, o ile ciecz wodna ma przystęp do kory znajdującą się za tym otworem. Skutkiem tego występuje przez otwór w torebce zaćmiona istota soczewkowa w postaci płatków albo stożków, którego podstawę i wysokość (w kierunku ku rogówce) oznaczyć można dość dokładnie, zwłaszcza przyglądając się z boku i przy oświetleniu ogniskowem.

Podczas wsysania okruchów soczewki wysterczających do komórki przedkowej, albo nawet wypadłych na jej dno, bywa oko zadrażnione (nastrzykanie naczyń rzęskowych, łzawienie i światłowstręt) i dla tego łatwo wystąpić może zapalenie tęczówki. W miarę, jak się coraz nowe cząstki soczewki zwolna wysuwają, maleje soczewka w wymiarze równikowym, ale prawie nigdy nie ulega zupełnemu wyparci i wessaniu: zanim bowiem znikną wszystkie szczątki, przytula się torebka przedkowa do tylnej i tworzy razem z nią mniej więcej płaską przegrodę pomiędzy ciałkiem szklanem a cieczą wodną, rozpiętą za pomocą obwódki Zinna między szczytami wyrostków rzęskowych. Przegroda ta zawiera pomiędzy dwiema swojemi blaszkami istotę soczewkową mniej lub więcej przeobrażoną, a w przypadkach pomyślnych tworzy ją właśnie w obrębie źrenicy sama tylko torebka tylna, po uprzednim zwinięciu i cofnięciu się ku obwodowi torebki przedkowej, w środku przerwanej.

W przecięciu potrzeba 2 do 3 miesięcy czasu na osiągnięcie tego najpomyślniejszego wypadku zranienia soczewki z rozdziawioną raną torebki, jeżeli zraniony ma więcej niż 25 lat, a zatem jądro soczewki mniej więcej twarde, upłynąć może dwa razy tyle czasu, albo też może wcale nie przyjść do zupełnego wessania soczewki (Porów. ustęp ostatni o pęcznieniu soczewki).

Przebieg pomyślny właśnie co opisany, zatrzymać się może każdej chwili, jeżeli ranka w torebce zasklepi się za pomocą cienkiej, przezroczystej błonki, którą wytwarza (niekiedy przynajmniej) sama torebka, gdyż w niektórych przypadkach powstaje ona z pewnością bez przyrośnięcia tęczówki do torebki i bez złogów wycięcia tęczówkowej. Po największej części zasklepiają się w ten sposób tylko małe ranki kłute, albo cięte. Istota soczewkowa, albo nie występuje wcale w takich przypadkach z otworu w torebce, albo też występowanie jej dalsze zostaje wstrzymane, w cieczy wodnej nie ukazują się nowe części, poczem soczewka zmniejsza się jeszcze nieco, a ostatecznie pozostaje zaćma mniej lub więcej zeszcupiała, która się już dalej nie zmienia. Dłuższe rany liniowe, albo rany o brzegach strzępiastych zwykły tylko wtedy zasklepiać się w sposób wzmiankowany, albo też za pomocą nieprzezroczystej masy (łącznotkankowej) i to częstokroć już wcześniej, jeżeli się stykają z brzegiem źrenicznym lub z częścią tęczówki zranioną, albo jeżeli w skutku zapalenia rogówki, tęczówki, ciała rzęskowego osadzi się wycięcia włóknikowa w ranie torebki.

Często wytwarza ciało rzęskowe taką wypocinę w komórce tylnej. Wypocina ta przeobraziwszy się w tęgie błony wygarbia najpierw tęczówkę, a następnie tworzy nierozzerwalne przyczepy pomiędzy torebką mniej więcej zawędlą i skutkiem złogów na powierzchni wewnętrznej zgrubiałą, a wyrostkami rzęskowemi. Przyczepy takie rozpoznać już można niekiedy rozszerzywszy źrenicę, niekiedy atoli dopiero podczas usiłowanego usunięcia takiej zaćmy z obrębu źrenicy.

Po przypadkach, w których między zaćmą urazową a tęczówką, lub wyrostkami rzęskowemi wytwarzają się przyczepy, idą te, w których, jak już powyżej nadmieniono, powstaje rodzaj powrózka bliznowatego pomiędzy torebką a blizną rogówkową (najczęściej także jakąś częścią tęczówki). Tkanka bliznowata najgrubsza przy rogówce, rozpościera się najczęściej wachlarzowato na mniej więcej znaczną część torebki. Jeżeli w takich przypadkach jest jeszcze jakaś część brzegu źrenicznego wolną, jak się to dość często wydarza, łatwo znaleźć można miejsce (zwłaszcza po wycięciu kawałka tęczówki, które i tak może być potrzebnem), w którym pozostała istotę soczewkową osłania torebka prawidłowa, a rozcinając takową można ułatwić wessanie.

Jakkolwiek większe rany torebki zwłaszcza z brzegami strzępkowatemi sprzyjają zupełnemu wessaniu soczewki i następowemu wycofaniu się torebki przodkowej z obrębu źrenicy, to pominąwszy nawet zranienie rogówki, tęczówki i t. d., uważać je przecież należy za niebezpieczne z tego powodu, ponieważ bardzo łatwo sprowadzają gwałtowne pęcznienie soczewki z jego następstwami. Soczewka stykając się na większej powierzchni z cieczą wodną pęcznieje równocześnie w wielu miejscach i uciska tём samém nie tylko tęczówkę, a nawet wyrostki rzęskowe, ale wszystkie błony oka (podwyższenie ucisku śródocznego) i sprowadza zboczenie w krążeniu krwi.

O drażnieniu mechaniczném tęczówki przekonywa np. ta okoliczność, że jeżeli okruch soczewki wypadnie do komórki przodkowej, to nastrzykanie rzęskowe występuje często tylko w kierunku odpowiednim temu miejscu, w którym ten okruch uwiązał między tęczówką a rogówką. W innych przypadkach zostaje tęczówka w całości lub tylko częściowo wypartą ku przodowi. Miejscowe zadrażnienie ciała rzęskowego oznajmia się częścią miejscowem lub przynajmniej miejscowo silniejszym nastrzykaniem rzęskowem, częścią zaś zwiększoną tkliwością miejsca zajętego przy dotknięciu. Sprawa zapalna w tęczówce lub w ciałku rzęskowem, objawia się nadto bardzo częstem zebraniem ropy (*hypopyum*), a zastój w naczyniach zebraniem krwi w komórce przodkowej (*hyphaema*). Podwyższenie ucisku śródocznego zrządza bolesność gałki ocznej tak dobrowolną, jak i przy ucisku, bóle rozechodzą się w kierunku 1-jej i 2-jej gałęzi nerwu troistego; oko łzawi mocno, jest bardzo drażliwe na światło i wyraźnie twardsze; obrzęklina spojówki gałkowej, a nawet powiek wskazuje już wielkie niebezpieczeństwo utraty wzroku, zagrażającej skutkiem gwałtownego zapalenia jagodówki lub ugniecenia siatkówki, a względnie nerwu wzrokowego.

Lubo znaną jest rzeczą, że u dzieci przebieg ran w ogólności bywa względnie pomyślniejszy, to przecież właśnie co do obrażeń, a mianowicie co do pęcznienia soczewki w szczególności uwydatnić muszę, że dzieci i osoby młodociane znoszą tak uraz mechaniczny tęczówki i ciała rzęskowego, jako też podwyższenie ucisku śródocznego nierównie lepiej, aniżeli ludzie wieku dojrzałego, a tembardziej starcy. Wprawdzie skłonniejszą jest soczewka miękka do nagłego pęcznienia od soczewki z jądrem twardym; ale z jednej strony odbywa się wymiana materii (a więc i wsysanie) nierównie raźniej w wieku młodocianym aniżeli w późniejszym; z drugiej zaś strony tłumaczy zjawisko wspomniane większa u osób młodych podatność ścian gałki ocznej. Oceniając jakieś uszkodzenie i jego następstwa uwzględnić trzeba oczywiście to „szczególne usposobienie.“

Leczenie. Po stwierdzeniu rany torebkowej aż do chwili zasklepienia się takowej najważniejszem ze względu na soczewkę zadaniem leczenia jest nie dopuścić, o ile tylko można, wytworzenia się przyczepin tylnych, porozrywać już wytworzone (za pomocą roztworu atropiny pilnie zapuszczanego), a zapobiegać następstwom drażnienia mechanicznego (tęczówki, ciała rzęskowego), lub wygórowania ucisku śródocznego, a przynajmniej łagodzić takowe (za pomocą środków przeciwzapalnych i kojących).

Jeżeli mocne pęcznienie soczewki zagraża lub zgoła już wystąpiło, jeżeli się zanosi na zapalenie tęczówki lub ciała rzęskowego, czy to z powodu pęcznienia, lub równoczesnej zmiany w położeniu soczewki, czy też z powodu zranienia tęczówki (ciała rzęskowego), albo jeżeli takie zapalenie już wybuchnęło, wskazane jest przede wszystkim energiczne użycie środków przeciwzapalnych, nawet w celu zapobiegawczym. U osób silnych, dorosłych usprawiedliwionem będzie upuszczenie krwi ogólne, zresztą zaś dostatecznym będzie miejscowe (na skroni, za uchem). Gwałtowne pęcznienie soczewki razem z jego następstwami powstrzymują najdzielniej, jak tego często doświadczyłem, okłady lodowe, stosowane bez przerwy (najlepiej za pomocą małych woreczków). Obok tego nie należy zaniedbywać wstrzykiwań podskórnych morfiny w razie silnych bólów, a wodnika chloralu w razie bezsenności.

Niekiedy można przypadki i niebezpieczeństwo pęcznienia znacznie zmniejszyć, wypuszczając zwolna ciecz wodną. Ustaliwszy należyście głowę, powieki i gałkę oczną, jeżeli potrzeba po znieczuleniu chorego, skutecznie się nożykiem grotowym zakrzywionym cięcie na 4 do 5 mm. długie w takim miejscu na brzegu rogówki, ażeby można spodziewać się, że cofając ostrze zwolna (nie skręcając go około osi i wystrzegając się wszelkiego ucisku na oko), wypuści się tylko ciecz wodną, a uniknie wejścia się w ranę okruchów soczewki.

Taki upust, który łatwo można otworzyć kiedy niekiedy za pomocą łyżeczki Daviela, nie tylko zmniejsza ucisk śródoczny na niejaki czas, ale ułatwia nadto wessanie soczewki. Nadmienić tu muszę mimochodem, że sposób ten zalecony naprzód przez Wernek'a z Salzburga, przydatny jest i w tym przypadku, gdy pożądanem jest pobudzenie wsysania soczewki, powstrzymane-

go przez zasklepienie się ranki w torebce; albowiem błonka zamykająca otwór w torebce pęka w chwili odpływania cieczy wodnej, z powodu, iż ciało szklane prze ku przodowi wszystko, co się przed niem znajduje.

Wydalenie soczewki przez podobną lecz nieco większą ranę, uważać należy za środek wątpliwy, rzadko bowiem uda się wydalić całą soczewkę w całości, a nawet po największej części, a tem samem usunąć niebezpieczeństwo wynikające z drażnienia mechanicznego i z podwyższenia ucisku śródocznego; niebezpieczeństwo to może się nawet zwiększyć. Tylko w takim razie lepszym jest ten środek wątpliwy niż żaden, gdy jądro twarde uwięzło w źrenicy, lub gdy soczewka wypadłszy do komórki przodkowej wzniecać zaczyna przypadki zatrważające.

Jeżeli brzeg źreniczny przyrósł do torebki nie tu i owdzie, ale na większej przestrzeni, albo jeżeli naprężenie przyrośniętej części uważać musimy za jedyną albo pr eważną przyczynę objawów ustawicznego zadrażnienia lub zapalenia, a może nawet wygórowania ucisku śródocznego, to najlepiej będzie wyciąć duży kawałek tęczówki. W ogólności lepiej jest i w tym przypadku nie kusić się o wydalenie soczewki, gdyż zazwyczaj nie uda się jej wydalić w zupełności tak samo jak przy prostem przecięciu rogówki.

Jeżeli zwłoka nie grozi niebezpieczeństwem a tęczówka jest mocno rozpulchnioną i obfituje w naczynia, należy czekać póki nie zajdzie w tym względzie zmiana na lepsze; inaczey wytnie się mały tylko kawałek kruchej tęczówki, a sprowadzi natomiast obfity krwotok do komórki przodkowej.

Oczy, w których po obrażeniu torebki zanosi się na zupełne lub częściowe wessanie soczewki, są zadrażnione nawet w tym razie, gdy się nie wytworzyły przyczepiny tylne i to dopóty, dopóki się rana w torebce nie zamknie znów zupełnie, czy to za pomocą błonki, czy też w skutku zlepiania się torebki przodkowej z tylną. Aż do tego czasu należy trzymać chorych pod dozorem lekarskim, łagodzić światło za pomocą okularów ochronnych i unikać natężania akomodacyi oka drugiego.

Niekiedy zamyka się rana torebki tylko pozornie, a drobna jakaś okoliczność np. uciśnienie oka, sprowadza znów otwarcie się ranki, wystąpienie lub wypadnięcie istoty soczewkowej razem z jego następstwami. Jeżeli zaś wytworzyły się przyczepiny tylne, albo zgoła przyrósł cały brzeg źreniczny (*seclusio pupillae*) zagraża oku niebezpieczeństwo przewłocznego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, póki się nie wykona iridektomii w sposób odpowiedni.

Co do sposobów operowania różnych postaci zaćmy wzrokowej odesłać muszę czytelnika do podręczników i dzieł o operacyach ocznych. Od lekarza nie oddającego się okulistyce i operacyom ocznym można tylko wymagać, aby musiał rozstrzygnąć, czy jest nadzieja przywrócenia jakiego takiego wzroku za pomocą operacyi, a do tego potrzeba przedewszystkiem, ażeby chory, jeżeli pozbawiony jest widzenia jakościowego (t. j. zdolności poznawania postaci przedmiotów) dostrzegał blask płomienia świecy na 15—20', tudzież żeby położenie płomienia świecy pomykaney w różnych kierunkach od obwodu ku środkowi

pola widzenia dokładnie rozeznał, t. j. wskazywał miejsce, w którym się znajduje, a nie podawał tylko, że ma uczucie jasności lub ciemności.

B. Rany z pozostawieniem ciała obcego.

§ 25. Uwagi ogólne. Pytanie, czy się ma do czynienia z ciałem obcym na gałce ocznej, w niej samej, obok niej, albo po za nią rozstrzygnąć można niekiedy bardzo łatwo, niekiedy zaś dopiero po najogłędniejszym i najstaranniejszym zbadaniu i uwzględnieniu wywiadów, a zdarza się, że na pewne orzeknąć można dopiero po dłuższem spostrzeganiu uszkodzonego. Jeżeli ciała obcego ani widzieć, ani wymacać nie można, ma się rzecz tak samo z oznaczeniem jego siedliska i przymiotów fizycznych, które stanowczo wpływają na rokowanie i leczenie. Odniesienie jakiegoś zboczenia czynności lub zapalenia do ciała obcego utrudnia niekiedy ta okoliczność, że drobne ciało obce nie sprawiło ani podczas wtargnięcia, ani przez niejaki czas potem żadnych objawów niepokojących. W oczodole zachowują się tak niekiedy nawet większe ciała obce. Prócz tego trzeba pamiętać, że przy zadaniu rany narzędziem, które niewątpliwie napowrót się wydało, mogło pozostać jakieś inne ciało obce, np. oderwana lub złamana rześa, którą porwało z sobą narzędzie, jako też, że prócz ciała obcego widzialnego znachodzić się może drugie niewidzialne.

Gdziekolwiek jest podejrzenie, że ciało obce dostało się do wnętrza oka należy w przypadkach świeżych zbadać napięcie gałki ocznej, bo zmniejszenie napięcia oznacza zazwyczaj przedziurawienie ściany ocznej, a tak w przypadkach świeżych jak i dawniejszych (po zamknięciu rany), należy obejrzeć starannie całą powierzchnię widzialną, mianowicie przy pomocy oświetlenia ogniskowego, aby wykryć świeże lub zabliznione miejsca wnijścia ciała obcego. Blizn w twardówce pozostałych po wtargnięciu drobnego ciała obcego nie można czasem wcale znaleźć. Rzadko znachodzi się je w skórze powiek albo części sąsiednich, a i w tych przypadkach znajdujemy wnijście tylko wyjątkowo po za sklepieniem spojówki. Jeżeli rana albo blizna znajduje się w obrębie rogówki albo brzegu twardówkowego, zbadać należy przy oświetleniu ogniskowem (w świetle wpadającym) i za pomocą wzornika (w świetle przebijającym), czy niema w tęczówce szczelinki albo otworka, które zresztą krew pokrywałby mogła. Zaćmienie soczewki (choć ani otworu, ani blizny w torebce wykazać nie można przy najniższem rozszerzeniu źrenicy za pomocą atropiny) powstać mogło skutkiem samego wstrząśnienia soczewki. Z ran torebki i ich następstw nie można zresztą wprost wnosić o wtargnięciu i przebywaniu ciała obcego w soczewce albo po za nią.

O siedzibie ciała obcego w błonach oka zewnętrznych nabieramy najczęściej dostatecznej wiadomości za pomocą oglądania i macania (palcem lub zgłębnikiem gałkowym). W środkach łamiących stwierdzić możemy jego obecność nawet wtedy, gdy się już zaćmienie wytworzyło, przejmując światłem (przy oświetleniu ogniskowem) obwódkę zaćmioną, chociaż badanie wzornikowe nie prowadzi już do celu. Samo zaćmienie w okolicy rany, jeżeli z nie-

go nie prześwieca ciało obce, nie uprawnia do stanowczego sądu o jego obecności. Gdzie te oba sposoby badania zawiodą, może wykrycie jakiegoś miejsca w przedkowym odcinku twardówki, które się odznacza wyłączeniem albo mocniejszym zaczerwienieniem i zwiększoną tkliwością przy dotykaniu gładkim zgłębnikiem (z kości słoniowej lub kauczuku), pouczyć nas o bliskości ciała obcego.

Wprowadzenie zgłębnika do wnętrza gałki ocznej w celu badania obejść się może bez szkodliwych następstw, chyba tylko przy zachowaniu największej ostrożności. Wywiady zużytkować się dają często, ale wcale nie zawsze w celu oznaczenia siedziby ciała obcego. Może ono bowiem znajdować się zupełnie gdzieindziej, jakby się domyślać należało sądząc według rany zewnętrznej i zeznań chorego, a to z powodu opuszczenia się albo zboczenia od kierunku pierwotnego, co znów pochodzić może ztąd, że gałka oczna zmieniła położenie w chwili wpadania ciała obcego, albo że takowe napotkało na przeszkody w dalszej swąej drodze. Mogło ono także przez odbicie się od ściany naprzeciwległej miejscu wtargnięcia odskoczyć ku temu miejscu, a w powrocie opaść na dół.

Dr Berlin (Arch. f. Ophth. XIII b. 275) słusznie uwydatnia jako oznakę obecności ciała obcego we wnętrzu oka pewną dysproporcją pomiędzy zewnętrznymi śladami obrażenia a stopniem, trwaniem i uporczywością nawrotów zapalenia wewnętrznego.

Z wyjątkiem ziarn szrótu i prochu rzadko oznaczyć można dokładnie przymioty fizyczne, mianowicie postać i wielkość ciała obcego, chyba, że je widać wyraźnie np. w rogówce, komórecie przedkowej, soczewce albo w ciałku szklanem jeszcze przezroczystym. Wielkość jego ocenić można tylko w przybliżeniu z rozmiarów rany, nawet wtenczas, gdy jeszcze jest otwartą, bo ciało obce, jeżeli nie jest kuliste albo kostkowane, wtargnąć może wymiarem najmniejszym, a przy wielkiej sile rzutu rana bywa względnie mniejszą. Szczególnie kapiszony dają powód do błędnego ocenienia pod względem wielkości i postaci. Znajdowano nieraz połówki a nawet całe kapiszony, chociaż domyślano się tylko małych odłamków.

Stwierdziwszy obecność, siedzibę i przymioty fizyczne ciała obcego o ile stwierdzenie dwóch ostatnich jest możliwem, należy sobie zadać pytanie, czy ciało obce pozostawić można, lub czy je koniecznie wydalić potrzeba; a następnie, czy zabiegi przedsięwzięte w celu wydobycia odniosą skutek pewny, lub też czy mogą być, albo nawet prawdopodobnie będą bezskuteczne i czy nie narażą oka na niebezpieczeństwo większe, aniżeli pozostawienie ciała obcego; narreszcie, czy ze względu na niepewność skutku tych zabiegów i ze względu na spodziewane następstwa (tak w razie usiłowania wydobycia, jak i w razie zaniechania) nie byłoby wskazanem wyłuszczenie gałki ocznej zaraz lub po jakim czasie.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

T a b l i c a 10.

Po takim więc przejściu chorób. z końcem m. listopada 1874 r. chorzy pozostali w zakładach przedstawiali następujące formy:

Numer.	Formy pojedynczych chorób.	Razem	
		M.	K.
1	Hysteriasis	—	1
2	Delirium melan. c. mania.	1	3
3	Melancholia	8	19
4	Mania generalis	7	11
5	Mania partialis	9	—
6	Paranoia	16	13
7	Dementia	108	104
8	Dementia c. paralyse	5	1
9	Dementia c. paralyse pr.	20	1
10	Idiotismus	1	2
11	Epilepsia c. vesania	10	19
12	Epilepsia simplex	4	5
13	Observationes	2	3
14	Choroby zapalne i inne	—	—
15	Morsura	—	—
16	Hydrophobia	—	—
Razem		191	182

T a b l i c a 11.

Oznaczająca wiek nowoprzybyłych.

	Obłąkanych.		Epileptyków.		Pokąsanych.		Razem.		
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	R.
od lat 8 do 15	—	3	—	2	—	—	—	5	5
" 15 " 20	6	10	2	6	1	—	9	16	25
" 20 " 25	14	16	1	3	—	—	15	19	34
" 25 " 30	14	25	2	3	—	—	16	28	44
" 30 " 35	26	18	1	5	—	—	27	23	50
" 35 " 40	21	12	1	6	—	—	22	18	40
" 40 " 45	20	6	—	4	—	—	20	10	30
" 45 " 50	12	10	—	3	—	—	12	13	25
" 50 " 60	16	17	1	7	—	—	17	24	41
" 60 " 70	1	5	—	—	—	—	1	5	6
" 70 " 80	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Razem	130	123	8	39	1	—	139	162	301

T a b l i c a 12.

Co do stanu chorych.

	Obląka- nych.		Epilepty- ków.		Pokąsa- nych.		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Żonatyh i zamężnych . . .	50	51	2	10	—	—	113
Wdowców i wdów	2	14	—	6	—	—	22
Kawalerów i panien	78	58	6	23	1	—	166
Razem	130	123	8	39	1	—	301

T a b l i c a 13.

Co do ostatniego pobytu.

	Obląka- nych.		Epilepty- ków.		Pokąsa- nych.		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Z Warszawy	79	63	4	28	1	—	175
Z prowincyi	48	54	4	11	—	—	117
Z Cesarstwa	2	6	—	—	—	—	8
Z zagranicy	1	—	—	—	—	—	1
Razem	130	123	8	39	1	—	301

T a b l i c a 14.

Co do umysłowego wykształcenia.

	Obląka- nych.		Epilepty- ków.		Pokąsa- nych.		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Z wyższem wykształceniem	18	24	—	1	—	—	43
Z średniem „	71	22	2	2	—	—	97
Z niższem „	41	77	6	36	1	—	161
Razem	130	123	8	39	1	—	301

T a b l i c a 15.

Który raz chory przybył do szpitala.

	1 raz		2 raz		3 raz		4 raz		5 raz		6 raz		7 raz		8 raz		9 raz		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Obląkanych . . .	100	103	17	12	10	5	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	253
Epileptyków . . .	6	25	—	7	1	3	—	2	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	47
Pokasanych . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Razem	107	128	17	19	11	8	—	4	2	1	—	—	—	—	1	—	1	2	301

(Dokończenie nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZ

O wartości leczniczej chininy.

Przez Prof. Binz'a.

Podał Dr A. Fabian, lekarz górniczy w Suchedniowie.

(Dalszy ciąg).

Do doświadczeń pierwiastkowych, które rozjaśniają stosunek chininy względem pojedynczych części ustroju, należą i prace Rossbacha co do białka. Używał on białka z jaja kurzego, z cieczy mięśniowej u wołu i z osocza krwi i otrzymał następujące wyniki:

Silnie rozcieńczone, jak woda przezroczyste roztwory, po dodaniu chininy, przy ogrzewaniu już przy daleko niższych ciepłotach mętniały, jak też same roztwory bez alkaloidu. Takie rozczyyny, które z powodu znacznego rozcieńczenia przy wrzeniu nie okazywały zmaćnienia, z dodatkiem kilku miligramów soli alkaloidu mętniały już przy 60°C. Już po dodaniu decimiligramów chininy roztwory okazywały o wiele większą skłonność do ścinania się jak równe im, ale bezchininowe rozczyyny.

Otrzymany osad wymywano wrzącą wodą tak długo, aż płyn odsączony przestał dawać odczyn alkaloidu. Okazało się, że chinina przez białko uwięzioną została. Przyczyną zdaje się być bezpośrednie chemiczne połączenie, bo taki roztwór alkaloidowego białka nie wykazywał już działania na świeże białko.

Podług Gorup-Besaneza, pod wpływem ozonu białko ulega ważnemu przekształceniu. Gdy przez klarowny wodny roztwór przepuścimy powietrze ozon zawierające, to otrzymamy słabo kwaśno oddziaływający płyn, który, przesączony nie mętnieje przy gotowaniu, ani za dodaniem soli metalicznych (z wyjątkiem zasadowego octanu ołowiu). Następuje więc rodzaj zamiany w pepton.

Podług Rossbacha wypadek ten przez dodanie uprzednie do białka soli alkaloidu znacznej ulega zmianie *). Alkaloidowe sole odbierają białku jego powinowactwo do ozonu. Już po lekkim zakwaszeniu ścina się ono, również przy normalnej ciepłocie. Tlen czynny już nie wywołuje powyżej wspomnianej zmiany, jak to się dzieje bez dodania alkaloidu.

Tam, gdzie mówiłem o stosunkach żywej substancji komórkowej do chininy, dotknąłem już nieco tych rzeczy. Powracam tu do nich, bo prowadzą nas one do dalszego pojęcia, dla czego chinina chroni ciała białkowate, zaliczając w to i hemoglobinę, od szybkiej przeróbki w ustroju. Nie tylko więc powstrzymanie rozwoju rozpadowych zaczynów, ale i bezpośrednie osłabienie, wzmożonej przez te zaczyny, czynności tlenu (Schönbein, M. Traube i inni) przy tłumaczeniu przeciwgorączkowych skutków chininy, na uwagę zasługiwaćby powinno. Istota komórkowa sama przez się stawałaby się odporniejszą przeciwdziałaniu gazu, a chinina byłaby prawdziwie owem „roborans“ jak ją chętnie dawniejsza zwała medycyna **).

*) Szczegółowo doświadczenie to robiono ze strychniną i morfiną. Ja jednakże już poprzednio dowiodłem, że używane powszechnie alkaloidy w takich odczynach bardzo do siebie podobne, a Rossbach stwierdził to dla całego szeregu swych poszukiwań, tak dalece, że to, co stosuje się do strychniny i zawsze daleko słabiej niż chinina działającej morfiny, możemy, z tem jednym zastrzeżeniem, zastosować do chininy.

***) Do swych poszukiwań przywiązuje Rossbach poglądy teoretyczne, które tak brzmią w ogóle: Alkaloidy działają trująco, albo, stosownie do dawki i okoliczności leczniczo, ponieważ przechodząc bez rozkładu przez ustrój, mają powinowactwo do pojedynczych narządów najdelikatniejszego utkania i zmieniają takowe chemicznie. Stopień i sposób powinowactwa są różne, z kąd powstaje różnaitość działania. Buchheim rozwija zupełnie podobne poglądy (Ueber die Einwirkung der Arzneimittel und Gifte auf das Nervensystem. Arch. d. Heilkunde XI. 209.

Podług dzisiejszych pojęć, główna część sprawy utlenienia odbywa się w tkankach. Azot moczu i kwas węglany wydechowego powietrza są najwybitniejszymi wytworami tego wewnętrznego czyli komórkowego oddechania.

O wpływie chininy na pierwszą wydzielinę od dawna już posiadamy kilka dziełnych poszukiwań. Ich wyniki są po krótku takie:

H. R a n k e znalazł u zdrowego człowieka po zadaniu 1,2 siarczanu chininy zmniejszenie wydzieliny kwasu moczowego o cokolwiek więcej jak 20%. Zmniejszenie to trwało blisko 48 godzin. Polegało ono nie na utrudnionem wydaleniu, a na zmniejszonym wyrobie. (W białacze śledzionowej, w przepuszczającej gorączce tenże autor stwierdził znaczne pomnożenie).

K e r n e r sam przyjmował (przy zupełnem zdrowiu) 1,6 chlorku chininy i oznaczał wszystkie azotowe składniki wydzielonego moczu. Ogólne zmniejszenie ich ilości wynosiło 24%. Ilość kwasu siarczanego, który w każdym razie jest w większej części pochodnym z białkowatych ciał wyrobem zmniejszyła się o 39%, gdy tymczasem ilość wody w moczu nieco się podniosła. Z u n t z otrzymywał po przyjęciu 1,8 chlorku chininy w trzech szybko po sobie następujących dawkach, zmniejszenie ilości mocznika o 39%. Jest to wypadek średni z 3 dni normalnych i z 4 następnych, podczas których jeszcze się chinina w moczu okazywała. v. B o e e c k stwierdził na psie, po dawkach nie zmieniających na pozór zupełnie stanu zdrowia, zmniejszenie ilości mocznika o 31,5% *).

O drugim ważnym czynniku, kwasie węglanym, nie wiedziano. G. S t r a s s - b u r g podjął w mojej pracowni poszukiwania nad tym przedmiotem, używając cokolwiek w ubocznych warunkach zmienionego przyrządu oddechowego Z u n t z a - R ö h r i g a. Okazało się, że: ani u bezgorączkowego, ani u gorączkującego królika, ilość wydechowego kwasu węglanego nie zmniejszyła się po takich nie trujących dawkach chininy, które dla człowieka na wagę około 60 kilogr. obliczone wynosiłyby po 2,0 grm.

Wynik ten zgadza się bardzo dobrze z wielokrotnie w nowszym czasie stwierdzonem zdaniem, że w gorączce tylko azot, ale nie wydechany kwas węglany ulega pomnożeniu. Wskazuje on dalej — o ile przez porównanie da się to odnieść do człowieka —, że punktów działania tego ochraniającego tkanki alkaloidu nie należy szukać w przeważnym układzie poprzecznie prążkowanych mięśniów; boć ich głównym wytworem nie jest azot moczu, a wydechowy kwas węglany **). Owe komórki więc, w których przeważnie przerabia się białko ulegają działaniu chininy. Badania S t r a s s - b u r g a i innych, przez niego odnośnie wydzielenia azotu, przytoczonych badaczy, do tego ogólnego prowadzą wniosku ***).

*) O chwiejnych wypadkach U n r u h'a porówn. Virch. Arch. Bd. 51. p. 26. Wypadki B ö c k e r a i K ö s t e r a (Med. Ztg. Russlands 1860, 37) podług jedyne o nich sprawozdania (C l a r u s a) są zupełnie bez znaczenia (cf. Canstatt's Berichte 1860. V. p. 130). A w niem nawet nie podana jest dawka używanej chininy.

***) Porówn. Z u n t z und R ö h r i g. Pflüg. Arch. IV. 57. Dalej prace V o i t a, F i c k a, W i s l i c e n u s a i innych.

****) Z łaski autorów, jeszcze podczas druku tych stron, otrzymuję rozprawę: „v. B o e e c k und B a u e r, Ueber den Einfluss einiger Arzneimittel auf den Gasaustausch bei Thieren.“ Zeitschr. f. Biologie 1874, p. 336. Otóż mogę jeszcze przytoczyć tu następujące zdania tej ciekawej pracy:

Chinina w średnich dawkach zmniejsza wydzielanie kwasu węglanego i przyjęcie tlenu, w skutek działania na komórki i zmniejszony tym sposobem rozkład białka. Najprawdopodobniej zmniejszenie wydzieliny kwasu węglanego polega na mniejszym rozkładzie białka; wszakże nie udało się rozstrzygnąć stanowczo, czy czasem i bezazotowe substancje nie w mniejszej ilości rozkładowi ulegają. Stosunek ilościowy przyjętego tlenu i wydzielonego kwasu węglanego nie wiele od stanu normalnego się różni. Przy trujących dawkach powstaje pomnożenie kwasu węglanego na skutek wywołanych drgawek.

Do doświadczeń służyły psy i koty, które tu są o wiele stosowniejsze jak króliki. Szkoda, że nie oznaczono stosunków ciepłoty przed zadaniem i po zadaniu chi-

V. P r a k t y c z n o - l e k a r s k i e w y n i k i. W skutek rozmaitych teoretycznych prac nad chininą poczyniono też obok tego kilka dość ważnych wniosków praktycznych. Winieniem tu najprzód wspomnieć o wynikach leczniczych H e l m h o l t z a, które przyłączyły się bezpośrednio do moich poszukiwań o antyzymozie i razem też z ich dalszym ciągiem ogłoszone być mogły. Chcę mówić o rdzennem wyleczeniu „gorączki sianokosowej“ za pomocą chininy i o pierwszym zarazem i jedynym ścisłym badaniu tego ciemnego cierpienia *). Jako pochodzące z mistrzowskiej ręki podwójnie cenne dla mnie były.

Peryodyczność roczna choroby, obecność niezwykle drobnowidzowych pasożytów w wydzielinie błony śluzowej nosa, powiększenie drażnienia przez ciepło, to wszystko skłoniło H e l m h o l t z a do miejscowego użycia chininy, jako środka przeciw pasożyto-
wego.

Później F r i c k h ö f f e r w Szwabach dostarczył mi drugiego wypadku pozor-
nego wyleczenia. B u s c h w Bonn upoważnia mię do wypowiedzenia, że wyleczył on
dwa wypadki typowego nieżytu latowego za pomocą zastrzykiwań chininy do nosa;
w trzecim przerwano leczenie z powodu gwałtownego palenia, jakie roztwór w nosie
wywoływał. Używa się najlepiej letniego roztworu $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$ $\frac{1}{10}$, wprowadzając takowy za
pomocą grubego, tępego końca irygatora, spokojnym strumieniem—aby się nie do-
stało do nader czulej jamy bębnekowej—przez jedną dziurkę nosa, a wypuszczając przez
drugą **).

Tylko na drodze badania przyjętego przez H e l m h o l t z a mogą być rozjaśnio-
ne warunki powstawania i leczenia gorączki sianokosowej. Okazałoby się wtedy, czy
przyczyna jest zawsze jednakową, czy też może być rozliczną. Przeciw temu ostat-
niemu przypuszczeniu nie przytoczyć nie możemy; a więc raz pasożyty z samoistnym ru-
chem, drugi raz (jak twierdzi B l a c k l e y) drażniący „pyłek nasienny traw i zbóż.“
Przy wyszukiwaniu pasożytów H e l m h o l t z a używać potrzeba najsilniejszych powięk-
szeń drobnowidza. Przeczący wynik B l a c k l e y'a tymczasem więc jeszcze jest bez
znaczenia.

Ze choroba nie może być miejscowym środkiem uleczoną, bo przy niej istnieje
i astma w głębszych drogach oddechowych jest bardzo słabym zarzutem, bo właśnie
a s t m a s i e n n a jest zjawiskiem odruchowym pochodzącem z silnie podrażnionej
błony śluzowej nosa i gardzieli.

W czasie owych pierwszych poszukiwań zarządzałem ambulatorium dzieciennem

niny. Gazy oznaczano w pracowni V o i t a w przyrządzie oddechowym przez niego zbu-
dowanym.

Zaznaczam tu, że w trzech doświadczeniach z silnemi, ale nietrującemi dawkami chi-
niny ubytek w ilości kwasu węglanego wynosił tylko około 8, 14 i 5 od sta, i że monachij-
scy badacze mogli go wyprowadzać tylko ze zminniejszonego rozkładu białka.

*) Cytata B l a c k l e y'a i sąd o metodzie, którą zna tylko ze słyszenia jest bardzo
niedokładny (cf. London 1873, p. 38).

***) Z Hamburga pisze mi D r U n n a o jednym wypadku z r. 1874, o którego le-
czenie byłem zapytywany: „L. ma lat 34, oprócz skłonności do nieżytów zawsze zdrów, od
lat 13 cierpi na gorączkę sianokosową, która zjawiała się corocznie w początku czerwca,
z początkiem upałów, trwała 5 do 6 tygodni i była szczególnie męczącą w skutek napadów
astmatycznych, zjawiających się po jedzeniu i w nocy. Chinina w postaci przestrzyki-
wań ani nie usunęła, ani nie skróciła choroby; ale przyniosła bardzo wielką ulgę
i w s t r z y m a ł a s t a n o w c z o rozszerzenie się cierpienia na narządza oddecho-
we, tak że napady dusznicowe już się nie powtarzały. Chory używał środka tylko w czasie
ciepła i gdy silny nieżyt się zjawiał.“ W Lancet 15 sierpnia 1874 r. znajduje się donie-
sienie pewnego chorego o *perfect success* za pomocą przestrzykiwań 3 lub 4 razy dniem roz-
tworem chininy 1:500 przy również zastarzałem cierpieniu. Po 5 dniach chory mógł za-
prześć leczenie, mimo to, że było to w czasie sianożęci i w okolicy łącznej. Przytaczam
tę ostatnią uwagę z powodu dawnego przypuszczenia, że wyziewy świeżego siana są przy-
czyną tego typowego nieżytu. Zapewne, w obec licznych wypadków u szczerých mieszczu-
chów, co nigdy nie powąchaliby siana, zdanie to zapewne nie jest zasadnem.

uniwersytetu. Wychodząc z faktu, że podstawą koklusu jest zaraźliwa sprawa zakaźna, zapewne miejscowego charakteru, zaprobowałem silnych i k o n s e k w e n t n y c h dawek chininy w tej upartej i ostatecznie przy długim trwaniu groźnej chorobie. Skutek odoowiedział moim oczekiwaniom. Cały szereg późniejszych doniesień potwierdził pierwsze wypadki. Tylko moje objaśnienie leczniczego działania jako zupełnie miejscowego, osłabionem zostało przez postrzeżenie, że i w postaci lawa-tyw chinina wybitnie łagodzący wpływ przy koklusu wywiera. Będzie rzeczą dalszych badań wykazać, gdzie leży słusność. Tyle jest pewnem, że chinina--naturalnie i tu z pewnemi pojedynczemi wyjątkami--okazuje się nie skuteczną tylko wtedy w koklusu, jeśli niestosownie była podawana, albo gdy istnieją jakie szczególne powikłania. Naturalnie nie można się spodziewać tak szybkiego skutku, jak np. przy zimnicy. Koklusz pod wpływem chininy zmienia się tylko w łagodną postać, której różnicę od poprzedniego typu choroby z wielką przyjemnością dostrzeżemy. Jeśli się chcemy przekonać o zbawiennym wpływie chininy, dość jest przerwać podawanie chininy na dni parę, albo z dzieci jednej rodziny jedno zupełnie bez leków zostawić.

Dawac należy pro dosi najlepiej raz na wieczór tyle decigrammów chininy, ile dziecko ma lat, albo w roztworze, albo też w opłatku *). O słusności mego poglądu w tym przedmiocie w ogóle przekonałem się znów świeżo w dwóch wypadkach (w wieku 1 roku i 6 lat) mojej własnej rodziny.

Bijące doświadczenia Liebermeister'a w durzycy brzusznej razem z ustanowioną przezemnie charakterystyką chininy, jako alkaloidu, który w odpowiedniej dawce zdolny jest sprzeciwić się przejściu ostrych spraw zakaźnych w rozmięczenie i zapobiedz potrafi zbytniemu ropieniu, spowodowały użycie jej w odrze, płonicy, ostrem i przewłocznem zapaleniu płuc podług metody, którą przy durzycy brzusznej za najodpowiedniejszą uznano. Ja sam teoretycznie takie zastosowanie chininy wskazałem. Szczególniej ostry gorączkowy niezyt oskrzeli u dzieci okazał mi się bardzo wdzięcznem, dla tego alkaloidu polem.

W pośród lekarzy i klinicyków Hayenbach rzecz tę przeprowadził systematycznie w Bazylei, w tamecznym szpitalu dziecinnym, i doszedł do wniosku, że przy stosownej dawce i postaci użycia chinina we wspomnianych i innych gorączkowych chorobach dziecinnego wieku daje równie dobre wypadki, jak przy zwyczajnej durzycy brzusznej **). Jeśli inni autorowie mniej ze skutków byli zadowoleni, to zależało od nich, a nie od lekarskiego środka. Kto dziś jeszcze chininę zalicza do alkaloidów trujących, ten niech się lepiej bez niej obchodzi. Wiele dróg prowadzi do Rzymu; chodzi tylko o to, która jest krótsza i pewniejsza. Hayenbach dawał pro dosi zwykle raz na 24 godzin dla dzieci w wieku

1— 2 lat	od 0,3—1,0
3— 5 „	„ 0,6—1,0
6—10 „	„ 0,6—1,3
11—15 „	„ 0,6—2,0.

W liczbie 105 takich pojedynczych postrzeżeń, oprócz zwykłego odurzenia chinowego nie dostrzeżono żadnego groźnego objawu. Dawka 2.0 gram. w ciężkich wypadkach u starszych dzieci była najczęstszą, bo się okazało, że tylko taka wywierała więcej, jak szybko przemijający skutek.

(Dalszy ciąg nastąpi).

*) Nie mogę dobrze pojąć, jakim sposobem Henke zdołał skłonić swoich małych pacjentów do wytrwałych wzięwań gorzkiego ciała, wszakże o tem wątpió nie śmiem.

***) Porównaj i Thomas o leczeniu płonicy w Ziemssena Handbuch 1874. II. 2. 287.

Wiadomości bieżące.

O włóknikowej istocie w miękkiej błonie mózgowej u osób cierpiących na umysle (C l o u s t o n, The London med. record. Nr. 108. 1875 — Allgem. med. Centralztg. Nr. 87. 1875). Autor znalazł u chorych, zmarłych podczas durowatego okresu szaleństwa nagłego (*mania acuta*), organizowaną włóknikową istotę, która się podczas życia wytworzyła w żyłach miękkiej błony mózgowej i mózgu. Tak opowiada o kobiecie, którą w opisanym okresie po krótkim napadzie szaleństwa widział był po raz pierwszy. Była ona zupełnie śpiąca i raz tylko przebudziła się podczas dwóch dni, które jeszcze żyła. Tętno uderzało 120 razy na minutę, było bardzo słabe, temperatura wynosiła 103,8°F., twarz i szyja były ciemnoczerwone, pozornie skutkiem wazomotorycznego porażenia wszystkich gałęzi i włosowatych naczyń, należących do zewnętrznej i wewnętrznej tętnicy szyjnej. Chora zmarła w śpiączce. Przy badaniu po śmierci w wielkich i małych żyłach miękkiej błony mózgowej znaleziono małe, białe, gruszkowato ukształtowane ciała, które na pierwsze wojrzenie wyglądały tak samo, jak ograniczone, białe zgrubienie ścian żylnych, przy bliższem jednakże badaniu wykazały się jako masy organizowanego, włóknikowego pierwiastku. W wielu miejscach przyczepiały się do cienkich powrózków zwyczajnych skrzepów trupich, tak iż bardzo wyraźną była różnica pomiędzy obu utkaniami i jeszcze wybitniejszą okazywała się przy badaniu mikroskopowem. Zamiast z zwyczajnych białych ciałek, które leżą w otworkach licznych delikatnych włókien u białych skrzepów trupich, składały się masy te z ciał, które do białych kulek krwi podobne, lecz znacznie były większe, posiadały wyraźne ziarna i ziarnka, a zamiast delikatnych włókien znajdowały się tutaj podłużne, mocno jedne z drugą łączące się komórki, między którymi owe ciała znajdowały się w regularnych równoległych rzędach. Istota mózgowa była ciemno zaczerwieniona i zawierała wiele kryształów krwi. Te same zjawiska, chociaż w mniejszym stopniu, znalazł autor u osoby zmarłej na ogólne porażenie, która w napadzie nawału w śpiączce zakończyła życie. W takich wypadkach autor skłania się do przyjęcia, że wazomotoryczne porażenie i zastój krwi, które odgrywają tak ważną rolę w durowatym okresie ostrego szaleństwa i w nawałowych paroksyzmach ogólnego porażenia mózgu, w dalszy postąpiły już okres, skoro białe ciała zaczynają się przyczepiać do wewnętrznych stron ścian naczyń, powoli się nagromadzają i przetwarzają w opisane powyżej masy.

Leczenie łysienia ograniczonego (*alopecia areata s. circumscripta s. area Celsi*) (S t o w e r s: The Brit. med. Journ. 21 sierp. 1875). Autor leczył ze skutkiem pomienione cierpienie powtarzanem stosowaniem miejscowych środków drażniących, szczególnie *liq. ammon. caust.* oraz *spirit. terebinth.*, obok ogólnego wzmacniającego leczenia. Z pomiędzy wymienionych środków *liq. ammon. caust.* w mocnym roztworze wciera się mocno w skórę głowy za pomocą płátka flanelowego, dwa razy dziennie. Jeżeli wywołane tem postępowaniem podrażnienie skóry jest bardzo znaczne, wówczas wcierania czynią się rzadziej. Leczenie zwykle wypada stosować przez ciąg kilku miesięcy. W wypadkach autora już po kilku tygodniach na łysiej skórze ukazywał się puszek, poczem wrrastały normalne włosy. Jeżeli amoniak się nie znosi, wtedy uciekamy się do spirytusu terpentynowego, który jednak, zdaniem autora, mniej jest skuteczny.

Nauka o chorobach kobiet Prof. S c h r o e d e r'a, która w ciągu sześciu miesięcy doczekała się dwóch wydań, wyjdzie wkrótce w przekładzie polskim z drukarni „Gazety Lekarskiej.“ Cena dzieła wynosić będzie rs. 6, wnoszący zaś przedpłatę otrzymają dzieło, o którym mowa, za rs. 5 wraz z przesyłką.

Kalendarz lekarski na r. 1876 jest jeszcze do nabycia. Cena rs. 1 (z przesyłką).

(S p r o s t o w a n i e). W Nrze 5-tym „Gaz. Lek.“, na str. 80, wiersz 21 i 19 od dołu zamiast *Echikonezynę*, ma być *Echikauczynę*.

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Доволено Цензурою, Варшава 28 Января (9 Февраля) 1876

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1876 do 1 lipca 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1876 r. rsr. 178 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. sr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. O uszkodzeniach oka, z szczególnym uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich. Przez Dra *Ferdynanda Arlt'a*, prof. okulistyki w Uniw. Wiedeńs. Podał Dr *Jan Buszek* (dalszy ciąg). — Sprawozdanie VII z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1874. Napisał Dr med. *A. Rothe*, Naczelný lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie, Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów (Dalszy ciąg). — Kronika zagraniczna. O wartości leczniczej chininy. Przez Prof. *Binz'a*. Podał Dr *A. Fabian*, lekarz górniczy w Suchedniowie (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. O włóknikowej istocie w miękkiej błonie mózgowej u osób cierpiących na umyśle. Leczenie łysienia ograniczonego. Nauka o chorobach kobiet. Kalendarz lekarski. — Sprostowanie. — Dodatek. Anatomii chirurgicznej T. II, ark. 13 i 14. Anatomii opisowej T. II, ark. 14. Choroby płuc ark. 12. Choroby narządu ruchu ark. 1.

O uszkodzeniach oka, z szczególnym uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich.

Przez Dra *Ferdynanda Arlt'a*, profesora okulistyki w Uniwersytecie Wiedeńskim.

Podał Dr *Jan Buszek*.

(Dalszy ciąg).

Zranienie, a względnie otwarcie torebki objawia się zaraz, albo po kilku godzinach zaćmieniem soczewki. Zaćmienie to jest głównie skutkiem zatkanicia się w ranie istoty soczewkowej z cieczą wodną, dla tego też występuje naprzód około otworu w torebce, ale niekiedy uważać je należy za następstwo zmiany w położeniu pierwocin tkaniny soczewkowej, a to o tyle, o ile występuje wzdłuż szlaku, którym wpadło ciało obce, albo też daleko od rany, mianowicie w korze tylnej i to w większej rozległości. Przekonanie, że jedyną przyczyną zaćmienia soczewki po uszkodzeniach jest stykanie się soczewki z cieczą wodną, mogłoby łatwo naprowadzić na mniemanie, że niebezpieczeństwo zaćmienia soczewki zostaje w stosunku prostym do wielkości ranki torebki. Im głębiej przy równie wielkiej ranie wpadło ciało obce w soczewkę, i im twardsze są warstwy, które przeniknęło, tém pewniej powstanie rozległe zaćmienie soczewki.

Rokowanie. Zranienie soczewki sprowadza zwykle całkowite zaćmienie tejże z mniej więcej znacznym ubytem.

Wyjątkowo pozostaje zaćmienie częściowém i niepostępuje dalej, a od jego rozległości i od miejsca, które zajmuje zawisło rokowanie pod względem widzenia, o ile soczewka ma w niem udział. Takie zaćmienie częściowe wyjaśnia się niekiedy do pewnego stopnia w ciągu kilku tygodni (Rydel Bericht über die Wiener Augenklinik 1867, p. 87).

U osób młodych ulega soczewka często mniej więcej zupełnemu wessaniu; a jeżeli torebka wycofa się dostatecznie z obrębu źrenicy, może wzrok takiego oka być taki, jak w ogólności oka pozbawionego soczewki (*Aphakia*). Jeżeli zaś torebka zajmuje obręb źrenicy, ucierpieć może wzrok już z tego powodu, że torebka przodkowa marszczy się lekko, przytuliwszy się do tylnej, która nie wiele naprzód występuje.

Po zupełnem ustąpieniu wszelkich przypadków zapalnych można w tych przypadkach zaradzić, rozcinając torebkę (*dissecissio*).

Jeżeli zaś po zagojeniu się rany w torebce pozostaną mniej więcej znaczne szczątki istoty soczewkowej, zawarte między obiema błazkami torebki w obrębie źrenicy, albo jeżeli na tylnej powierzchni torebki przodkowej wytworzą się w skutku wybujania przybłonka i zatrzymania zwapniałych lub stłuszczonych szczątków włókien soczewkowych, złogi przyczępione ściśle do torebki i nadające jej wejrzenie krédowate, ścięgniaste lub chrząstkowate, to nadzieja oczyszczenia źrenicy będzie tém słabszą, im zbitszą jest błona, tudzież im mocniej przyczępioną jest na obwodzie do wyrostków rzęskowych, albo ku przodowi do tęczówki lub do blizny rogówkowej. Niekiedy uda się w tych przypadkach po mocnem rozszerzeniu źrenicy wykryć jakieś miejsce, w którem ta przepona jest znacznie cieńszą, tak iż przepuszcza może jeszcze światło czerwone odbite od dna oka. W takim razie może wycięcie kawałka tęczówki, uskutecznione przed tem miejscem, zasługiwać na pierwszeństwo przed rozcięciem, rozerwaniem, albo wydobyciem zbitej, grubiej części błony.

Pominąwszy nawet zupełnie te wypadki, w których obce ciało tkwi gdzieś po za soczewką, pominąwszy równoczesne obrażenie rogówki, tęczówki i ciała rzęskowego, uważać należy oczy z soczewką zranioną za zagrożone wielkiem niebezpieczeństwem, jeżeli nie zatracone zupełnie, a to już li z powodu ucisku, jaki soczewka wystawiona na działanie cieczy wodnej wywiera na rogówkę, tęczówkę, albo na ciało rzęskowe skutkiem nagłego pęcznienia albo zwichnięcia. Chociaż oko takie nie zniszczyje całkowicie, jak to często bywa skutkiem zapalenia z wypociną włóknikową albo ropną, chociaż nawet soczewka po długich cierpieniach wessie się nareszcie, to oko oślepnąć może przecież w skutku wydrążenia uciskowego tarczy nerwu wzrokowego, albo w skutku rozległego zapalenia naczyńki z następowym zanikiem siatkówki.

Zważywszy, że naprężenie torebki przypłaszcza ciągle soczewkę do pewnego stopnia, że więc miękka istota korowa i torebka uciskają się nawzajem, tudzież że kora soczewki wystawiona na działanie cieczy wodnej pęcznieje mniej

lub więcej, i to tem naglej, im mniej jest zmniejszoną w skutku dawniejszego zaćmienia, a tem bardziej, im więcej powierzchnia styka się z cieczą wodną, zrozumieć łatwo, że przez każdą rankę w torebce dostatecznie dużą, ażeby przez nią wydobywać się mogła osnowa soczewki, dostać się mogą jej części do cieczy wodnej, tudzież, że otwór w torebce łatwo powiększać się może, o ile ciecz wodna ma przystęp do kory znajdującą się za tym otworem. Skutkiem tego występuje przez otwór w torebce zaćmiona istota soczewkowa w postaci płatków albo stożków, którego podstawę i wysokość (w kierunku ku rogówce) oznaczyć można dość dokładnie, zwłaszcza przyglądając się z boku i przy oświetleniu ogniskowem.

Podczas wysysania okruchów soczewki wysterczających do komórki przedkowej, albo nawet wypadłych na jej dno, bywa oko zadrażnione (nastrzykanie naczyń rzęskowych, łzawienie i światłowstręt) i dla tego łatwo wystąpić może zapalenie tęczówki. W miarę, jak się coraz nowe cząstki soczewki zwolna wysuwają, maleje soczewka w wymiarze równikowym, ale prawie nigdy nie ulega zupełnemu wyparci i wessaniu: zanim bowiem znikną wszystkie szczątki, przytula się torebka przedkowa do tylnej i tworzy razem z nią mniej więcej płaską przegrodę pomiędzy ciałkiem szklanem a cieczą wodną, rozpiętą za pomocą obwódki Zinna między szczytami wyrostków rzęskowych. Przegroda ta zawiera pomiędzy dwiema swojemi blaszkami istotę soczewkową mniej lub więcej przeobrażoną, a w przypadkach pomyślnych tworzy ją właśnie w obrębie źrenicy sama tylko torebka tylna, po uprzednim zwinięciu i cofnięciu się ku obwodowi torebki przedkowej, w środku przerwanej.

W przecięciu potrzeba 2 do 3 miesięcy czasu na osiągnięcie tego najpomyślniejszego wypadku zranienia soczewki z rozdziawioną raną torebki, jeżeli zraniony ma więcej niż 25 lat, a zatem jądro soczewki mniej więcej twarde, upłynąć może dwa razy tyle czasu, albo też może wcale nie przyjść do zupełnego wessania soczewki (Porów. ustęp ostatni o pęcznieniu soczewki).

Przebieg pomyślny właśnie co opisany, zatrzymać się może każdej chwili, jeżeli ranka w torebce zasklepi się za pomocą cienkiej, przezroczystej błonki, którą wytwarza (niekiedy przynajmniej) sama torebka, gdyż w niektórych przypadkach powstaje ona z pewnością bez przyrośnięcia tęczówki do torebki i bez złogów wycięcia tęczówkowej. Po największej części zasklepiają się w ten sposób tylko małe ranki kłute, albo cięte. Istota soczewkowa, albo nie występuje wcale w takich przypadkach z otworu w torebce, albo też występowanie jej dalsze zostaje wstrzymane, w cieczy wodnej nie ukazują się nowe części, poczem soczewka zmniejsza się jeszcze nieco, a ostatecznie pozostaje zaćma mniej lub więcej zeszcupłała, która się już dalej nie zmienia. Dłuższe rany liniowe, albo rany o brzegach strzępiastych zwykły tylko wtedy zasklepiać się w sposób wzmiankowany, albo też za pomocą nieprzezroczystej masy (łącznotkankowej) i to częstokroć już wcześniej, jeżeli się stykają z brzegiem źrenicznym lub z częścią tęczówki zranioną, albo jeżeli w skutku zapalenia rogówki, tęczówki, ciała rzęskowego osadzi się wycięcia włóknikowa w ranie torebki.

Często wytwarza ciałko rzęskowe taką wypocinę w komórce tylnej. Wypocina ta przeobraziwszy się w tęgie błony wygarbia najpierw tęczówkę, a następnie tworzy nierozzerwalne przyczepy pomiędzy torebką mniej więcej zawędlą i skutkiem złogów na powierzchni wewnętrznej zgrubiałą, a wyrostkami rzęskowemi. Przyczepy takie rozpoznać już można niekiedy rozszerzywszy źrenicę, niekiedy atoli dopiero podczas usiłowanego usunięcia takiej zaćmy z obrębu źrenicy.

Po przypadkach, w których między zaćmą urazową a tęczówką, lub wyrostkami rzęskowemi wytwarzają się przyczepy, idą te, w których, jak już powyżej nadmieniono, powstaje rodzaj powrózka bliznowatego pomiędzy torebką a blizną rogówkową (najczęściej także jakąś częścią tęczówki). Tkanka bliznowata najgrubsza przy rogówce, rozpościera się najczęściej wachlarzowato na mniej więcej znaczną część torebki. Jeżeli w takich przypadkach jest jeszcze jakaś część brzegu źrenicznego wolną, jak się to dość często wydarza, łatwo znaleźć można miejsce (zwłaszcza po wycięciu kawałka tęczówki, które i tak może być potrzebnem), w którym pozostała istotę soczewkową osłania torebka prawidłowa, a rozcinając takową można ułatwić wessanie.

Jakkolwiek większe rany torebki zwłaszcza z brzegami strzępkowatemi sprzyjają zupełnemu wessaniu soczewki i następowemu wycofaniu się torebki przodkowej z obrębu źrenicy, to pominąwszy nawet zranienie rogówki, tęczówki i t. d., uważać je przecież należy za niebezpieczne z tego powodu, ponieważ bardzo łatwo sprowadzają gwałtowne pęcznienie soczewki z jego następstwami. Soczewka stykając się na większej powierzchni z cieczą wodną pęcznieje równocześnie w wielu miejscach i uciska tém samym nie tylko tęczówkę, a nawet wyrostki rzęskowe, ale wszystkie błony oka (podwyższenie ucisku śródocznego) i sprowadza zboczenie w krążeniu krwi.

O drażnieniu mechanicznem tęczówki przekonywa np. ta okoliczność, że jeżeli okruch soczewki wypadnie do komórki przodkowej, to nastrzykanie rzęskowe występuje często tylko w kierunku odpowiednim temu miejscu, w którym ten okruch uwiązał między tęczówką a rogówką. W innych przypadkach zostaje tęczówka w całości lub tylko częściowo wypartą ku przodowi. Miejscowe zadrażnienie ciała rzęskowego oznajmia się częścią miejscowem lub przynajmniej miejscowo silniejszym nastrzykaniem rzęskowem, częścią zaś zwiększoną tkliwością miejsca zajętego przy dotknięciu. Sprawa zapalna w tęczówce lub w ciałku rzęskowem, objawia się nadto bardzo częstem zebraniem ropy (*hypopyum*), a zastój w naczyniach zebraniem krwi w komórce przodkowej (*hyphaema*). Podwyższenie ucisku śródocznego zrządza bolesność gałki ocznej tak dobrowolną, jak i przy ucisku, bóle rozechodzą się w kierunku 1-jej i 2-jej gałęzi nerwu troistego; oko łzawi mocno, jest bardzo drażliwe na światło i wyraźnie twardsze; obrzęklina spojówki gałkowej, a nawet powiek wskazuje już wielkie niebezpieczeństwo utraty wzroku, zagrażającej skutkiem gwałtownego zapalenia jagodówki lub ugniecenia siatkówki, a względnie nerwu wzrokowego.

Lubo znaną jest rzeczą, że u dzieci przebieg ran w ogólności bywa względnie pomyślniejszy, to przecież właśnie co do obrażeń, a mianowicie co do pęcznienia soczewki w szczególności uwydatnić muszę, że dzieci i osoby młodociane znoszą tak uraz mechaniczny tęczówki i ciała rzęskowego, jako też podwyższenie ucisku śródocznego nierównie lepiej, aniżeli ludzie wieku dojrzałego, a tembardziej starcy. Wprawdzie skłonniejszą jest soczewka miękka do nagłego pęcznienia od soczewki z jądrem twardym; ale z jednej strony odbywa się wymiana materii (a więc i wsysanie) nierównie raźniej w wieku młodocianym aniżeli w późniejszym; z drugiej zaś strony tłumaczy zjawisko wspomniane większa u osób młodych podatność ścian gałki ocznej. Oceniając jakieś uszkodzenie i jego następstwa uwzględnić trzeba oczywiście to „szczególne usposobienie.“

Leczenie. Po stwierdzeniu rany torebkowej aż do chwili zasklepienia się takowej najważniejszem ze względu na soczewkę zadaniem leczenia jest nie dopuścić, o ile tylko można, wytworzenia się przyczepin tylnych, porozrywać już wytworzone (za pomocą roztworu atropiny pilnie zapuszczanego), a zapobiegać następstwom drażnienia mechanicznego (tęczówki, ciała rzęskowego), lub wygórowania ucisku śródocznego, a przynajmniej łagodzić takowe (za pomocą środków przeciwzapalnych i kojących).

Jeżeli mocne pęcznienie soczewki zagraża lub zgoła już wystąpiło, jeżeli się zanosi na zapalenie tęczówki lub ciała rzęskowego, czy to z powodu pęcznienia, lub równoczesnej zmiany w położeniu soczewki, czy też z powodu zranienia tęczówki (ciała rzęskowego), albo jeżeli takie zapalenie już wybuchnęło, wskazane jest przede wszystkim energiczne użycie środków przeciwzapalnych, nawet w celu zapobiegawczym. U osób silnych, dorosłych usprawiedliwionem będzie upuszczenie krwi ogólne, zresztą zaś dostatecznem będzie miejscowe (na skroni, za uchem). Gwałtowne pęcznienie soczewki razem z jego następstwami powstrzymują najdzielniej, jak tego często doświadczyłem, okłady lodowe, stosowane bez przerwy (najlepiej za pomocą małych woreczków). Obok tego nie należy zaniedbywać wstrzykiwań podskórnych morfiny w razie silnych bólów, a wodnika chloralu w razie bezsenności.

Niekiedy można przypadki i niebezpieczeństwo pęcznienia znacznie zmniejszyć, wypuszczając zwolna ciecz wodną. Ustaliwszy należyście głowę, powieki i gałkę oczną, jeżeli potrzeba po znieczuleniu chorego, skutecznie się nożykiem grotowym zakrzywionym cięcie na 4 do 5 mm. długie w takim miejscu na brzegu rogówki, ażeby można spodziewać się, że cofając ostrze zwolna (nie skręcając go około osi i wystrzegając się wszelkiego ucisku na oko), wypuści się tylko ciecz wodną, a uniknie wejścia się w ranę okruchów soczewki.

Taki upust, który łatwo można otworzyć kiedy niekiedy za pomocą łyżeczki Daviela, nie tylko zmniejsza ucisk śródoczny na niejaki czas, ale ułatwia nadto wessanie soczewki. Nadmienić tu muszę mimochodem, że sposób ten zalecony naprzód przez Wernek'a z Salzburga, przydatny jest i w tym przypadku, gdy pożądanem jest pobudzenie wsysania soczewki, powstrzymane-

go przez zasklepienie się ranki w torebce; albowiem błonka zamykająca otwór w torebce pęka w chwili odpływania cieczy wodnej, z powodu, iż ciało szklane prze ku przodowi wszystko, co się przed niem znajduje.

Wydalenie soczewki przez podobną lecz nieco większą ranę, uważać należy za środek wątpliwy, rzadko bowiem uda się wydalić całą soczewkę w całości, a nawet po największej części, a tem samem usunąć niebezpieczeństwo wynikające z drażnienia mechanicznego i z podwyższenia ucisku śródocznego; niebezpieczeństwo to może się nawet zwiększyć. Tylko w takim razie lepszym jest ten środek wątpliwy niż żaden, gdy jądro twarde uwięzłło w źrenicy, lub gdy soczewka wypadłszy do komórki przodkowej wzniecać zaczyna przypadki zatrważające.

Jeżeli brzeg źreniczny przyrósł do torebki nie tu i owdzie, ale na większej przestrzeni, albo jeżeli naprężenie przyrośniętej części uważać musimy za jedyną albo pr eważną przyczynę objawów ustawicznego zadrażnienia lub zapalenia, a może nawet wygórowania ucisku śródocznego, to najlepiej będzie wyciąć duży kawałek tęczówki. W ogólności lepiej jest i w tym przypadku nie kusić się o wydalenie soczewki, gdyż zazwyczaj nie uda się jej wydalić w zupełności tak samo jak przy prostem przecięciu rogówki.

Jeżeli zwłoka nie grozi niebezpieczeństwem a tęczówka jest mocno rozpulchnioną i obfituje w naczynia, należy czekać póki nie zajdzie w tym względzie zmiana na lepsze; inaczey wytnie się mały tylko kawałek kruchej tęczówki, a sprowadzi natomiast obfity krwotok do komórki przodkowej.

Oczy, w których po obrażeniu torebki zanosi się na zupełne lub częściowe wessanie soczewki, są zadrażnione nawet w tym razie, gdy się nie wytworzyły przyczepiny tylne i to dopóty, dopóki się rana w torebce nie zamknie znów zupełnie, czy to za pomocą błonki, czy też w skutku zlepiania się torebki przodkowej z tylną. Aż do tego czasu należy trzymać chorych pod dozorem lekarskim, łagodzić światło za pomocą okularów ochronnych i unikać natężania akomodacyi oka drugiego.

Niekiedy zamyka się rana torebki tylko pozornie, a drobna jakaś okoliczność np. uciśnienie oka, sprowadza znów otwarcie się ranki, wystąpienie lub wypadnięcie istoty soczewkowej razem z jego następstwami. Jeżeli zaś wytworzyły się przyczepiny tylne, albo zgoła przyrósł cały brzeg źreniczny (*seclusio pupillae*) zagraża oku niebezpieczeństwo przewłocznego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, póki się nie wykona iridektomii w sposób odpowiedni.

Co do sposobów operowania różnych postaci zaćmy wzrokowej odesłać muszę czytelnika do podręczników i dzieł o operacyach ocznych. Od lekarza nie oddającego się okulistyce i operacyom ocznym można tylko wymagać, aby musiał rozstrzygnąć, czy jest nadzieja przywrócenia jakiego takiego wzroku za pomocą operacyi, a do tego potrzeba przedewszystkiem, ażeby chory, jeżeli pozbawiony jest widzenia jakościowego (t. j. zdolności poznawania postaci przedmiotów) dostrzegał blask płomienia świecy na 15—20', tudzież żeby położenie płomienia świecy pomykaney w różnych kierunkach od obwodu ku środkowi

pola widzenia dokładnie rozeznał, t. j. wskazywał miejsce, w którym się znajduje, a nie podawał tylko, że ma uczucie jasności lub ciemności.

B. Rany z pozostawieniem ciała obcego.

§ 25. Uwagi ogólne. Pytanie, czy się ma do czynienia z ciałem obcym na gałce ocznej, w niej samej, obok niej, albo po za nią rozstrzygnąć można niekiedy bardzo łatwo, niekiedy zaś dopiero po najogłędniejszym i najstaranniejszym zbadaniu i uwzględnieniu wywiadów, a zdarza się, że na pewne orzeknąć można dopiero po dłuższym spostrzeganiu uszkodzonego. Jeżeli ciała obcego ani widzieć, ani wymacać nie można, ma się rzecz tak samo z oznaczeniem jego siedliska i przymiotów fizycznych, które stanowczo wpływają na rokowanie i leczenie. Odniesienie jakiegoś zboczenia czynności lub zapalenia do ciała obcego utrudnia niekiedy ta okoliczność, że drobne ciało obce nie sprawiło ani podczas wtargnięcia, ani przez niejaki czas potem żadnych objawów niepokojących. W oczodole zachowują się tak niekiedy nawet większe ciała obce. Prócz tego trzeba pamiętać, że przy zadaniu rany narzędziem, które niewątpliwie napowrót się wydaliło, mogło pozostać jakieś inne ciało obce, np. oderwana lub złamana rześa, którą porwało z sobą narzędzie, jako też, że prócz ciała obcego widzialnego znachodzić się może drugie niewidzialne.

Gdziekolwiek jest podejrzenie, że ciało obce dostało się do wnętrza oka należy w przypadkach świeżych zbadać napięcie gałki ocznej, bo zmniejszenie napięcia oznacza zazwyczaj przedziurawienie ściany ocznej, a tak w przypadkach świeżych jak i dawniejszych (po zamknięciu rany), należy obejrzeć starannie całą powierzchnię widzialną, mianowicie przy pomocy oświetlenia ogniskowego, aby wykryć świeże lub zabliznione miejsca wnijścia ciała obcego. Blizn w twardówce pozostałych po wtargnięciu drobnego ciała obcego nie można czasem wcale znaleźć. Rzadko znachodzi się je w skórze powiek albo części sąsiednich, a i w tych przypadkach znajdujemy wnijście tylko wyjątkowo po za sklepieniem spojówki. Jeżeli rana albo blizna znajduje się w obrębie rogówki albo brzegu twardówkowego, zbadać należy przy oświetleniu ogniskowym (w świetle wpadającym) i za pomocą wzornika (w świetle przebijającym), czy niema w tęczęwce szczelinki albo otworka, które zresztą krew pokrywałaby mogła. Zaćmienie soczewki (choć ani otworu, ani blizny w torebce wykazać nie można przy najniższym rozszerzeniu źrenicy za pomocą atropiny) powstać mogło skutkiem samego wstrząśnienia soczewki. Z ran torebki i ich następstw nie można zresztą wprost wnosić o wtargnięciu i przebywaniu ciała obcego w soczewce albo po za nią.

O siedzibie ciała obcego w błonach oka zewnętrznych nabieramy najczęściej dostatecznej wiadomości za pomocą oglądania i macania (palcem lub zgłębnikiem gałkowym). W środkach łamiących stwierdzić możemy jego obecność nawet wtedy, gdy się już zaćmienie wytworzyło, przejmując światłem (przy oświetleniu ogniskowym) obwódkę zaćmioną, chociaż badanie wzornikowe nie prowadzi już do celu. Samo zaćmienie w okolicy rany, jeżeli z nie-

go nie prześwieca ciało obce, nie uprawnia do stanowczego sądu o jego obecności. Gdzie te oba sposoby badania zawiodą, może wykrycie jakiegoś miejsca w przedkowym odcinku twardówki, które się odznacza wyłączeniem albo mocniejszym zaczerwienieniem i zwiększoną tkliwością przy dotykaniu gładkim zgłębnikiem (z kości słoniowej lub kauczuku), pouczyć nas o bliskości ciała obcego.

Wprowadzenie zgłębnika do wnętrza gałki ocznej w celu badania obejść się może bez szkodliwych następstw, chyba tylko przy zachowaniu największej ostrożności. Wywiady zużytkować się dają często, ale wcale nie zawsze w celu oznaczenia siedziby ciała obcego. Może ono bowiem znajdować się zupełnie gdzieindziej, jakby się domyślać należało sądząc według rany zewnętrznej i zeznań chorego, a to z powodu opuszczenia się albo zboczenia od kierunku pierwotnego, co znów pochodzić może ztąd, że gałka oczna zmieniła położenie w chwili wpadania ciała obcego, albo że takowe napotkało na przeszkody w dalszej swąej drodze. Mogło ono także przez odbicie się od ściany naprzeciwległej miejscu wtargnięcia odskoczyć ku temu miejscu, a w powrocie opaść na dół.

Dr Berlin (Arch. f. Ophth. XIII b. 275) słusznie uwydatnia jako oznakę obecności ciała obcego we wnętrzu oka pewną dysproporcją pomiędzy zewnętrznymi śladami obrażenia a stopniem, trwaniem i uporczywością nawrotów zapalenia wewnętrznego.

Z wyjątkiem ziarn szrótu i prochu rzadko oznaczyć można dokładnie przymioty fizyczne, mianowicie postać i wielkość ciała obcego, chyba, że je widać wyraźnie np. w rogówce, komórecie przedkowej, soczewce albo w ciałku szklanem jeszcze przezroczystym. Wielkość jego ocenić można tylko w przybliżeniu z rozmiarów rany, nawet wtenczas, gdy jeszcze jest otwartą, bo ciało obce, jeżeli nie jest kuliste albo kostkowane, wtargnąć może wymiarem najmniejszym, a przy wielkiej sile rzutu rana bywa względnie mniejszą. Szczególnie kapiszony dają powód do błędnego ocenienia pod względem wielkości i postaci. Znajdowano nieraz połówki a nawet całe kapiszony, chociaż domysłano się tylko małych odłamków.

Stwierdziwszy obecność, siedzibę i przymioty fizyczne ciała obcego o ile stwierdzenie dwóch ostatnich jest możliwem, należy sobie zadać pytanie, czy ciało obce pozostawić można, lub czy je koniecznie wydalić potrzeba; a następnie, czy zabiegi przedsięwzięte w celu wydobycia odniosą skutek pewny, lub też czy mogą być, albo nawet prawdopodobnie będą bezskuteczne i czy nie narażą oka na niebezpieczeństwo większe, aniżeli pozostawienie ciała obcego; narreszcie, czy ze względu na niepewność skutku tych zabiegów i ze względu na spodziewane następstwa (tak w razie usiłowania wydobycia, jak i w razie zaniedbania) nie byłoby wskazanem wyłuszczenie gałki ocznej zaraz lub po jakim czasie.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

T a b l i c a 10.

Po takim więc przejściu chorób. z końcem m. listopada 1874 r. chorzy pozostali w zakładach przedstawiali następujące formy:

Numer.	Formy pojedynczych chorób.	Razem	
		M.	K.
1	Hysteriasis	—	1
2	Delirium melan. c. mania.	1	3
3	Melancholia	8	19
4	Mania generalis	7	11
5	Mania partialis	9	—
6	Paranoia	16	13
7	Dementia	108	104
8	Dementia c. paralyzi	5	1
9	Dementia c. paralyzi pr.	20	1
10	Idiotismus	1	2
11	Epilepsia c. vesania	10	19
12	Epilepsia simplex	4	5
13	Observationes	2	3
14	Choroby zapalne i inne	—	—
15	Morsura	—	—
16	Hydrophobia	—	—
Razem		191	182

T a b l i c a 11.

Oznaczająca wiek nowoprzybyłych.

	Obłąkanych.		Epileptyków.		Pokąsanych.		Razem.		
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	R.
od lat 8 do 15	—	3	—	2	—	—	—	5	5
" 15 " 20	6	10	2	6	1	—	9	16	25
" 20 " 25	14	16	1	3	—	—	15	19	34
" 25 " 30	14	25	2	3	—	—	16	28	44
" 30 " 35	26	18	1	5	—	—	27	23	50
" 35 " 40	21	12	1	6	—	—	22	18	40
" 40 " 45	20	6	—	4	—	—	20	10	30
" 45 " 50	12	10	—	3	—	—	12	13	25
" 50 " 60	16	17	1	7	—	—	17	24	41
" 60 " 70	1	5	—	—	—	—	1	5	6
" 70 " 80	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Razem 130 123 8 39 1 — 139 162 301									

T a b l i c a 12.

Co do stanu chorych.

	Obląka- nych.		Epilepty- ków.		Pokąsa- nych.		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Żonatyh i zamężnych . . .	50	51	2	10	—	—	113
Wdowców i wdów	2	14	—	6	—	—	22
Kawalerów i panien	78	58	6	23	1	—	166
Razem	130	123	8	39	1	—	301

T a b l i c a 13.

Co do ostatniego pobytu.

	Obląka- nych.		Epilepty- ków.		Pokąsa- nych.		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Z Warszawy	79	63	4	28	1	—	175
Z prowincyi	48	54	4	11	—	—	117
Z Cesarstwa	2	6	—	—	—	—	8
Z zagranicy	1	—	—	—	—	—	1
Razem	130	123	8	39	1	—	301

T a b l i c a 14.

Co do umysłowego wykształcenia.

	Obląka- nych.		Epilepty- ków.		Pokąsa- nych.		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Z wyższem wykształceniem	18	24	—	1	—	—	43
Z średniem „	71	22	2	2	—	—	97
Z niższem „	41	77	6	36	1	—	161
Razem	130	123	8	39	1	—	301

T a b l i c a 15.

Który raz chory przybył do szpitala.

	1 raz		2 raz		3 raz		4 raz		5 raz		6 raz		7 raz		8 raz		9 raz		Razem.
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Obląkanych . . .	100	103	17	12	10	5	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	253
Epileptyków . . .	6	25	—	7	1	3	—	2	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	47
Pokasanych . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Razem	107	128	17	19	11	8	—	4	2	1	—	—	—	—	1	—	1	2	301

(Dokończenie nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZ

O wartości leczniczej chininy.

Przez Prof. Binz'a.

Podał Dr A. Fabian, lekarz górniczy w Suchedniowie.

(Dalszy ciąg).

Do doświadczeń pierwiastkowych, które rozjaśniają stosunek chininy względem pojedynczych części ustroju, należą i prace Rossbacha co do białka. Używał on białka z jaja kurzego, z cieczy mięśniowej u wołu i z osocza krwi i otrzymał następujące wyniki:

Silnie rozcieńczone, jak woda przezroczyste roztwory, po dodaniu chininy, przy ogrzewaniu już przy daleko niższych ciepłotach mętniały, jak też same roztwory bez alkaloidu. Takie rozczyły, które z powodu znacznego rozcieńczenia przy wrzeniu nie okazywały zmaćenia, z dodatkiem kilku miligramów soli alkaloidu mętniały już przy 60°C. Już po dodaniu decimiligramów chininy roztwory okazywały o wiele większą skłonność do ścinania się jak równe im, ale bezchininowe rozczyły.

Otrzymany osad wymywano wrzącą wodą tak długo, aż plyn odsączony przestał dawać odczyn alkaloidu. Okazało się, że chinina przez białko uwięzioną została. Przyczyną zdaje się być bezpośrednie chemiczne połączenie, bo taki roztwór alkaloidowego białka nie wykazywał już działania na świeże białko.

Podług Gorup-Besaneza, pod wpływem ozonu białko ulega ważnemu przekształceniu. Gdy przez klarowny wodny roztwór przepuścimy powietrze ozon zawierające, to otrzymamy słabo kwaśno oddziaływający plyn, który, przesączony nie mętnieje przy gotowaniu, ani za dodaniem soli metalicznych (z wyjątkiem zasadowego octanu ołowiu). Następuje więc rodzaj zamiany w pepton.

Podług Rossbacha wypadek ten przez dodanie uprzednie do białka soli alkaloidu znacznej ulega zmianie *). Alkaloidowe sole odbierają białku jego powinowactwo do ozonu. Już po lekkim zakwaszeniu ścina się ono, również przy normalnej ciepłocie. Tlen czynny już nie wywołuje powyżej wspomnianej zmiany, jak to się dzieje bez dodania alkaloidu.

Tam, gdzie mówiłem o stosunkach żywej substancji komórkowej do chininy, dotknąłem już nieco tych rzeczy. Powracam tu do nich, bo prowadzą nas one do dalszego pojęcia, dla czego chinina chroni ciała białkowate, zaliczając w to i hemoglobinę, od szybkiej przeróbki w ustroju. Nie tylko więc powstrzymanie rozwoju rozpadowych zaczynów, ale i bezpośrednie osłabienie, wzmożonej przez te zaczyny, czynności tlenu (Schönbein, M. Traube i inni) przy tłamaczeniu przeciwgorączkowych skutków chininy, na uwagę zasługiwaćby powinno. Istota komórkowa sama przez się stawałaby się odporniejszą przeciwdziałaniu gazu, a chinina byłaby prawdziwie owem „roborans“ jak ją chętnie dawniejsza zwała medycyna **).

*) Szczegółowo doświadczenie to robiono ze strychniną i morfiną. Ja jednakże już poprzednio dowiodłem, że używane powszechnie alkaloidy w takich odczynach bardzo do siebie podobne, a Rossbach stwierdził to dla całego szeregu swych poszukiwań, tak dalece, że to, co stosuje się do strychniny i zawsze daleko słabiej niż chinina działającej morfiny, możemy, z tem jednym zastrzeżeniem, zastosować do chininy.

***) Do swych poszukiwań przywiązuje Rossbach poglądy teoretyczne, które tak brzmią w ogóle: Alkaloidy działają trująco, albo, stosownie do dawki i okoliczności leczniczo, ponieważ przechodząc bez rozkładu przez ustrój, mają powinowactwo do pojedynczych narządzi najdelikatniejszego utkania i zmieniają takowe chemicznie. Stopień i sposób powinowactwa się różne, zkad powstaje różnaitość działania. Buchheim rozwija zupełnie podobne poglądy (Ueber die Einwirkung der Arzneimittel und Gifte auf das Nervensystem. Arch. d. Heilkunde XI. 209.

Podług dzisiejszych pojęć, główna część sprawy utlenienia odbywa się w tkankach. Azot moczu i kwas węglany wydechowego powietrza są najwybitniejszymi wytworami tego wewnętrznego czyli komórkowego oddechania.

O wpływie chininy na pierwszą wydzielinę od dawna już posiadamy kilka dziełnych poszukiwań. Ich wyniki są po krótku takie:

H. R a n k e znalazł u zdrowego człowieka po zadaniu 1,2 siarczanu chininy zmniejszenie wydzieliny kwasu moczowego o cokolwiek więcej jak 20%. Zmniejszenie to trwało blisko 48 godzin. Polegało ono nie na utrudnionem wydaleniu, a na zmniejszonym wyróbie. (W białacze śledzionowej, w przepuszczającej gorączce tenże autor stwierdził znaczne pomnożenie).

K e r n e r sam przyjmował (przy zupełnem zdrowiu) 1,6 chlorku chininy i oznaczał wszystkie azotowe składniki wydzielonego moczu. Ogólne zmniejszenie ich ilości wynosiło 24%. Ilość kwasu siarczanego, który w każdym razie jest w większej części pochodnym z białkowatych ciał wyrobem zmniejszyła się o 39%, gdy tymczasem ilość wody w moczu nieco się podniosła. Z u n t z otrzymywał po przyjęciu 1,8 chlorku chininy w trzech szybko po sobie następujących dawkach, zmniejszenie ilości mocznika o 39%. Jest to wypadek średni z 3 dni normalnych i z 4 następnych, podczas których jeszcze się chinina w moczu okazywała. v. B o e c k stwierdził na psie, po dawkach nie zmieniających na pozór zupełnie stanu zdrowia, zmniejszenie ilości mocznika o 31,5% *).

O drugim ważnym czynniku, kwasie węglanym, nie wiedziano. G. S t r a s s b u r g podjął w mojej pracowni poszukiwania nad tym przedmiotem, używając cokolwiek w ubocznych warunkach zmienionego przyrządu oddechowego Z u n t z a - R ö h r i g a. Okazało się, że: ani u bezgorączkowego, ani u gorączkującego królika, ilość wydechowego kwasu węglanego nie zmniejszyła się po takich nie trujących dawkach chininy, które dla człowieka na wagę około 60 kilogr. obliczone wynosiłyby po 2,0 grm.

Wynik ten zgadza się bardzo dobrze z wielokrotnie w nowszym czasie stwierdzonem zdaniem, że w gorączce tylko azot, ale nie wydechany kwas węglany ulega pomnożeniu. Wskazuje on dalej — o ile przez porównanie da się to odnieść do człowieka —, że punktów działania tego ochraniającego tkanki alkaloidu nie należy szukać w przeważnym układzie poprzecznie prążkowanych mięśniów; boć ich głównym wytworem nie jest azot moczu, a wydechowy kwas węglany **). Owe komórki więc, w których przeważnie przerabia się białko ulegają działaniu chininy. Badania S t r a s s b u r g a i innych, przez niego odnośnie wydzielenia azotu, przytoczonych badaczy, do tego ogólnego prowadzą wniosek ***).

*) O chwiejnych wypadkach U n r u h'a porówn. Virch. Arch. Bd. 51. p. 26. Wypadki B ö c k e r a i K ö s t e r a (Med. Ztg. Russlands 1860, 37) podług jedyne o nich sprawozdania (C l a r u s a) są zupełnie bez znaczenia (cf. Canstatt's Berichte 1860. V. p. 130). A w niem nawet nie podana jest dawka używanej chininy.

***) Porówn. Z u n t z und R ö h r i g. Pflüg. Arch. IV. 57. Dalej prace V o i t a, F i c k a, W i s l i c e n u s a i innych.

***) Z łaski autorów, jeszcze podczas druku tych stron, otrzymuję rozprawę: „v. B o e c k und B a u e r, Ueber den Einfluss einiger Arzneimittel auf den Gasaustausch bei Thieren.“ Zeitschr. f. Biologie 1874, p. 336. Otóż mogę jeszcze przytoczyć tu następujące zdania tej ciekawej pracy:

Chinina w średnich dawkach zmniejsza wydzielanie kwasu węglanego i przyjęcie tlenu, w skutek działania na komórki i zmniejszony tym sposobem rozkład białka. Najprawdopodobniej zmniejszenie wydzieliny kwasu węglanego polega na mniejszym rozkładzie białka; wszakże nie udało się rozstrzygnąć stanowczo, czy czasem i bezazotowe substancje nie w mniejszej ilości rozkładowi ulegają. Stosunek ilościowy przyjętego tlenu i wydzielonego kwasu węglanego nie wiele od stanu normalnego się różni. Przy trujących dawkach powstaje pomnożenie kwasu węglanego na skutek wywołanych drgawek.

Do doświadczeń służyły psy i koty, które tu są o wiele stosowniejsze jak króliki. Szkoda, że nie oznaczono stosunków ciepłoty przed zadaniem i po zadaniu chi-

V. P r a k t y c z n o - l e k a r s k i e w y n i k i. W skutek rozmaitych teoretycznych prac nad chininą poczyniono też obok tego kilka dość ważnych wniosków praktycznych. Winieniem tu najprzód wspomnieć o wynikach leczniczych H e l m h o l t z a, które przyłączyły się bezpośrednio do moich poszukiwań o antyzymozie i razem też z ich dalszym ciągiem ogłoszone być mogły. Chcę mówić o rdzennem wyleczeniu „gorączki sianokosowej“ za pomocą chininy i o pierwszym zarazem i jedynym ścisłym badaniu tego ciemnego cierpienia *). Jako pochodzące z mistrzowskiej ręki podwójnie cenne dla mnie były.

Peryodyczność roczna choroby, obecność niezwykle drobnowidzowych pasożytów w wydzielinie błony śluzowej nosa, powiększenie drażnienia przez ciepło, to wszystko skłoniło H e l m h o l t z a do miejscowego użycia chininy, jako środka przeciw pasożyto-
wego.

Później F r i c k h ö f f e r w Szwabach dostarczył mi drugiego wypadku pozor-
nego wyleczenia. B u s c h w Bonn upoważnia mię do wypowiedzenia, że wyleczył on
dwa wypadki typowego nieżytu latowego za pomocą zastrzykiwań chininy do nosa;
w trzecim przerwano leczenie z powodu gwałtownego palenia, jakie roztwór w nosie
wywoływał. Używa się najlepiej letniego roztworu $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{10}$, wprowadzając takowy za
pomocą grubego, tępego końca irygatora, spokojnym strumieniem—aby się nie do-
stało do nader czulej jamy bębnekowej—przez jedną dziurkę nosa, a wypuszczając przez
drugą **).

Tylko na drodze badania przyjętego przez H e l m h o l t z a mogą być rozjaśnio-
ne warunki powstawania i leczenia gorączki sianokosowej. Okazałoby się wtedy, czy
przyczyna jest zawsze jednakową, czy też może być rozliczną. Przeciw temu ostat-
niemu przypuszczeniu nie przytoczyć nie możemy; a więc raz pasożyty z samoistnym ru-
chem, drugi raz (jak twierdzi B l a c k l e y) drażniący „pyłek nasienny traw i zbóż.“
Przy wyszukiwaniu pasożytów H e l m h o l t z a używać potrzeba najsilniejszych powięk-
szeń drobnowidza. Przeczący wynik B l a c k l e y'a tymczasem więc jeszcze jest bez
znaczenia.

Ze choroba nie może być miejscowym środkiem uleczoną, bo przy niej istnieje
i astma w głębszych drogach oddechowych jest bardzo słabym zarzutem, bo właśnie
a s t m a s i e n n a jest zjawiskiem odruchowym pochodzącem z silnie podrażnionej
błony śluzowej nosa i gardzieli.

W czasie owych pierwszych poszukiwań zarządzałem ambulatorium dzieciennem

niny. Gazy oznaczano w pracowni V o i t a w przyrządzie oddechowym przez niego zbu-
dowanym.

Zaznaczam tu, że w trzech doświadczeniach z silnemi, ale nietrującemi dawkami chi-
niny ubytek w ilości kwasu węglanego wynosił tylko około 8, 14 i 5 od sta, i że monachij-
scy badacze mogli go wyprowadzać tylko ze zminniejszonego rozkładu białka.

*) Cytata B l a c k l e y'a i sąd o metodzie, którą zna tylko ze słyszenia jest bardzo
niedokładny (cf. London 1873, p. 38).

***) Z Hamburga pisze mi D r U n n a o jednym wypadku z r. 1874, o którego le-
czenie byłem zapytywany: „L. ma lat 34, oprócz skłonności do nieżytów zawsze zdrów, od
lat 13 cierpi na gorączkę sianokosową, która zjawiała się corocznie w początku czerwca,
z początkiem upałów, trwała 5 do 6 tygodni i była szczególnie męczącą w skutek napadów
astmatycznych, zjawiających się po jedzeniu i w nocy. Chinina w postaci przestrzyki-
wań ani nie usunęła, ani nie skróciła choroby; ale przyniosła bardzo wielką ulgę
i w s t r z y m a ł a s t a n o w c z o rozszerzenie się cierpienia na narządza oddecho-
we, tak że napady dusznicowe już się nie powtarzały. Chory używał środka tylko w czasie
ciepła i gdy silny nieżyt się zjawiał.“ W Lancet 15 sierpnia 1874 r. znajduje się donie-
sienie pewnego chorego o *perfect success* za pomocą przestrzykiwań 3 lub 4 razy dniem roz-
tworem chininy 1:500 przy również zastarzałem cierpieniu. Po 5 dniach chory mógł za-
prześć leczenie, mimo to, że było to w czasie sianożęci i w okolicy łącznej. Przytaczam
tę ostatnią uwagę z powodu dawnego przypuszczenia, że wyziewy świeżego siana są przy-
czyną tego typowego nieżytu. Zapewne, w obec licznych wypadków u szczerých mieszczu-
chów, co nigdy nie powąchaliby siana, zdanie to zapewne nie jest zasadnem.

uniwersytetu. Wychodząc z faktu, że podstawą koklusu jest zaraźliwa sprawa zakaźna, zapewne miejscowego charakteru, zaprobowałem silnych i k o n s e k w e n t n y c h dawek chininy w tej upartej i ostatecznie przy długim trwaniu groźnej chorobie. Skutek odoowiedział moim oczekiwaniom. Cały szereg późniejszych doniesień potwierdził pierwsze wypadki. Tylko moje objaśnienie leczniczego działania jako zupełnie miejscowego, osłabionem zostało przez postrzeżenie, że i w postaci lawa-tyw chinina wybitnie łagodzący wpływ przy koklusu wywiera. Będzie rzeczą dalszych badań wykazać, gdzie leży słusność. Tyle jest pewnem, że chinina--naturalnie i tu z pewnemi pojedynczemi wyjątkami--okazuje się nie skuteczną tylko wtedy w koklusu, jeśli niestosownie była podawana, albo gdy istnieją jakie szczególne powikłania. Naturalnie nie można się spodziewać tak szybkiego skutku, jak np. przy zimnicy. Koklusz pod wpływem chininy zmienia się tylko w łagodną postać, której różnicę od poprzedniego typu choroby z wielką przyjemnością dostrzeżemy. Jeśli się chcemy przekonać o zbawiennym wpływie chininy, dość jest przerwać podawanie chininy na dni parę, albo z dzieci jednej rodziny jedno zupełnie bez leków zostawić.

Dawac należy pro dosi najlepiej raz na wieczór tyle decigrammów chininy, ile dziecko ma lat, albo w roztworze, albo też w opłatku *). O słusności mego poglądu w tym przedmiocie w ogóle przekonałem się znów świeżo w dwóch wypadkach (w wieku 1 roku i 6 lat) mojej własnej rodziny.

Bijące doświadczenia Liebermeister'a w durzycy brzusznej razem z ustanowioną przezemnie charakterystyką chininy, jako alkaloidu, który w odpowiedniej dawce zdolny jest sprzeciwić się przejściu ostrych spraw zakaźnych w rozmięczenie i zapobiedz potrafi zbytniemu ropieniu, spowodowały użycie jej w odrze, płonicy, ostrem i przewłocznem zapaleniu płuc podług metody, którą przy durzycy brzusznej za najodpowiedniejszą uznano. Ja sam teoretycznie takie zastosowanie chininy wskazałem. Szczególniej ostry gorączkowy niezyt oskrzeli u dzieci okazał mi się bardzo wdzięcznem, dla tego alkaloidu polem.

W pośród lekarzy i klinicyistów Hayenbach rzecz tę przeprowadził systematycznie w Bazylei, w tamecznym szpitalu dziecinnym, i doszedł do wniosku, że przy stosownej dawce i postaci użycia chinina we wspomnianych i innych gorączkowych chorobach dziecinnego wieku daje równie dobre wypadki, jak przy zwyczajnej durzycy brzusznej **). Jeśli inni autorowie mniej ze skutków byli zadowoleni, to zależało od nich, a nie od lekarskiego środka. Kto dziś jeszcze chininę zalicza do alkaloidów trujących, ten niech się lepiej bez niej obchodzi. Wiele dróg prowadzi do Rzymu; chodzi tylko o to, która jest krótsza i pewniejsza. Hayenbach dawał pro dosi zwykle raz na 24 godzin dla dzieci w wieku

1— 2 lat	od 0,3—1,0
3— 5 „	„ 0,6—1,0
6—10 „	„ 0,6—1,3
11—15 „	„ 0,6—2,0.

W liczbie 105 takich pojedynczych postrzeżeń, oprócz zwykłego odurzenia chinowego nie dostrzeżono żadnego groźnego objawu. Dawka 2.0 gram. w ciężkich wypadkach u starszych dzieci była najczęstszą, bo się okazało, że tylko taka wywierała więcej, jak szybko przemijający skutek.

(Dalszy ciąg nastąpi).

*) Nie mogę dobrze pojąć, jakim sposobem Henke zdołał skłonić swoich małych pacjentów do wytrwałych wzięwań gorzkiego ciała, wszakże o tem wątpió nie śmiem.

***) Porównaj i Thomas o leczeniu płonicy w Ziemssena Handbuch 1874. II. 2. 287.

Wiadomości bieżące.

O włóknikowej istocie w miękkiej błonie mózgowej u osób cierpiących na umysle (C l o u s t o n, The London med. record. Nr. 108. 1875 — Allgem. med. Centralztg. Nr. 87. 1875). Autor znalazł u chorych, zmarłych podczas durowatego okresu szaleństwa nagłego (*mania acuta*), organizowaną włóknikową istotę, która się podczas życia wytworzyła w żyłach miękkiej błony mózgowej i mózgu. Tak opowiada o kobiecie, którą w opisanym okresie po krótkim napadzie szaleństwa widział był po raz pierwszy. Była ona zupełnie śpiąca i raz tylko przebudziła się podczas dwóch dni, które jeszcze żyła. Tętno uderzało 120 razy na minutę, było bardzo słabe, temperatura wynosiła 103,8°F., twarz i szyja były ciemnoczerwone, pozornie skutkiem wazomotorycznego porażenia wszystkich gałęzi i włosowatych naczyń, należących do zewnętrznej i wewnętrznej tętnicy szyjnej. Chora zmarła w śpiączce. Przy badaniu po śmierci w wielkich i małych żyłach miękkiej błony mózgowej znaleziono małe, białe, gruszkowato ukształtowane ciała, które na pierwsze wojrzenie wyglądały tak samo, jak ograniczone, białe zgrubienie ścian żylnych, przy bliższem jednakże badaniu wykazały się jako masy organizowanego, włóknikowego pierwiastku. W wielu miejscach przyczepiały się do cienkich powrózków zwyczajnych skrzepów trupich, tak iż bardzo wyraźną była różnica pomiędzy obu utkaniami i jeszcze wybitniejszą okazywała się przy badaniu mikroskopowem. Zamiast z zwyczajnych białych ciałek, które leżą w otworkach licznych delikatnych włókien u białych skrzepów trupich, składały się masy te z ciał, które do białych kulek krwi podobne, lecz znacznie były większe, posiadały wyraźne ziarna i ziarnka, a zamiast delikatnych włókien znajdowały się tutaj podłużne, mocno jedne z drugą łączące się komórki, między którymi owe ciała znajdowały się w regularnych równoległych rzędach. Istota mózgowa była ciemno zaczerwieniona i zawierała wiele kryształów krwi. Te same zjawiska, chociaż w mniejszym stopniu, znalazł autor u osoby zmarłej na ogólne porażenie, która w napadzie nawału w śpiączce zakończyła życie. W takich wypadkach autor skłania się do przyjęcia, że wazomotoryczne porażenie i zastój krwi, które odgrywają tak ważną rolę w durowatym okresie ostrego szaleństwa i w nawałowych paroksyzmach ogólnego porażenia mózgu, w dalszy postąpiły już okres, skoro białe ciała zaczynają się przyczepiać do wewnętrznych stron ścian naczyń, powoli się nagromadzają i przetwarzają w opisane powyżej masy.

Leczenie łysienia ograniczonego (*alopecia areata s. circumscripta s. area Celsi*) (S t o w e r s: The Brit. med. Journ. 21 sierp. 1875). Autor leczył ze skutkiem pomienione cierpienie powtarzanem stosowaniem miejscowych środków drażniących, szczególnie *liq. ammon. caust.* oraz *spirit. terebinth.*, obok ogólnego wzmacniającego leczenia. Z pomiędzy wymienionych środków *liq. ammon. caust.* w mocnym roztworze wciera się mocno w skórę głowy za pomocą płátka flanelowego, dwa razy dziennie. Jeżeli wywołane tem postępowaniem podrażnienie skóry jest bardzo znaczne, wówczas wcierania czynią się rzadziej. Leczenie zwykle wypada stosować przez ciąg kilku miesięcy. W wypadkach autora już po kilku tygodniach na łysiej skórze ukazywał się puszek, poczem wrrastały normalne włosy. Jeżeli amoniak się nie znosi, wtedy uciekamy się do spirytusu terpentynowego, który jednak, zdaniem autora, mniej jest skuteczny.

Nauka o chorobach kobiet Prof. S c h r o e d e r'a, która w ciągu sześciu miesięcy doczekała się dwóch wydań, wyjdzie wkrótce w przekładzie polskim z drukarni „Gazety Lekarskiej.“ Cena dzieła wynosić będzie rs. 6, wnoszący zaś przedpłatę otrzymają dzieło, o którym mowa, za rs. 5 wraz z przesyłką.

Kalendarz lekarski na r. 1876 jest jeszcze do nabycia. Cena rs. 1 (z przesyłką).

(S p r o s t o w a n i e). W Nrze 5-tym „Gaz. Lek.“, na str. 80, wiersz 21 i 19 od dołu zamiast *Echikonezynę*, ma być *Echikauczynę*.

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

Redakcja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Доволено Цензурою, Варшава 28 Января (9 Февраля) 1876