

# 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 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

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

**TREŚĆ:** Rozprawy naukowe. O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich. Przez Dra Ferdynanda Arlt'a, prof. okulistyki w Uniw. Wiedeńs. Podał Dr Jan Buszek (dalszy ciąg).—Epidemiczne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*). Przez prof. v. Ziemssen'a (dalszy ciąg).—Kronika zagraniczna. Rozpoznawanie i miejscowe leczenie chorób żołądka i kiszek.—Wiadomości bieżące. Mięso końskie, jego higieniczne i pożywcze własności. Przyczynę do patologicznej anatomii dziedzicznego przymiotu noworodków, z szczególném uwzględnieniem zmiany w trzustce. Swojskie wystąpienie nieżytywej żółtaczk. Nocne zrywanie się dzieci. Przeciwnilne działanie mięszowego wstrzykiwania i napawania (*infusio*) kwasu karbolowego. Podskórne wstrzykiwania strychniny przeciwko mimowolnemu moczeniu mocnemu.—Dodatek. Choroby zaraźliwe ostre T. II, ark. 28. Termometry ark. 12. Medycyny sądowej T. II, ark. 51.—Wody Mineralne—dodatek XVI

## O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich.

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

Podał Dr Jan Buszek.

(Dalszy ciąg).

Jeżeli w takim przypadku nie można wejrzeć za pomocą wziernika w głąb oka, czy to z powodu równoczesnego wynaczynienia do komórki przodkowej, czy też z powodu zaćmienia soczewki lub rogówki, to sposób używany od czasów Graefego w przypadkach zaćmy w celu badania tkliwości siatkówki posłużyć może do wcale pewnego rozstrzygnięcia, czy mamy do czynienia li tylko z obfitem nagromadzeniem krwi w ciałku szklaném, lub też nadto jeszcze z oderwaniem siatkówki (przez krew lub surowicę pomiędzy naczyniówką a siatkówką) z rozdarciem albo wstrząśnięciem tejże (*commotio retinae*). Jeżeli chory badany w ciemnym pokoju za pomocą lampy okaże zupełnie dobre poczucie świa-

tła, takie same mniej więcej jak u osób dotkniętych dojrzałą zaćmą, nadto dostrzega światło niemal jednako wyraźnie we wszystkich kierunkach pola widzenia, to może wprawdzie krew nagromadzoną być w dość znacznej ilości w ciałku szklanym, ale na pewne wykluczyć można oderwanie siatkówki. Jeżeli ilościowe poczucie światła jest tylko miernie przytępione, a przytém w dolnych częściach pola widzenia nieco wyraźniejsze niż w górnych, to rozpoznanie oderwania siatkówki także jeszcze nie jest usprawiedliwione, bardzo obfite bowiem wynaczynienie krwi do ciałka szklanego z opuszczeniem się skrzepów krwi wytłumaczyć może tak ogólne, jako też i niejednostajne przytępienie zdolności uczuwania światła. Gdyby w takim przypadku zależało wiele na dokładnym a wczesnym rokowaniu, t. j. na wykluczeniu albo stwierdzeniu oderwania siatkówki, to należałoby kazać choremu kilkakrotnie zwrócić oko szybko ku górze, aby poruszyć skrzepy krwi znajdujące się w ciałku szklanym, a potem porównać, czy niejednostajność poczucia światła zmieniła się w jakikolwiek sposób. Można też także kazać choremu leżeć dłuższy czas na boku, a potem przekonać się, czy kierunek, w którym poczucie światła było niewyraźne, zmienił się w sposób odpowiedni. Jeżeli wreszcie jest bardzo znaczna różnica między stopniem poczucia światła w kierunku ku górze a ku dołowi, w ogólności poczucie to jest bardzo przytępione, to rozpoznać można oderwanie siatkówki. Jasną jest rzeczą, że jak w przypadkach zaćmy dojrzałej powikłanej z oderwaniem siatkówki, tak i w tych nie można oczekiwać, że poczucie światła ustanie zupełnie, począwszy od pewnej granicy w polu widzenia, albowiem rozpraszanie, jakiemu ulega światło, przez krew wynaczynioną zmienia warunki załamania światła. Błędne oznaczenie kierunku, w którym się światło znajduje, może i w tych przypadkach dać pożądane wyjaśnienie. Nie należy zresztą spuszczać z uwagi, że oderwanie siatkówki może później przystąpić albo się powiększyć, gdy ciałko sklone się wyjaśni a względnie zeschnie. Nie zaprzeczam w końcu, że małe oderwanie siatkówki przeoczyć można w oczach dotkniętych krwotokiem wewnętrznym, a to mimo najdokładniejszego badania poczucia światła (z powodu rozpraszania), tudzież, że w niektórych przypadkach z równoczesnym mocnym krwotokiem do ciałka szklanego pozostać można w niepewności w obec przytoczonych powyżej przypadków, mimo to jednak uważać należy badanie tkliwości siatkówki za pomocą światła pochodzącego z jednego tylko źródła za wielki postęp, tak pod względem rozpoznawania, jako też i rokowania w porównaniu z dawniejszemi sposobami badania (Graefe-*Archiv für Ophth.* III. b. 367).

Rokowanie w przypadku krwotoku do ciałka szklanego. Mniejsza ilość krwi wynaczynionej do ciałka szklanego zrząda sama przez się tylko mniej lub więcej znaczne przytępienie bystrości wzroku. Chory podaje, że przed okiem unosi się ciemny obłok albo płatek, a niekiedy (w początku), że przedmioty białe wydają mu się czerwonymi.

Wessanie odbywa się tutaj wolniej niż w komórce przodkowej, a trwać może pięć do sześciu tygodni, chociaż się krwotok nie ponowi. Bardzo często pozostają ruchome ciemne plamy w polu widzenia przez długi czas, albo na

zawsze; pozostanie zaś przerwy w polu widzenia (*scotoma fixum*) albo nawet mniej lub więcej znacznego ścieśnienia zawisło często od miejsca i rozmiarów rozpękliny naczyńkowej, częścią zaś od doraźnych lub następowych zmian w siatkówce. Porównaj § 8 i 9.

Dopóki krew nagromadzona w komórce albo w ciałku szklaném przeszkadza dokładnemu zbadaniu dna oka, należy rokować oględnie, zwłaszcza, gdy siła uszkadzająca była wielką, albo gdy oko przedtém już nie było całkiem zdrowe, np. gdy było w wyższym stopniu krótkowidzące. O ile oko z powodu nagromadzenia w wielkiej ilości krwi w ciałku szklaném pozbawioném było przez niejaki czas—2 do 3 tygodni—ilościowego poczucia światła, liczyć można na przywrócenie tego poczucia. Dodać w końcu należy, że po większych krwotokach urazowych często jeszcze po wielu tygodniach, nie tylko ciecz wodna, ale i tkanka nadtwardówkowa okazują zabarwienie żółte.

§ 7. *Przedarcie tęczówki.* Po stłuczeniu gałki ocznej zdarza się najczęściej na brzegu rzęskowym, począwszy od najniższego, za ledwie dostrzegalnego stopnia, aż do zupełnego oderwania od ciałka rzęskowego; rzadko pęka tęczówka oprócz tego równocześnie w kierunku promienia (od brzegu źrenicznego i rzęsowego) a jeszcze rzadziej znachodzimy małe naddarcia tylko na brzegu źrenicznym, albo wązkie szczelinki pomiędzy włóknami promienistemi tęczówki będące źródłem krwotoku do komórki przodkowej.

Po częściowém oderwaniu od brzegu rzęsowego (*iridodialysis*) pozbawiony jest zdziergacz źrenicy w odpowiedniém miejscu oporu ze strony włókien promienistych; przybiera więc w tem miejscu postać cięciwy zamiast łuku, skutkiem czego źrenica staje się nerkowatą. Ta zmiana postaci jest niekiedy w czasie, w którym badamy, jedyną oznaką małego oderwania tęczówki. Przez niezbyt małe szczelinki w tęczówce wydobywa się przy badaniu wziernikowém czerwony odblask z głębi oka, jeżeli środki łamiące są czyste. Rozleglejsze oderwanie poznać można natychmiast po obecności otworu obwodowego (drugiej źrenicy). Wielkie otwory tego rodzaju tak zmieniają położenie oderwanej części tęczówki, że rodzima źrenica zamienia się w wązką szparę, albo całkiem zakrytą zostaje.

Po całkowitém (albo niemal całkowitém) oderwaniu marnieje tęczówka i zamienia się w nikłą popielatą błonkę.

Naddarcia w kierunku promienia dają powód do powstania prawdziwej szczeliny (*coloboma*); jeden lub drugi brzeg oderwanej równocześnie tęczówki wciągnięty być może w rozpęklinę twardówki (jeżeli takowa powstała), albo też przylegnąć do torebki w obrębie rodzimej źrenicy i przyczepić się do niej za pomocą zrostów zapalnych. Widziałem jeden przypadek, w którym po uderzeniu oka w okolicy przyczepienia mięśnia prostego dolnego, oderwała się tęczówka w górnej trzeciej części od ciałka rzęskowego, a zarazem pękła środkiem prostopadle od (oderwanego) brzegu rzęskowego aż do brzegu źrenicznego.

**R o k o w a n i e.** Rozdarcie tęczówki samo przez się wpływa tylko wtedy na wzrok, gdy się staje powodem mocnego powiększenia źrenicy rodzimój, a tém samym olśnienia, albo też gdy jest przyczyną powstania drugiej źrenicy tak dużej i tak położonej, że w razie niedokładnego zastosowania się oka do odległości powstaje widzenie zdwojone jednooczne (*diplopia monocularis*). Oprócz tego sprawić ono może mniej więcej znaczne i trwałe oszpecenie, ale nie daje powodu do ogólniejszego zapalenia tęczówki.

**L e c z e n i e.** To uszkodzenie nie wymaga osobnego leczenia, wskazuje tylko spokój i zacinienie oczu, a w początku zimne okłady. Wessania krwi nie można zapewne przyspieszyć, mimo to jednak nie będzie od rzeczy stosować okłady zawierające wyskok z dodatkiem nastoju kwiatu pomornika górnego. Zbytecznym natomiast jest w przypadku prostego krwotoku do komórki przodkowej otwierać takową w celu wypuszczenia krwi. Tylko w takim razie, gdyby równocześnie były oznaki krwotoku do ciała szklanego (słabe poczucie światła, zwiększenie ucisku śródocznego) a wessanie odbywało się bardzo zwolna, potrzebaby przystąpić do ostrożnego i powolnego wypróżnienia krwi z komórki przodkowej.

§ 8. **P ę k n i ę c i e n a c z y n i ó w k i** dotyczy nierzadko tylko jednego lub kilku naczyń, a krew wynaczyniona zajmuje tylko sam miąższ naczyńówki, albo wylewa się pomiędzy twardówkę i naczyńówkę (w większej ilości tylko po uszkodzeniu połączonej z otwarciem gałki ocznej) albo też odrywa część siatkówki, może ją nawet przebić i dostać się do ciała szklanego; wyższy stopień pęknięcia przedstawia się jako mniej więcej długa rozpękлина naczyńówki w jednym lub kilku miejscach.

**R o z p o z n a n i e i r o k o w a n i e.** Mniej więcej liczne i rozległe wynaczynionki w miąższu naczyńówki zauważono, po stłuczeniach gałki ocznej nawet bez innych widocznych zmian. Same przez się nie zrzadzają te plamiste albo centkowate ogniska żadnego zboczenia w widzeniu. Znikają też zazwyczaj w krótko bez wyraźnych śladów. Lecz może także rozwinąć się zapalenie następowe i przejść nawet na siatkówkę. Wykazać je można oczywiście tylko za pomocą wziernika, a przedstawiają się one jako krwawe plamy i centki, po których naczynia siatkówki biegną bez przerwy i bez zboczenia w swoim przebiegu. W niektórych przypadkach zaćmiewa się część siatkówki przed niemi położona na niejaki czas i wyjaśnia się znów zwolna, zazwyczaj po upływie dni kilku. To samo sprawiają według Berlina (porównaj § 18) także małe wynaczynionki podnaczyńówkowe.

Większą nierównie doniosłość mają takie pęknięcia naczyń naczyńówki, które wypierają albo zgoła przerywają przyległą część siatkówki. Jeżeli zmiany takie powstaną w okolicy plamki żółtej, chorey żali się na upośledzenie wzroku; jeżeli zaś utworzą się dalej ku obwodowi, to prócz wynaczynionki w ciałku szklanym, może na ich obecność zwrócić uwagę tylko badanie pola widzenia, a stwierdzić ją stanowczo badanie wziernikowe. W pierwszych dniach może krew wynaczyniona do ciała szklanego lub do cieczy wodnej

utrudnić rozpoznanie, albo zgoła niepodobnym uczynić. Później może się uwi-  
docznie oderwanie albo przedziurawienie siatkówki, ale może też ukryć się po-  
za następowym zaćmieniem ciała szklanego.

Takie pęknięcia siatkówki mogą się bez pozostawienia znaczniejszego upo-  
śledzenia wzroku tak zagoić, że bliznę zaledwie dostrzedz można. Nawet czę-  
ści siatkówki oderwane, mogą po wessaniu krwi odzyskać zdolność odbywania  
swojej czynności. Jeżeli zaś uległy zapaleniu, to czynność ich przywrócona do  
pewnego stopnia ulegnąć może na nowo nadwerżeniu wskutku ściągania się  
blizny. W przypadkach takich należy więc wstrzymać się z orzeczeniem co do  
ostatecznego zakończenia bardzo długo, częstokroć nawet przez kilka miesięcy.

§ 9. R o z p ę k l i n y n a c z y n i ó w k i zauważano najczęściej w oko-  
licy tylnego bieguna oka, a zatem po stronie skroniowej tarczy n. wzrokowego,  
a w szczególniejszych okolicznościach także i po stronie nosowej. Sposób ich  
powstawania wyjaśniono w § 1.

R o z p o z n a n i e. W początkach zakrywa rozpęklinę krew, która po  
części ją samą zalewa, po części zaś dostać się może przez pękniętą siatkówkę  
do ciała szklanego, a nawet aż do komórki przodkowej. Po wyjaśnieniu się  
środków łamiących, widać rozpęklinę naczyniówkową ograniczoną brzegami  
ostremi albo ząbkowanemi, zrazu zabarwioną żółto, później zaś żółtobiało, a to  
z powodu odbijania się światła tylko od samej podówczas już obnażonej twar-  
dówki. Brzegi pozostają przez długi czas czerwonemi, później zabarwiają się  
często czarnym barwikiem. Po przez tę szparę przebiegają nie zmienione nac-  
zynia siatkówki, chyba że równocześnie z naczyniówką, pękło także które nac-  
zynie siatkówkowe. Oprócz tego mają być w najbliższym sąsiedztwie oznaki  
odczynowego zapalenia siatkówki, a nawet częściowego tejże zmarszczenia lub  
oderwania. W późniejszym okresie ciągną się nierzadko pasma tkanki łącznej  
przez ciało szklane bezpośrednio przed środkiem rozpękliny albo w najbli-  
ższym sąsiedztwie i zasłaniają ją częściowo.

Jeżeli narzędzie tępe ugodziło gałkę oczną w okolicy jej równika albo  
przed nim, tak iż ściana oczna się zakłęsa, przygotowanym być potrzeba na  
pęknięcie naczyniówki w tej okolicy. Rozpękliny w tylnym odcinku naczyniów-  
ki po stronie nosowej tarczy nerwu wzrokowego zauważono dotąd tylko po  
uderzeniu obcym ciałem twardówki po stronie nosowej. Obecność rozpękli-  
ny w tylnej części naczyniówki ku skroni od nerwu wzrokowego nie wyklucza  
rozpękliny w środkowym odcinku naczyniówki po tej samej stronie, jeżeli gał-  
ka oczna ugnieconą została w okolicy równika, albo nieco przed nim po stro-  
nie skroniowej.

Wskutku uderzenia kawałka żelaza o gałkę oczną prawą po stronie no-  
sowej, powstała w jednym przypadku w okolicy równikowej na wewnątrz od  
nerwu wzrokowego rozpęklina naczyniówki o dwóch odnogach, z których dłuż-  
sza pionowa miała 2 do 3 średnic tarczy nerwu wzrokowego, krótsza zaś ma-  
jąca tylko jedną średnicę tarczy, przebiegała poziomo tworząc z górnym koń-

cem odnogi pionowej kąt niemal prosty. W niejakiem oddaleniu widać było zgrubiałe, połyskujące, tłuszczowo białe brzegi nieregularnie przedartej siatkówki zasłaniające w pewnym obszarze czerwone dno oka. Po za zewnętrznym brzegiem rozpekliny ku przodowi aż do okolicy piłkowatej (*ora serrata*) wznosiła się siatkówka w postaci pęcherza pomarszczonego. Ciało szklane było przytém lekko zaćmione. Podmiotowo objawiało się cierpienie bardzo mocném upośledzeniem bystrości wzroku i znaczném ścieśnieniem zewnętrznego krańca pola widzenia. *Stellwag*, Lehrbuch 4 Aufl. pag. 322.

W jednym przypadku z kliniki *Knappa* ogłoszonym przez *Auba* (*A. f. A. u. O. II a. 256*) uderzył kawałek drzewa oko lewe 14 letniego chłopca po stronie skroniowej. W dwa tygodnie później można było po mocném rozszerzeniu źrenicy widzieć w przypadkowo zewnętrznój części dna oka, a mianowicie w miejscu połączenia się właściwej naczyniówki z częścią rzęskową, szczelinę (przebiegającą ku górze i ku tyłowi), którój brzegi były czarno zabarwione. Później po wessaniu krwi wynaczynionój do ciała szklanego pokazała się odsobniona rozpeklina naczyniówki w okolicy plamki żółtój z 2 odnogami ku górze i 3 ku dołowi. Rozpeklinę w przodkowej części dna oka zajmowała podówczas blizna, a brzegi jój były jeszcze zabarwione.

*Knapp* (*l. c. pg. 27*) podaje opis i wizerunek oka uszkodzonego rokiem pierwój wystrzałem z pistoletu nabitego tylko prochem. W rogówce i twardówce znajdowały się liczne ziarna prochu. Chory liczył palce tylko na 1 stopę, pole widzenia było od strony nosa bardzo ścieśnione. Za pomocą wziernika można było dostrzedz ruchome zaciemnienia w ciałku szklaném zaciemniające nieco dno oka. Mimo to dostrzeżono białą smugę zakrzywioną otaczającą dolną i zewnętrzną stronę tarczy n. wzrokowego, a w przodkowej części dna oka również ku dołowi i zewnątrz mnóstwo nieregularnych białych plamek, które można było od razu uznać za braki tkanki naczyniówkowej i obrażenie twardówki. Większe naczynia naczyniówki utrzymały się, a naczynia siatkówki przebiegały przez tę okolice nie okazując uderzających zmian; w jedném atoli miejscu była siatkówka na małej przestrzeni oderwaną w postaci owalnego modrawego pęcherzyka.

Tym trzem przypadkom wspólną jest ta osobliwość, że rozpekliny w tylnej części naczyniówki znajdowały się ściśle w tym samym południku, w którym gałka oczna z przodu ugodzoną została. Przemawiają one przeciwko powstawaniu tylnych rozpeklin naczyniówki, tak samo przez odbicie (*contre-coup*) jak przez przeciwcisnienie (według *Berlina*). Ta okoliczność niechaj usprawiedliwi przytoczenie ich na tém miejscu w opisie skróconym.

**Rokowanie i leczenie.** Odczyn urazowy może być gwałtowny, lecz w przecięciu bywa nieznaczny. Leczenie przeto jest początkowo takie, jak w krwotoku tylnym. Później, mianowicie, gdy się pojawi zapalenie siatkówki, potrzeba przez kilka tygodni chronić oczy od mocniejszego światła, unikać nateżenia akomodacyi w oku drugiem i zalecić stosowne zachowanie się dyetyczne. W największej części przypadków doznaje wzrok natychmiast takiego

upośledzenia, że pozostaje tylko ilościowe poczucie światła, a i to powraca w niektórych przypadkach dopiero po 8 do 14 dniach; przypadki, w których zwrok odzyskany lub dochodzi w przybliżeniu lub zupełnie do stopnia dawnego, uważać należy za wyjątkowe. Miejsce pęknięcia pozostaje często na zawsze ślepym; w innych przypadkach ścieśnia się równocześnie pole widzenia mniej więcej znacznie. Ścieśnienie to rzadziej jest następstwem rozdarcia włókien nerwu wzrokowego, aniżeli zapalenia odczynowego z następowym oderwaniem siatkówki (wskutku ściągnięcia się blizny), albo bez takowego. Zdolność oka do odbywania swój czynności może prócz tego doznać trwałego nadwężenia wskutku wytworzenia się nowej tkanki łącznej w ciałku szklanym.

§ 10. Wstrząśnienie soczewki (wskutku gwałtownych uderzeń, razów, zacięcia batem i t. p., albo wskutku gwałtownego wstrząśnienia czaszki lub zgoła całego ciała) zrzadza bardzo rzadko pęknięcie torebki przedkowej i jego następstwa (§ 24) z wyjątkiem tych przypadków, w których soczewka zapędzoną ku rozpęklinie twardówkowej (§ 4). Knapp (l. c. p. 20) widział także pęknięcie samej tylko tylnej torebki po uderzeniu w oko u Aub (A. f. A. u. O. II. n. 256) zauważył takowe w powyżej przytoczonym przypadku pęknięcie naczyniówki w przedkowym i tylnym odcinku.

Nierównie częściej wydarza się częściowe albo całkowite naciągnięcie lub rozdarcie wieszadła soczewki czyli obwódki Zinna.

(Dalszy ciąg nastąpi).

## Epidemiczne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych.

### *Meningitis cerebro-spinalis epidemica.*

Przez prof. v. Ziemssen'a.

Interesującą jest tak często spostrzegana symetria w występowaniu wysypki na obu połowach ciała. Nie tylko na twarzy i na tułowiu, lecz i na kończynach rozwija się wysypka wyprysku często na obu połowach ciała w miejscach ściśle symetrycznych. I tak widzieliśmy wyprysk jednoczesny na obu stawach ręki, pokrzywkę na obu udach, petocie na obu ramionach i t. d.

To symetryczne występowanie, jako też różnorodność i częstota wysypki przemawia, w związku z nadczułością, za bardzo wyraźnym zaburzeniem troficznym inervacji, wychodzącym z mózgu resp. rdzenia, — jako za przyczyną cierpienia skórno, zupełnie w ten sam sposób, jak to przyjętym zostało w nowszych czasach dla wyprysku (*zoster*), nie towarzyszącego zapaleniu opon.

Oprócz wspomnianych objawów należy jeszcze gorączkę uważać za stały objaw choroby.

Zachowanie się ciepłoty ciała, zbadane szczególnie przez Wunderlich'a i przezemnie, jest nieregularne.

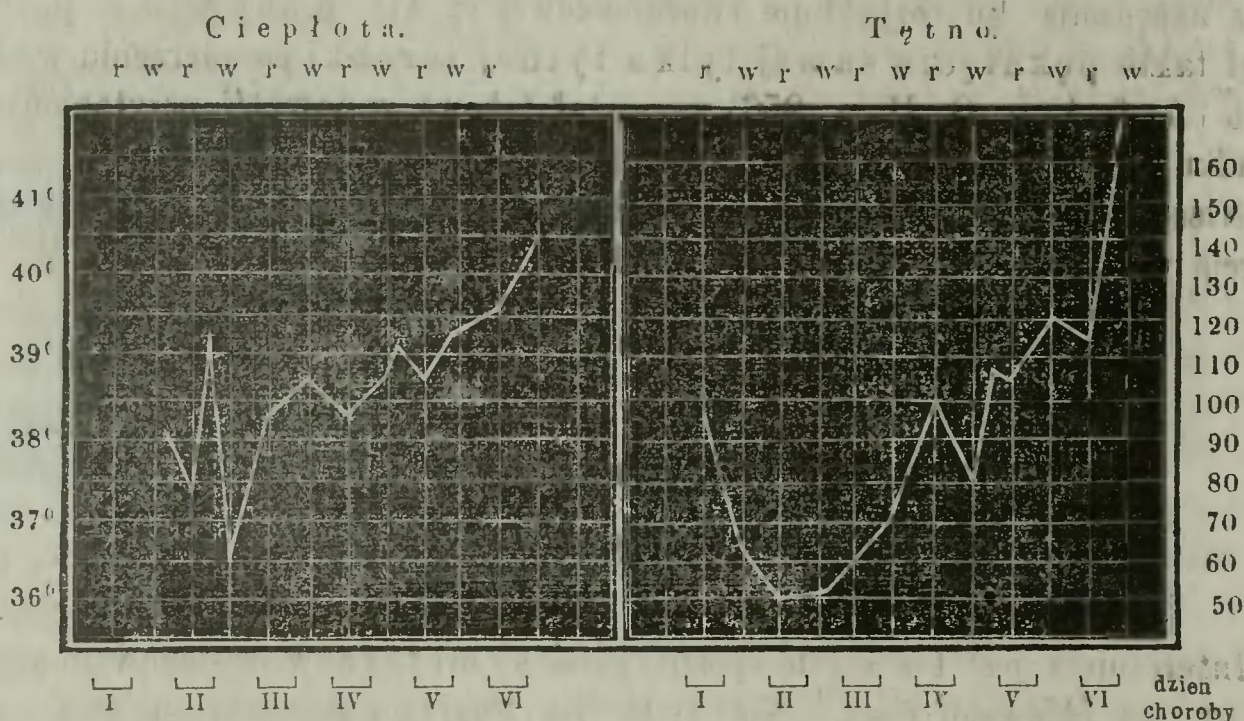
W ogóle ciepłota podnosi się bardzo wysoko, nie zawsze z samego początku, lecz dopiero od drugiego lub trzeciego dnia; niekiedy jednakże ciepło-

ta szybko się podnosi po początkowym dreszczu wstrząsającym. Nie rzadko widzimy ciepłotę  $42^{\circ}$  i wyżej w wypadkach ciężkich, zwłaszcza przy końcu życia.

Najzwyklejszemi są ciepłoty średniej wysokości  $38-39,5$ , z wahaniami bardzo nieregularnymi na dół i ku górze, często przerywanymi przez ciepłoty prawidłowe dłużej się utrzymujące przy utrzymaniu się wszystkich innych objawów. Jeśli zresztą porównamy z sobą tablice ciepłoty rozlicznych wypadków wówczas znajdziemy, iż mało tylko krzywizn jest do siebie podobnych.

Pomieszczam tu niektóre krzywizny obok krótkich historyj choroby: krzywizny te oznaczają przebieg ciepłoty i tętna w wypadkach ciężkich i lekkich.

I. Wypadek ciężki. L. W., lat 15 liczący, uczeń mularski. Nagły dreszcz, ból głowy, wymioty, szczykościsk, tężec mięśni karku i grzbietu.



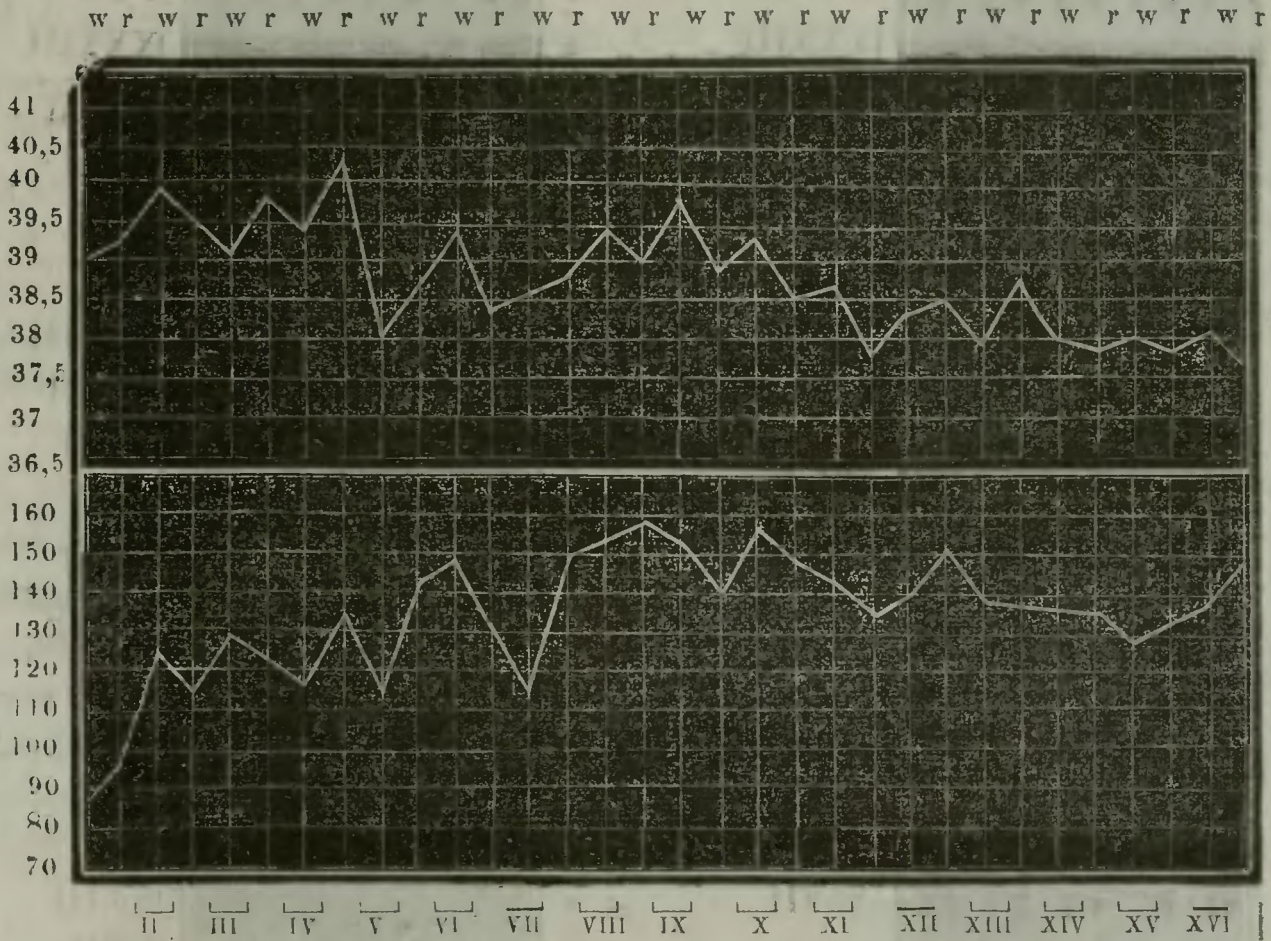
Zapalenie łącnicy, naczulność skóry. W 4 dniu wyprysk twarzowy, różyczka, różycyca, pokrzywka i petocie na kończynach. Gorączka wielka przy zwolnieniu tętna. Majaczenia gwałtowne, później śpiączka. Przy gwałtowném podniesieniu się ciepłoty i tętna śmierć w 7 dniu choroby.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e. Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych ropne. Pozostałości dawnego zapalenia opłucnej i powłoki wątrobowej. Częściowy zapad płuc i zapalenie płuc zrazowe. Rozmiękczenie trupie żołądka i przepony (5 godzin po śmierci). Ropne zapalenie ścięgien na ręce lewej. Ogniiska przerodzone w mięśniach grzbietowych i brzusznych prostych. Owrzodzenie rogówki.

II. Wypadek średniej ciężkości. M. V., lat 12 licząca, córka pończosznika. Nagły dreszcz, wymioty podczas pierwszych 4 dni. Ból głowy w czole, sztywność i bolesność kolumny kręgowej, silne pragnienie. Umysł z początku wolny, potem majaczenia i senność. Petocie w 2 dniu, wy-



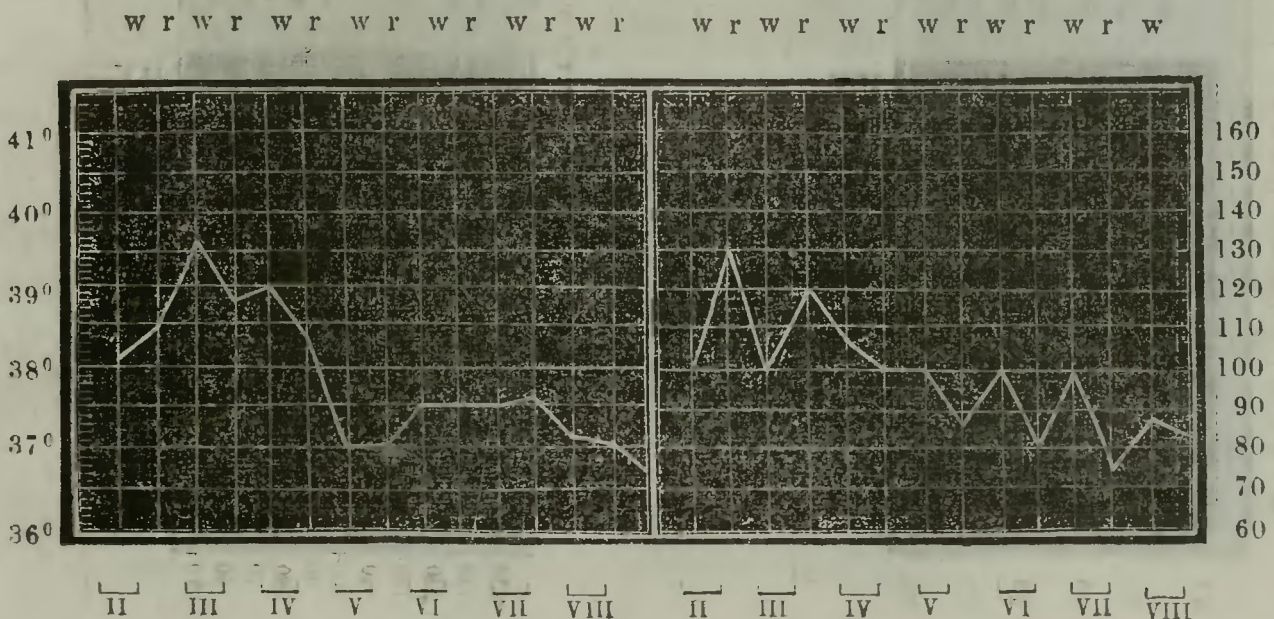
prysk na twarzy w 7, na palcu wielkim w 10 dniu. Wylew w prawym stawie ręki. Zapalenie łącznicy i rogówki. Plesniawki. Ciepłota z początku wysoka, stopniowo opada, natomiast tętno dochodzi do znacznej częstotliwości. Rekonwalescencya powolna. Trwanie choroby około 6 tygodni.



III. W y p a d e k l e k k i. C. St., 16 lat licząca, córka obrońcy. Choroba zaczyna się po 2 dniowym okresie zwiastunnych bólami głowy, kończyn i w dołku żołądkowym, nudności, wymioty, sztywność karku, majaczenia, przedwczesne wystąpienie regularności, wyprysk w 4 dniu, zapalenie łącznicy. Gorączka krótko trwająca: polepszenie w końcu pierwszego tygodnia. Choroba trwa 3 tygodnie.

Ciepłota.

Tętno.





Zwolnienia resp. przepuszczenia rozciągają się często na dni kilka, tak, iż rysunek graficzny przebiegu ciepłoty daje obraz bardzo nieprawidłowy, często nawet podobny do ciepłoty gorączki powrotnej.

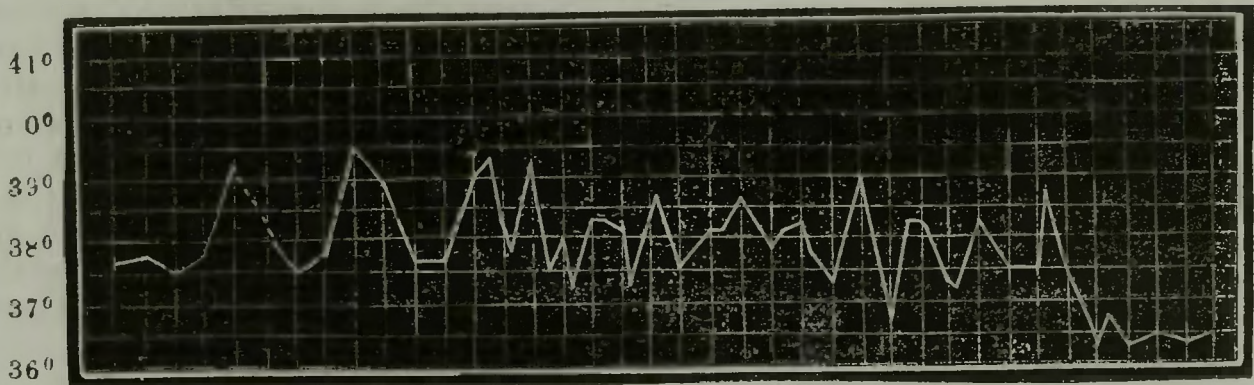
Zestawiam tutaj krzywizny wypadków przepuszczających:

I. Kat. F., 8 lat licząca, córka robotnika. Choroba poczęła się nagle wymiotami i bólem głowy. Dreszcz, bóle karkowe i trudność w połykaniu, sztywność i bolesność kolumny kręgowój w okolicy szyjowej i piersiowej. Umysł swobodny, niekiedy lekkie majaczenia. Bóle w dołku żołądkowym. Wyprysk wargowy w dniu 4. Czasowa polyuria i białkomocz w niewielkiem stopniu. Tętno początkowo zwolnione, później częste. Ciepłota początkowo bardzo podwyższona, później napady podobne do przepuszczających, z których niektóre połączone są z dreszczem wstrząsającym, wymiotami i bólem głowy. Napady te ustały w 5 tygodniu. Wyzdrowienie w 7 tygodniu (krzywizna ciepłoty na str. 186).

II. T. M., 19 lat liczący, student. Ośmiodniowe zwiastuny. Choroba zaczyna się nagle bólem głowy, wymiotami, drgawkami lekkiego stopnia, utratę przytomności. Kark nieco sztywny. Brak gorączki w pierwszych dniach. Pogorszenie w 4 dniu z gorączką krótkotrwałą. Powtórzenie podobnych napadów w 5, 7 i 8 dniu z wyraźnymi objawami ze strony rdzenia. Następnie codzienne pogorszenia, jednakże małego natężenia i krótkotrwałe. Żadnej wysypki. Zupełne ustąpienie napadów gorączkowych w dniu 18. Wyzdrowienie. Choroba trwała około 6 tygodni, rekonwalescencya około 4 tygodni.

### § C h i n i n a .

W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R W R



II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV XV XVI XVII XVIII XIX

Wspomniałem już wyżej, że w wypadkach tych nie ma zimnicy (*intermittens*). W wielu wypadkach, w których w początku i w przebiegu choroby pojawiają się podobne napady gorączkowe, prawdopodobniem jest, iż zapalenie nagle się posuwa, podobnie jak przy róży wędrującej lub zapaleniu płuc (*pneumonia ambulans*).

(Dalszy ciąg nastąpi.).

## KRONIKA ZAGRANICZNA:

## Rozpoznawanie i miejscowe leczenie chorób żołądka i kiszek.

Kierunek, w jakim obecnie podąża medycyna praktyczna, głównie zdaje się polegać na wynalezieniu coraz to nowych sposobów miejscowego leczenia, a to w chorobach takich nawet narzędzi, które aż do dziś dnia powszechnie były uważane za nieprzystępne dla tego rodzaju terapii. Nie idzie już tyle o wykrycie jakichś środków swoistych, w sposób tajemniczy zwalczać mających dane cierpienie, ile o uprzyśtępnienie rozmaitych narzędzi wewnętrznych, celem zastosowania na nie środków, których działanie, jako oparte na własnościach naturalnych, fizykalnych lub chemicznych, znane jest powszechnie i całkiem zrozumiałe. Tym sposobem zyskujemy coraz to nowe obszary miejscowego działania leków, a usiłowania czynione w tym kierunku, jednocześnie nie mało się przyczyniły do udokładnienia metod rozpoznawczych. W ogóle też rzecz można, że badania tego rodzaju czynią się w części w celu dyagnostycznym, w części zaś—w terapeutycznym, ale najczęściej oba te cele łączą się w jeden, tak iż uprzyśtępniający chore narzędzia dla rozpoznania jego cierpienia, jesteśmy w stanie zastosować na tak uprzyśtępniony organ nowe, bardziej racjonalne sposoby lecznicze. Dzis oto znowu spotykamy się z dwiema pracami, noszącymi na sobie powyższy charakter. Jedną z nich (prof. Mosler'a) dotyczy skuteczności wprowadzania większych ilości płynów do przewodu kiszki przy leczeniu chorób wewnętrznych (*Weitere Erfahrungen über den Nutzen d. Einführung grösserer Mengen v. Flüssigkeit in d. Darmkanal bei Behandl. intern. Krankhten.—Deutsch. Arch. f. Klin. Med. XV. 1875*), drugą zaś podjętą przez prof. Leubego, niezamordowanego badacza na polu terapii chorób żołądka, nosi tytuł „Przyczynki do rozpoznania rozszerzenia żołądka“ (*Zur Diagnose d. Magendilatation. Tamże*).

Co do artykułu Mosler'a, to właściwie pierwsi już Hegar zbudował prosty bardzo konstrukcyjny przyrząd lejkowaty, za pomocą którego można było wlewać przez odbytnicę do kiszki odhodowej znaczne ilości płynu (wprost wody albo też roztworu danego środka) i tym sposobem wywołać miejscowe jego działanie na błonę śluzową dolnego odcinka kanału pokarmowego \*).

Porównując powyższy sposób stosowania leków z dotychczasowymi, t. j. przez usta lub za pomocą enem, łatwo dostrzedz możemy korzyści i zalety nowego sposobu. Bo, pominiawszy już, że tą drogą—wypłukiwać możemy całą kışkę grubą, usuwając z niej masy kałowe lub nawet produkta chorobne (np. przy dyzenterji), nadto wprowadzając naraz duże ilości roztworu jakiego środka (Mosler nie widział złych skutków nawet po wprowadzeniu 5 litrów czyli kwart), a więc przyprowadzając go w zetknięcie z błoną śluzową na znacznej przestrzeni, większą nierównie możemy mieć pewność co do jego skuteczności, niż gdybyśmy go zadawali przez usta lub nawet w enemie. A przytém użyty roztwór może tu być stosunkowo bardziej stężony, skoro możemy go pozostawić w kışce przez czas tylko krótki, a po wypuszczeniu przepłukać kışkę wodą, by tym sposobem uchronić ją od ewentualnie złych następstw na czas dłuższy pozostającego roztworu.

Sposobu tego z dobrym skutkiem używał M. w następujących wypadkach: 1) Przy epidemicznym niezycie kışek u dzieci. Tutaj kilkakrotnie dziennie powtarzane przepłukiwania roztworem nadmanganianu potażu (2 łyżki 5 procentowego roztworu kali hypermanganici na 1 litr ciepłej wody) w krótkim czasie sprowadzały wyleczenie w tych nawet razach, w których przez długi czas używane środki wewnętrzne nie skutkowały. 2) W ostrym i przewlekłym niezycie kışek u dorosłych—w ostatnich czasach zamiast nadmanganianu potażu zaczął M. używać kwasu salicylowego (3 grm. na 1 litr ciepłej wody). 3) Przy czerwonice (*dysenterja*). We wszystkich tych wypadkach bardzo prędko znikaly objawy wydymania i napieranie na stolec (*tenesmi*), a jednocześnie i liczba stolców

\*) Sprawozdanie z poprzednich prac Hegar'a w tym przedmiocie, oraz opis jego przyrządu znajdzie czytelnik w naszym „Przeglądzie Postępu Nauk Lekarskich“ za r. 1873, str. 263.

szybko się zmniejszała. Szczególniej świetne rezultaty otrzymywać miał autor przy ezerwonce. 4) Zachęcony pomyślnemi rezultatami, umyślił M. spróbować nowego sposobu przy d u r z y c y b r u s z n é j (*typhus abdominalis*). Tu jednak, chcąc osiągnąć działanie m i e j s e o w e na samo siedlisko choroby, należało wprzód się przekonać czy płyn do kiszki grubej wprowadzony, może przenikać i do kiszki cienkiej. Otóż z doświadczeń przeprowadzonych w tym celu: już to na trupach, już na zwierzętach, autor czuje się upoważnionym do wniosku, że w okolicznościach pomyślnych i u chorych tyfusowych pewna część płynu odwietrzającego (*desinficiens*) przenika aż do kiszki cienkiej i tu przyczynia się do wydalenia jadu durzycowego, a przynajmniej sprowadza oczyszczenie tyfusowych wrzodów. Zresztą na korzyść tego rodzaju leczenia przy durzycy przemawia i ta okoliczność, że w pewnych razach, nawet wcale nierzadko przy durzycy jednocześnie zajęta zostaje sprawa chorobną i kiszka gruba (podług zestawienia Hoffmanna z 233 wypadków 94 razy). Odpowiednio do tego i rezultaty kliniczne potwierdziło pomyślne działanie przepłukiwań tego rodzaju: wzdęcie brzucha ustawało się mniejsze już na 3—6 dzień leczenia, liczba stolców się pomniejszała, bóle się łagodziły. I tutaj używał autor głównie kwasu salicylowego (5 do 10 grm. na dzień). 5) Powątpiewając o skuteczności leczenia *helminthiasis* za pomocą powszechnie używanych środków, które wprawdzie w krajach gdzie je można mieć świeżemi mogą działać pomyślnie, u nas zaś zwykle nie zabijają wcale wewnątrzaków, autor starał się i tu poprzeć działanie dynamiczne pomienionych środków mechanicznem działaniem. Tym celem opróżniwszy kanał pokarmowy chorego przez podanie łyżki ol. rycynowego, zezadawł następnie: Rp. Extr. granati spirituosu Batav. 1) 7, 7, Pulv. rd. Alth. q. s. ad pillulas Nr. XXX. DS. - Na 2 razy zażyć. Następnie przepłukuje ciepłą wodą odbytnicę aż do wydalenia wewnątrzaka. Tym sposobem udało się M. w dwóch wypadkach wydalić *tania mediocanellata* w całości, t. j. wraz z głową.

Co się tyczy techniki pomienionego sposobu, to do zastosowania jego autor posługuje się zmodyfikowanym przyrządem lejkowatym Hegara (zmodyfikowany tak przyrząd u fabrykanta narzędzi Weinberga w Greifswaldzie, kosztuje 5 marek niemieckich). W czasie przepłukiwania, chory, podług Hegara ustawia się w położeniu na kolanach i łokciach, Mosler zaś jest zdania, że z równymże skutkiem i łatwością można dokonać przepłukania w położeniu chorego na grzbiecie. Płyn nie powinien być wpuszczany naraz w całej ilości, lecz zwolna i stopniowo. W podobny sposób postępuje się z dziećmi, które piastunka trzyma na kolanach (na które posłano ceratę) ułożywszy je na grzbiecie. Płyn wypuszczony splywa do podstawionego naczynia.

Przechodzimy do pracy Leube'go.

Autor zastanawia się najprzód nad trudnością rozpoznawania chorób żołądka w ogóle, zwłaszcza zaś rozszerzenia jego (*dilatatio ventriculi, gastrectasia*), we wszystkich bowiem stanach chorobnych tego narzędzia występuje na pierwszy plan zawsze jeden i ten sam szereg objawów, przeważnie podmiotowych, które nie dają nam dokładnego pojęcia o anatomicznej postaci cierpienia. Pomijając już nie mające pod tym względem żadnego specjalnego znaczenia zjawiska niestrawności, przy rozpoznawaniu rozszerzenia żołądka brano dotąd pod uwagę następujące objawy: 1) Wielką ilość mas zwymiotowanych, co jednak nie może mieć pod tym względem rozstrzygającego znaczenia, już bowiem pojemność zdrowego całkiem żołądka oznaczono na 6—8 funtów, a więc ilość, jakiej nigdy nie dosięgają zwymiotowane masy. 2) Przy dotyku i oglądzie wielka i mała krzywizna rozszerzonego żołądka miała się dawać wyraźnie oznaczyć, ale wypadki podobne są do tego stopnia rzadkie, iż sam Leube ani jednego jeszcze nie miał sposobności postrzegać; nadto zaś tą drogą za żołądek łatwo wziąć można rozdęte i uniesione ku górze *colon transversum*. 3) Zjawiska wysłuchu: naciskając ręką na nadbrzusze osoby dotkniętej rozszerzeniem żołądka, słyszeć się daje głośny szmer, sprowadzony bulkotaniem płynnej zawartości w żołądku rozdętym gazami. Ale objawowi temu nie podobna przypisywać patognomicznego znaczenia, ile że miewa on miejsce i u osób zupełnie zdrowych. Podobnież i szmery słyszane w żołądku pod-

1) Przetwór z Batawii sprowadzony i bardzo drogi: 300 grm. kosztowało 16 talarów bez porta.

czas gdy chory wstrząsa mocno swém ciałem nie stanowią pewnych oznak rozszerzenia. 4) Więcej już daje pewności metoda rozpoznawcza, polegająca na tém, iż po wprowadzeniu do żołądka większej ilości płynu (najlepiej za pomocą pompy żołądkowej) opukujemy okolice żołądka, przyczém pas tępości poziomo przebiegający będzie leżał tém niżej, im bardziej żołądek jest rozszerzony. Jeżeli po wlaniu do żołądka 1 litra wody górna granica wymienionego pasa tępości mało co się wznosi ponad pępek, w takim razie przyjąc można z niejaką pewnością obecność rozszerzenia żołądka.

Wszystkie te więc objawy są albo niepewne, albo też występują tylko w wypadkach daleko posuniętego rozszerzenia żołądka. Pożądanym przeto jest znak za pomocą którego bylibyśmy w stanie nieomylnie rozpoznawać w mowie będące cierpienie w takich nawet razach, gdy to nie dosięgło najwyższego swego stopnia. Otóż znak taki autor znalazł w następującym sposobie: w prowadziwszy zgłębnik żołądkowy do żołądka ile można głębiej (nie używając przytém jednak siły!), staramy się koniec zgłębnika wymacać przez ściany brzuszne, a tym sposobem otrzymujemy dokładne pojęcie o położeniu *curvaturae majoris*. Przy doświadczeniach tego rodzaju, wielokrotnie wykonywanych przez Leube'go na chorych, zarówno jak i na zdrowych, pokazało się, że u tych ostatnich nawet, koniec zgłębnika dosięgać może wysokości pępka. Tak nizkie położenie końca zgłębnikowego zależy od wpuklania się dolnej ściany żołądka, która w postaci palca od rękawiczki pociągniętą zostaje przez spuszczający się zgłębnik i obciąża się na nim, o czem przekonał się Leube bezpośrednio za pomocą doświadczeń na zwłokach. Na zasadzie swoich spostrzeżeń, podaje Leube granicę, do której koniec zgłębnik spuszczać się może u osób zdrowych; granicą tą jest linija pozioma poprowadzona pomiędzy obu kolcami przednio-górnymi kości biodrowej (*spinae ilei ant. sup.*). Tym sposobem, w razie gdy koniec zgłębnika wymacać daje się poniżej pomienionej linii, wówczas przyjąc można obecność rozszerzenia żołądka. Rozumie się, że powyższe wyniki doświadczeń Leube'go wtedy tylko jeszcze nabiorą zupełnej pewności, gdy zostaną stwierdzone przez innych także badaczy. W końcu autor podaje opis paru bardzo pouczających wypadków, z których w jednym koniec zgłębnika mógł być wymacany jednocześnie i przez ściany brzuszna i przez odbytnicę.

## Wiadomości bieżące.

Mięso końskie, jego higieniczne i pożywcze własności (Du Mesnil, Annal. de med. vét. de Bruxelles et la France médic.—Ann. d'hygiène publ. 1873. II zeszyt p. 421). Mięso końskie ciągle jeszcze nie bywa tak cenione, jak na to zasługuje, a mimo to posiada w wysokim stopniu wszystkie własności środka pożywczego. Podczas oblężenia Paryża zjedzono 70,000 koni, a żadne ztąd dla ludności nie wynikły szkody, tak samo miała się rzecz z innymi oblężonymi miastami (Kopenhaga, Pfalzburg). Mięso i rosół z koni chorym i rannym znamienite oddawały usługi i podczas oblężenia Aleksandryi tylko za pomocą mięsa końskiego udało się powstrzymać epidemię gnilca, która się rozeszła po całej armii. W Berlinie, pod dozorem lekarza dla koni, zabito i zjedzono w latach 1844 do 1865 koni 10,000. Rozmaite narody uznały mięso końskie za dobry środek pożywny, tylko w Europie wyszło ono z użytku, i jedynie w wyjątkowych wypadkach (podczas wojny, głodu i t. p.) uciekają się do niego. W naszych jednakże czasach bardzo często, mimo naszej wiedzy, w najlepszych kuchniach i najdelikatniejszych restauracjach używają mięsa końskiego. Smakuje ono w pieczystém wybornie i może najlepsze daje buljony. Nawet z nietuczonego i 16, 19, a nawet 23 letniego zwierzęcia, które z wyjątkiem skóry nie warte nad kilka franków, zupa jest jeszcze dobrą. Mięso końskie posiada bardzo wielkie znaczenie dla pożywiania pracującej klasy i równocześnie także dla całej ludności, ponieważ przez mięso końskie musi spaść cena mięsa wołowego. Ile zaś dostarczy ono środków pożywczych, da się mniej więcej obrać. Według urzędowych zestawień Francya posiada 3,400,000 koni. Wiek przeciętny konia jest lat 12, rocznie więc odpada przez śmierć 283,000, albo też tylko

266,000. Według doświadczeń robionych w Wiedniu na 1180 koniach, każdy koń daje 224 kilogramów dobrego mięsa. Jeśli sumę tę pomnożymy przez powyższą liczbę koni rocznie odpadającą, natenczas otrzymujemy 50,624,000 kilogr. Jeżeli zaś także znaczną liczbę koni,  $\frac{1}{10}$  aż nawet do  $\frac{1}{7}$ , odciągniemy jako niezdatne i niestosowne do spożycia, to zawsze pozostanie jeszcze tyle, że w jego używaniu trzeba koniecznie uznać znaczne źródło pożywienia dla pracującej klasy. Miliony ludzi nie są w stanie kupić sobie mięsa i miliony funtów mięsa marnieje, i tylko poboczne z nich wyciągamy zyski.

Przyczynek do patologicznej anatomii dziedzicznego przylotu noworodków, z szczególnem uwzględnieniem zmiany w trzustce (*pancreas*). Przez Dr Birch—Hirschfeld (Arch. d. Heilk. 1875. II zeszyt). Na wstępie autor potwierdza zmiany w kościach, opisane przez Wegnera jako stały znak dziedzicznej kily u małych dzieci; w zmianach tych trzy rozróżnia okresy. Pierwszy okres charakteryzuje się przez pokład 2 mm. szeroki, biały, jaśniejący, który leży pomiędzy kością a chrząstką kości rurkowatych. Odpowiada on rozległemu pasowi tymczasowego nacieczenia wapiennego. W drugim okresie pokład ten powiększył się do 4 mm., ku kościom skierowana część chrząstki nasadowej jest nieco rozmiękła. W trzecim okresie pomiędzy kością a chrząstką spoczywa miękki pokład szarozółtawy, w którego utkaniu się znajdują ropiasto się rozpadające granulacye, tak iż się kość nasadowa (*epiphysis*) łatwo oddziela od trzonu kości (*diaphysis*). W wypadkach, w których istniały powyższe zmiany kości, znalazł autor śledzionę powiększoną, tak iż średnia jej ciężkość wynosiła dwa razy tyle co śledziona normalnej. Histologicznie guz ten śledziona nie charakteryzuje się niczem. Trzustka w 23-ch wypadkach była zwiększoną 13 razy, ciężkość często wynosiła dwa razy więcej, a przez mikroskop było można stwierdzić znaczne bujanie śródmiąższowej tkanki łącznej z następczem ściśnięciem i zanikiem pęcherzyków gruczołowych, tak iż się trzustka zamieniła w marską (*cirrhosis*), do funkcyonowania niezdatną masę. Tym sposobem zmiana ta jest bardzo podobną do śródmiąższowego kilowego zapalenia wątroby. W końcu autor sądzi jeszcze, że dla ważności, jaką wydzieliny trzustki posiadają dla trawienia ciał białkowych, łatwo przyjąć można, że zaburzona czynność tego organu wywiera zły wpływ na odżywianie.

Swojskie wystąpienie nieżytywej żółtaczki. Spostrzeżenie Dra Lindemanna w Soëst (Deutsch. Ztschr. f. prakt. Med. 1874. Nr. 45). W przeciągu dwóch miesięcy autor spostrzegł 27 wypadków nieżytywej żółtaczki. Okoliczność ta zwróciła jego uwagę z tego powodu, ponieważ wszyscy chorzy byli rekrutami jednego i tego samego batalionu i z zwykłych przyczyn tego cierpienia nie dało się żadnej na pewno dowieść. Jego dokładnym badaniom udało się wysledzić właściwy powód tej choroby. Wykazało się bowiem, że wszyscy chorzy przez kilka miesięcy brali pokarmy, które przez dłuższy czas przechowywano w dębowych naczyniach, tak iż przez ciągłą styczność z temi naczyniami nabrały kwasu garbnikowego choć w małej ilości, to jednakże zawsze tyle, iż mogły wywołać cierpienie o którym mowa. We wszystkich wypadkach ta mała ilość kwasu garbnikowego działała przez kilka miesięcy i dla znanego zbiorowego wpływu tego środka nie można za nic nadzwyczajnego uważać spowodowanie powyższego cierpienia. Przyczynowy związek między działającą przyczyną a wywołaną chorobą autor przedstawia sobie jak następuje: po dłuższem działaniu kwasu garbnikowego następuje, jak wiadomo, zaparcie stolca, tym sposobem kał nagromadza się w większej ilości, i „w następstwie tego przychodzi do przekrwienia i obrzmienia w górnych częściach jelita, a więc do nieżyty w ostatnich“, którego zresztą powodem mogłoby w części być także bezpośrednio działanie kwasu garbnikowego na górne okolice jelita. Tym sposobem i przez ciśnienie twardych mas kałowych w okrężnicy poprzecznej na przewód żółciowy może do zmniejszenia i ustania wydzielin żółciowych przyjść tém łatwiej, ponieważ po wprowadzeniu kwasu garbnikowego do żołądka, po kilku dniach zmniejsza się wydzielanie żółci i, jak autor sam na sobie doświadczał, już po 8—14 dniach (dziennie trzy razy 0,05—0,1) stolce widoczne były jaśniejsze. W dalszym wywodzie autor przytacza doświadczenia, które na tych wypadkach mógł robić pod względem objawów i leczenia, wszakże nie udziela nic odmiennego od znanych już pod tym względem faktów.

Nocne zrywanie się (*night terrors*) dzieci (Prof. Steiner, Jahrb. f. Kinderhk. VIII, Jarhg. 2 H.). Nocne zrywanie się dzieci jest stanem, który większa część lekarzy zna tylko z opowiadań matki lub piastunek. Polega ono na tém, że dzieci, które zasnęły

jak najzdrowsze, w 1—3 godzin po zaśnięciu przebudzają się z gwałtownym krzykiem, przytém w twarzy ich widać wyrazy jak największego strachu, prawdopodobnie skutkiem przywidzeń (*hallucinatio*). Dzieci są przytém nieprzytomne, nie poznają swego otoczenia, a nawet gdy już przytomność powróciła, uczucie bojaźni trwa jeszcze niejaki czas, aż znowu następuje spokój i po większej części niezaburzony sen przez resztę nocy. Takie nocne napady zachodzą w nieregularnych odstępach i bez znanéj przyczyny zewnętrznej. Różnią się zaś co do trwania i natężenia; najniższe stopnie polegają tylko na gwałtowném zerwaniu się ze snu, wydaniu kilku bojaźliwych głosów, lekkim drzeniu, poczem w 2—3 minutach następuje spokojny sen. Po takich wypadkach dzieci oddają po największej części moc. Autor stan ten nazywa przemijającą ekstazą z przywidzeniami wzroku, natury strachliwej,—tłumaczenie, które tak samo jest dobrem i tak samo złém, jak tłumaczenie innych autorów, którzy mówią o przemijającym obłądzeniu, o sympatyczném drażnieniu mózgu i t. d. Dzieci, cierpieniem tém dotknięte, według doświadczeń autora są nadzwyczaj delikatne, słabowite, niedokrwiste, także nerwowe, a bezpośrednim powodem idyopatycznego drażnienia mózgu bywa nieodpowiednie pożywienie. Przypadkową przyczyną może być nierozsądne drażnienie zbytne fantazyi dziecka. Nocne zrywanie się bywa niekiedy zwiastunem cięższego cierpienia mózgowego. Zadaniem leczenia jest najpierw usunąć nadużycia w żywieniu i błędy w wychowywaniu tychże.

Przeciwnilne działanie mięszonego wstrzykiwania i napawania (*infusio*) kwasu karbolowego (Prof. H ü t e r, Deutsche Ztschr. f. Chir. 1874. 5 i 6 zeszyt). Autor używa dwuprocentowego wodnego roztworu kwasu karbolowego, który z jednej strony niszczy organizmy wywołujące zapalenie, z drugiej strony gdy naczynia krwionośne są cienkie powoduje galeczkowaty zastój (*globulosa stasis*) w rozmaitych formach ostrych i przewlekłych stanów zapalnych. Stosuje się zaś kwas karbolowy albo przez przykładanie na nienaruszoną skórę kulek z waty, które są nasiąkłe roztworem kwasu karbolowego i pokryte papierem gutaperchowym, albo przez mięszone wstrzykiwania resp. napawania kwasu karbolowego do tkanek. Metoda napawania polega na tém, że zamiast strzykawki rurka szklana na podobę curetty (*curette*) przez worek kauczukowy łączy się z igłą i płyn do utkania wnika za pomocą własnej ciężkości. Autor sądzi, że w metodzie téj znalazł środek do rozpoczęcia „cellularnej i limfatycznej terapii.“ Rezultaty autora, według jego przedstawienia, mają być nadzwyczaj pomyslnie. Przy różach i wrzekomo-różowych cierpieniach wstrzykiwania te mają bezwzględnie być nader skuteczne. Dalej dobre usługi daje wstrzykiwanie to przy procesach wrzodziejących skóry (wilku, kile i t. d.). Najznakomitsze rezultaty osiągnął autor przy zapaleniach kości i stawów, mianowicie przy gębczastym (*fungosa*) zapaleniu stawów i przy próchnieniu kości. Jeśli można wpycha igłę w samą kość chorą i nigdy nie widział ropienia lub wytworzenia się przetok. Przy przepuklinie moszen, przy wodnej puchlinie przedrzepkowej (*hydrops praepatellaris*), przy martwakach (*ganglion*) metoda ta okazała się również skuteczną, co metoda przeciwnilnego opatrunku, mówi autor, daje dla urazowego zapalenia, to metoda mięszonego wstrzykiwania kwasu karbolowego daje dla nieurazowego zapalenia. W końcu przytacza autor jeszcze pomyslnie rezultaty, do których doszedł przy leczeniu dziurawiących ran stawowych, mianowicie kolana, za pomocą śródstawowych wstrzykiwań kwasu karbolowego (strzykawką P r a v a z a).

Podskórne wstrzykiwania strychniny przeciwko mimowolnemu moczeniu nocnemu. Od dzieciństwa trwające moczenie nocne u 16-letniego dziewczęcia uleczył K e l p (Deutsch. Arch. f. klin. med. t. XIV. z. 3 i 4) w 3½ miesiąca podskórnymi wstrzykiwaniami strychniny w dawkach początkowo  $\frac{1}{16}$  grana (0,0037), później  $\frac{1}{8}$  do  $\frac{1}{6}$  gr. (0,0075—0,01) wynoszących. Już po pierwszych zastrzyknięciach wyraźnym było polepszenie w stanie choréj; wolne przerwy były coraz większe i w powyżéj oznaczonym czasie cierpienie ustąpiło zupełnie. Również w drugim podobnym wypadku te same osiągnięto rezultaty. Wstrzykiwania robiono w okolicy kości krzyżowej, i to zawsze wtenczas, kiedy cierpienie znowu występowało. (Berl. klin. Woch. 1875. Nr. 27).

---

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

---

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

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 3(15) Сентября 1875.