

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. Elsenberg. Zmiany ślinianek pod wpływem pilokarpiny. — O. Bujwid. Poszukiwania jodu, bromu i ozonu w powietrzu tężni Ciechocińskiej. — III. Hering. Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie. (Dokończenie). — *Przegląd literatury krajowej.* Kilka uwag o dyfteryie łącznicy i stosunku tego cierpienia do dyfterytu i krupu w ogóle — podał J. Przybylski. Ocenił D-r Z. Kramsztyk. — *Dział sprawozdawczy:* 145. J. Gruber. O niektórych nowszych sposobach leczenia wycieku z ucha. — 146. D r o z d o w. Hipnotyzm samorodny. — 147. Neuss. O zastosowaniu przetworów żelaza do wstrzykiwań podskórnych. — 148. M. G. Hayem. O skutkach fizjologicznych i farmakoterapeutycznych wziewania tlenu. — List otwarty do Redakcyi. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. ZMIANY ŚLINIANEK POD WPLYWEM PILOKARPINY.

Napisał **Antoni Elsenberg.**

W pracy mojej: „Zmiany anatomiczne ślinianek przy wściekliznie... i t. d.“¹⁾ wspomniałem, jak to wreszcie wiadomem było i z prac poprzednich²⁾, że pilokarpina u zwierząt, wywołując ślinotok, powoduje jednocześnie w małym stopniu takie zmiany w śliniankach, jakie w wysokim stopniu otrzymujemy przez drażnienie strumieniem elektrycznym ich nerwów wydzielniczych. Zmiany takie znajdujemy w kilka lub kilkanaście godzin po jednorazowym zastrzyknięciu podskórnem pilokarpiny. Ale czy pozostają one takimi po częstem i peryjodycznem stosowaniu tej trucizny, czy też natężenie ich się zwiększa, lub czy inny przybierają charakter? Rozwiązanie tej kwestyi jest tem ważniejszym, że daje nam wskazówki o ile zmiany gruczołów ślinowych, wywołane przez pilokarpinę, są odmienne lub podobne do tych, jakie przy wściekliznie znalazłem.

Nie wdając się w opis fizjologicznego działania, znanego zresztą powszechnie z licznych na tem polu prac dokonanych, podaję tu tylko w krótkości wyniki moich badań nad zmianami histologicznemi ślinianek pod wpływem pilokarpiny.

W ciągu pierwszej doby po zastrzyknięciu podskórnem kotowi 0,01 — 0,04 chlorku pilokarpiny (*pilocarpinum muriaticum*), zmiany w śliniankach bywają podobne do tak zwanych zmian funkcyjnalnych. Znajdujemy więc w śliniankach

¹⁾ „Gazeta Lekarska“ Nr. 7 r. 1881; „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego“ Tom 77, pag. 444, r. 1881.

²⁾ L a v d o w s k y. — Zur feineren Anatomie und Physiologie der Speicheldrüsen etc Arch. f. mikr. Anatomie XIII Bd. II Heft. 1876.

podżuchwowej i podjęzykowej, komórki gruczołowe cokolwiek zmiejszone, ciało ich z przezroczystego staje się ziarnistemi i już nieźle się barwi, a powiększone i zaokrąglone jądro zajmuje położenie centralne; twory półksiężycowate (*lunulae Gianuzzi*) nabrzniewiają, stają się mocniej ziarnistemi, a ilość ich jąder nie bywa powiększoną. W tkance śródmiąższowej gdziekolwiek daje się widzieć kilka komórek limfoidalnych.

W śliniance przyusznej komórki z treścią ziarnistą nabierają jeszcze większej ziarnistości, a jądra ich się powiększają. Ta ziarnistość komórek gruczołowych znika od podziałania kwasu octowego, co przemawia za tem, że są to ziarenka protoplazmatyczne.

Zupełnie odmienny obraz przedstawia nam się przy dłuższem truciu zwierząt pilokarpiną. W celu chronicznego trucia młodym kotom, kilkomiesięcznym lub nawet rocznym, zastrzykiwałem podskórną, codziennie w przeciągu 4—6 dni, pilokarpinę, począwszy od 5 miligrammów i stopniowo dawkę powiększając do 2 centigrammów.

Już dla prostego oka ślinianki tych kotów przedstawiały się odmiennie od poprzednich. Gruczoły te były nieco mniejsze, dosyć wiotkie, żółtawe, koloru mocno stłuszczonej wątroby, z wyraźną iniekcją naczyń żylnych — podczas gdy pierwszej doby po jednej dawce pilokarpiny, również trochę mniejsze ślinianki, są barwy szaro-różowej.

Przy badaniu drobnowidzowem ślinianek: podżuchwowej i podjęzykowej, przedewszystkiem zwraca naszą uwagę niezwykle rozszerzenie światła przewodów i pęcherzyków gruczołowych. Z przewodów, najbardziej są rozszerzone drobne, bo średnica ich niekiedy bywa przeszło 2 razy większa aniżeli w gruczole prawidłowym, mniej już szerokimi są przewody średniego kalibru, w większych zaś światło zdaje się być niezmienionem. Nabłonek rozszerzonych przewodów jest uciśnięty, część treści jego komórek zwrócona ku kanałowi jest jednolitą, mocno załamuje światło i źle się barwi; w jądrze, jak również i części pałeczkowatej nabłonka, zmian żadnych dostrzedz nie można. Światło przewodów rzadko bywa próżnem; najczęściej jest napelnione masą zarnistą, składającą się z różnej wielkości kropelek tłuszczowych i ziarn protoplazmatycznych, pośród których rozrzucone są jądra, a niekiedy można w massie tej odróżnić i kontury oddzielnych komórek, podobnych do tych, jakie niżej opiszemy w pęcherzykach gruczołowych.

Te ostatnie daleko więcej są od siebie oddalone aniżeli w stanie prawidłowym, ich błona właściwa (*membrana propria*) jest grubsza, lecz co najbardziej uderza — to ich światło. Przedstawia się ono zwykle jako niewielka przestrzeń nieprawidłowa, podłużna lub okrągława, (co zależy od kierunku, w jakim zrobione jest cięcie), — w tym zaś razie są to przeważnie prawidłowo-koliste, bardzo obszerne kanały, ze średnicą przeszło dwa razy większą aniżeli w gruczole niezmienionym; komórki je ograniczające trzymały się bardzo jednostajnie tego prawidłowego koła, prawdopodobnie wskutek ucisku równomiernie wywieranego na nie przez wydzielinę. Nie na tem jednak koniec systematu kanałów. Komórki wydzielające nie przylegają do siebie bokami, ale są nieco od siebie oddalone, tak, że pomiędzy każdymi dwiema komórkami pozostaje rodzaj szpary, włosowa-

tego kanalika, widocznego już bardzo dokładnie przy średnim powiększeniu (2 okular i 7 system P r a ż m o w s k i e g o) i bez iniekcji.

Same komórki gruczołowe są bardzo zmienione. Przedewszystkiem są one ucisnięte i zmniejszone, przeszło o jedną trzecią swej zwykłej objętości, a następnie straciły zupełnie charakter komórek śluzowych. W treści ich bardzo mocno ziarnistej, znajdujemy to dosyć grube ziarnka protoplazmatyczne (i takich jest mniejszość), zprzezrocyszczające się za dodaniem kwasu octowego, i mnóstwo okrągławych, błyszczących kropelek tłuszczu, zlewających się często z sobą i dochodzących nieraz do wielkości komórki limfatycznej. Ta obfitość kropelek tłuszczowych komórki do tego stopnia zasłania jądro, że dopiero powyciągnięciu z preparatu tłuszczu przekonać się można, że jest ono trochę większe, aniżeli w komórkach normalnego gruczołu, okrągłe, ziarniste i dobrze się barwi; leży jednak odśrodkowo, t. j. w końcu komórki zwróconym ku błonie właściwej pęcherzyka. Twory półksiężycowate (*lunulae*) są tu już nieco mniejsze aniżeli pierwszego dnia po zastrzyknięciu pilokarpiny, i zawierają ogromną ilość kropelek tłuszczu rozmaitej wielkości. Krople tłuszczowe zajmują nietylko ciało komórki; leżą one swobodnie i w świetle pęcherzyków gruczołowych, podobnie jak i w przewodach, wraz z ciemnymi ziarnkami protoplazmatycznymi i wolnymi jądrami — produktem rozpadu pierwiastków wydzielających gruczołu.

Bywają jednak i inne obrazy. W każdym preparacie mikroskopowym można znaleźć pewną ilość pęcherzyków, w których zupełnie światła niema. Są one dosyć małe i zapełnione tłuszczowo-ziarnistą masą rozpadową, pośród której widać jeszcze czasem zwyrodniałe tłuszczowo komórki gruczołowe; niektóre zaś pęcherzyki są spadnięte, wąskie, podłużne, jak gdyby po wydaleniu się pewnej ilości zawartej w nich masy rozpadowej.

W tkance śródmiaższowej znajduje się tylko niewielka ilość komórek limfatycznych około niektórych dobniejszych przewodów. Naczynia żyłne są niezmiernie rozszerzone i krwią napełnione, czego w tętniczkach nie widzimy.

W śliniance przyuszn ej światło przewodów cokolwiek rozszerzone, lecz ich nabłonek widocznych zmian nie przedstawia. Pęcherzyki gruczołowe są nieco zmniejszone, granic ich komórek wydzielających nie można dojrzeć, tak, że zawartość pęcherzyków robi wrażenie masy ziarnisto-tłuszczowej, pośród której znajdują się słabo zabarwione jądra, trzymające się najczęściej obwodu, prawie przy samej błonie właściwej, a uwydatniające się dopiero po wyciągnięciu tłuszczu. Taką samą bywa często zawartość i światła przewodów wyprowadzających.

Tkanka międzypęcherzykowa i międzyzrazikowa zawiera bardzo małą liczbę komórek limfoidalnych, a jej żyły, tak jak i żyły poprzednich gruczołów, są mocno krwią wzdęte.

Dla przeprowadzenia dalszych badań, zastrzykiwałem codziennie kotom w przeciągu trzech tygodni podskórnie pilokarpinę, zaczynając od 0,0025 gramma, a kończąc na 0,04 gramma. I w tym razie ślinianki przedstawiały się jak poprzednie, znaczenie tylko były mniejsze; stratę tę na wielkości można przybliżenie ocenić na $\frac{1}{3}$ ich objętości.

Badanie drobnowidzowe wykrywa w takich śliniankach większą ilość tkanki łącznej śródmiąższowej. Nie ma w niej jednak rozmnożenia pierwiastów anatomicznych, ale znajdujemy tylko większą ilość jej substancji włóknistej, a wskutek tego i znaczniejsze oddalenie od siebie pęcherzyków; gdzie-niegdzie widać w tej tkance po kilka komórek limfoidalnych, ułożonych w grupy. Żyły i tutaj są bardzo szerokie i krwią napelnione.

Co do innych części składowych gruczołu, to zmiany w nich są zupełnie tego samego rodzaju, co i wyżej opisane, tylko w większym cokolwiek stopniu. W gruczołach więc: podżuchwowym i podjęzykowym światło przewodów i pęcherzyków jest znacznie rozszerzone, kanaliki włosowate bardzo wydatne; same zaś pęcherzyki, tak w tych śliniankach jak i w śliniance przyusznej, są zmniejszone, o ile można sądzić, porównyując je z pęcherzykami gruczołów normalnych. Również znacznie zmniejszone są i komórki wydzielające wszystkich ślinianek, chociaż bardziej aniżeli w poprzednich stłuszczone, i więcej w nich się znajduje dużych kropeł tłuszczowych; różnica jednak między komórkami gruczołowymi ślinianki podżuchwowej i podjęzykowej, a przyusznej, jest ta, że podczas gdy w dwóch pierwszych kontury komórek są najczęściej wyraźne, w ostatniej dojrzeć ich niepodobna, tak, że zawartość jej pęcherzyków przedstawia nam się jako masa ziarnisto-tłuszczowa, u obwodu której widać jądra, lepiej uwydatniające się dopiero po wyciągnięciu tłuszczu. W śliniankach śluzowych prócz tego bardzo rzadko spotykamy już twory półksiężycowate (*lunulae*), a te, które widzimy, są wątłe, małe i mocno stłuszczone.

Streszczając powyżej opisane zmiany gruczołów, widzimy, że w ciągu pierwszej doby po zastrzyknięciu zwierzętom pilokarpiny, w śliniankach śluzowych (podżuchwowej i podjęzykowej) komórki wydzielające tracą przedewszystkiem swą zawartość śluzową, a stają się bardziej ziarnistymi, protoplazmatycznymi; przy dalszem truci u tak w śliniankach śluzowych jak i surowiczej (przyusznej), ziarnistość się wzmacnia i okazuje się, że pewna część tych ziarn nie jest niczem innym jak tylko drobnymi kulkami tłuszczu; następnie ilość ziarenek w protoplazmie komórek gruczołowych się zmniejsza, a ilość kropełek tłuszczowych powiększa się. Kropelki owe leżą coraz bliżej siebie, zlewają się w większe, a czasem następuje rozpad ziarnisto-tłuszczowy — jednym słowem mamy tu obraz przeistoczenia tłuszczowego komórek wydzielających. Przychodzimy więc do wniosku, że pilokarpina, stosowana u zwierząt przez czas dłuższy, wywołuje z wyrodnienie tłuszczowe ślinianek.

Za przyczynę tych zmian w gruczołach śluzowych musimy przyjąć głównie ich wzmożoną funkcję, podtrzymywaną ciągle przez nowe i stopniowo silniejsze bodźce. Pod wpływem bowiem pilokarpiny ślinianki wydzielają większe ilości śliny, aniżeli ich normalne *maximum*, a więc i czynność ich komórek przechodzi te granice, w jakich mogą one wydzielać przy prawidłowym i dostatecznym jeszcze odżywianiu. Do upośledzenia odżywiania przyczyniło się także nie mało i przekrwienie żylnie gruczołu, ograniczające dopływ krwi utlenionej. Przyczyna to drugorzędna i jest prawdopodobnie następstwem pierwszej (wzmożonej ciągle funkcji), należy ją jednak uwzględnić, gdyż i ona przyspiesza proces stłuszczenia nabłonka gruczołowego.

Na poparcie tego, że stłuszczenie gruczołów zależy od powiększonej ich funkcyi, wywołanej przez pobudzające (zakończenia nerwu wydzielniczego) działanie pilokarpiny, a nie od zwyrodniającego jej wpływu na sam miąższ gruczołowy, może nam posłużyć znany fakt antagonizmu trucizn. Wiadomo, że atropina znosi pobudzające do wydzielania działanie pilokarpiny. Zastrzyknięcie zwierzętom 0,001 gramma atropiny, wystarcza do zneutralizowania działania prawie 0,02 gramma pilokarpiny (N u s s b a u m — w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Tom 76, r. 1880, pag. 655 i nast.). Można więc wstrzykiwać zwierzętom jednocześnie odpowiednie ilości pilokarpiny i atropiny nie otrzymując przytem ślinotoku i w ten sposób przekonać się, czy pilokarpina działa bezpośrednio na komórki wydzielające ślinianek.

Opierając się na tych danych, zastrzykiwałem kotom codziennie w przeciągu dni pięciu 0,02—0,06 gramma pilokarpiny i prawie jednocześnie 0,001—0,003 atropiny. Badane następnie ślinianki żadnych zmian nie okazały — fakt dostatecznie przemawiający za tem, że głównie powiększona ciążgle funkcyjonalna czynność gruczołu wywołuje zmiany wyżej opisane.

Dla przekonania się, czy zmiany w śliniankach postępują dalej po zaprzestaniu użycia pilokarpiny, czy też gruczoły powracają do normy, kota, któremu zastrzykiwałem każdodziennie przez dni pięć 0,01 do 0,05 gramma, pozostawiłem przez następnych dni 14 przy życiu. Żadnych zmian w śliniankach już nie znajdowałem. Gdy więc wkrótce po ostatniej iniekcji należałoby się spodziewać w śliniankach tych zmian, o jakich powyżej mówiliśmy, dwóch tygodni już wystarczyło, aby gruczoły powróciły do stanu prawidłowego. Czyli, że zmiany te niekoniecznie prowadzą ślinianki do zupełnego ich zwyrodnienia i następczego zaniku. Być może jednak, że do zaniku doprowadziłyby się je dało, w razie, gdybyśmy przez kilka miesięcy zadawali zwierzętom podskórnie tę, truciznę śliniankową. Jednakże zauważę, że aby otrzymywać ślinotok umiarkowany lecz dość długotrwały, musiałem, jak to widać z powyższego, codziennie prawie dawkę powiększać. Znając wszakże porażające działanie pilokarpiny na serce (O wpływie chlorku pilokarpiny na krążenie krwi i t. d. Heiman, w Pamiętniku Tow. Lek. Warsz. Tom 76, r. 1880), łatwo wywnioskujemy, że dawki tej trucizny długo powiększać bezkarnie nie można, przeciwnie, że należy jej używać z wielką oględnością. W moich nielicznych doświadczeniach na kotach, u jednego kota kilkomiesięcznego nastąpiła śmierć wskutek *collapsus* w kilkanaście godzin po zastrzyknięciu podskórnie 0,02 gramma, drugi zaś, również młody kot, zdechł na piąty dzień po czwartej iniekcji takiej samej ilości tego środka.

W tem miejscu zwrócę jeszcze uwagę na dość znaczne rozszerzenie światła przewodów i pęcherzyków w śliniankach śluzowych i na uwydatnienie kanalików pomiędzy samymi komórkami gruczołowemi. Co się tyczy tych ostatnich, to P f l ü g e r, B o l l, E b n e r i inni, uważają istnienie kapilarów ślinowych za niewątpliwę, i łatwo dające się wykazać przy pomocy udatnej iniekcji błękitem berlińskim. Z pośród poważnych przeciwników tego poglądu, dla H e i d e n h a i n'a (Ob. w H e r m a n'a: „Handbuch der Physiologie“ V Bd. I Th. p. 24) kanaliki te są produktem sztucznym, przez iniekcję spowodowanym, gdyż po

podwiązaniu przewodu i pobudzeniu ślinianki do wydzielania, wcale się one nie uwydatniają i iniekcja ich nie jest bynajmniej łatwiejszą aniżeli w normalnym stanie gruczołu. I w samej rzeczy, po podwiązaniu przewodów, choćby na czas długi, rozszerza się znacznie światło przewodów i pęcherzyków, nigdy wszakże kanaliki włosowate. Przekonać się o tem mogłem na licznych preparatach, które mi pokazać raczył pan K o t ł u b a j, zajmujący się w pracowni anatomo-patologicznej profesora B r o d o w s k i e g o badaniem zmian w śliniankach po podwiązaniu ich przewodów wyprowadzających.

W opisanych zaś przez nas śliniankach rozszerzenie przewodów, światła pęcherzyków i wyraźne zarysowanie się kapilarów ślinowych, przy zupełnej drożności przewodów wyprowadzających można objaśnić chyba tem, że wydzielają się większe ilości śliny aniżeli normalnie, lecz pod mniejszem, niedostatecznym ciśnieniem. Powstaje więc zastój wydzieliny w gruczole, a więc i powiększenie ciśnienia na pęcherzyki i drobniejsze przewody, czego następstwem jest rozszerzenie kanałów. Przy podwiązaniu zaś głównego kanału ciśnienie wydzieliny na komórki gruczolowe, a tem samem i ich spłaszczenie, bywa zbyt wielkie, aby kanaliki włosowate mogły się uwydatnić. Ale rodzi się znów pytanie, dlaczego przy drażnieniu prądem indukcyjnym, struny bębenkowej naprzykład, powodującym niezmierną obfitość wydzieliny, daleko większą aniżeli pod wpływem pilokarpiny, brak rozszerzenia kanałów? Zdaje się, że przy drażnieniu strumieniem elektrycznym, trwającym nie dłużej nad kilka godzin, ślina wydziela się w ciągu tego czasu pod bardzo silnem ciśnieniem, podczas gdy podtrzymywane ciągle działanie pilokarpiny z początku (przez pierwsze 24—48 godzin) nie powoduje zmiany światła kanałów; lecz następnie — gdy gruczoł się zmniejsza, staje się wiotkim, mało odpornym, a krążenie w nim krwi się zmienia — to te momenty zapewne sprzyjają rozszerzaniu się kanałów. Przypuszczenie to wymaga jeszcze ścisłych manometrycznych badań.

II. Poszukiwania jodu, bromu i ozonu w powietrzu tężni Ciechocińskiej.

Podał **O d o B u j w i d.**

Będąc w r. b. w Ciechocinku, powziąłem zamiar zbadania, o ile uzasadnionem jest twierdzenie niektórych lekarzy praktyków, że w powietrzu tężniowym znajduje się jod i brom w stanie wolnym. O obecności pomienionych pierwiastków wnioskuje oni ze szczególnego zapachu, jaki często pod tężnią odczuwać się daje.

Badanie takie dlatego uważałem za pożyteczne i potrzebne, że obecności tych pierwiastków w powietrzu tężniowym przypisują dobroczynny wpływ dla pewnych chorych, jak również szkodliwe drażniące działanie na drogi oddechowe u osób skłonnych do krwotoków płucnych. Wpływ ten ma się obserwować nie tylko pod tężnią, lecz nawet nadawać specjalny koloryt powietrzu całego Ciechocinka.

Do badania użyłem przyrządu składającego się z 3-ch dwuszyjowych płuczek, napełnionych słabym roztworem potassu gryzącego. Powietrze przeciągałem przez płuczki za pomocą czterolitrowego aspiratora. Przyrząd był ustawiany w miejscach najdogodniejszych, dokąd wiatr unosił prąd powietrza z tężni i zapach właściwy najlepiej wyczuwać się dawał. Robotę odbywałem w godzinach rannych, kiedy nie było publiczności, pomiędzy godzinami 9-tą a 1-szą i po południu od 2—4-ej. Na dzień przepuszczałem tylko około 140 litrów powietrza, dla możliwie dokładnego przepłukania.

Cała ilość jodu i bromu jakaby znajdować się mogła w powietrzu, musiała tym sposobem przejść do roztworu potassu i pozostać w jednej z trzech płuczek w postaci jodku i bromku potassu.

Po przepuszczeniu 1000 litrów powietrza, płyn z płuczek wlałem do trzech flaszek i odbywałem próby z początku z każdą oddzielnie, a potem ze wszystkimi trzema razem.

Metoda, jakiej użyłem do analizy, zaleca się swoją prostotą i dokładnością. Polega na uwolnieniu jodu ze związku za pomocą chloru i połączeniu uwolnionego jodu z krochmalem. Zabarwienie wywołane w ten sposób na papierze zmoczonem w roztworze krochmalu, pozwala wykryć mniej niż 0,00001 jodu i więcej cokolwiek bromu.

Metodę tę do jakościowego oznaczenia jodu i bromu obrałem po uprzednim omówieniu różnych metod z prof S z a ł f i e j e w e m i asystentem chemii p. Br. Z n a t o w i c z e m.

Bo odparowaniu płynu z płuczek na kąpielii wodnej do ilości kilkunastu kropeł, z zachowaniem wszelkich ostrożności, zrobiłem próbę z papierem krochmalowym. Pomimo kilkakrotnego powtarzania i modyfikowania operacji — ś l a d ó w j o d u a n i b r o m u n i e o d k r y ł e m.

Z azotanem srebra płyn pozostały dawał obfity męt, rozpuszczalny w amonijaku. Oznaczało to obecność znacznej ilości chlorków, mechanicznie porwanych. Za pomocą mianowanego roztworu $AgNO_3$ oznaczyłem je jako 0,1 grm. w całej ilości płynu.

Rezultaty zatem analizy wykluczają możliwość śladów jodu i bromu w powietrzu tężniowem, śladów dających się oznaczyć chemicznie.

A więc powietrze tężniowe zawdzięczać musi działanie swe innym jakimś czynnikiem. Rzecz prosta, że najpierwszym, jakiego obecność należało przypuszczać — jest ozon. Wobec wielkiej ilości parującej wody obecność jego w ilościach znacznych nie mogła ulegać wątpliwości.

Do prób nad oznaczeniem ozonu używałem papierków ozonometrycznych, świeżo przyrządzonych z krochmalu i jodku potassu. Wieszane w różnych miejscach naokoło tężni na 12 godzin, papierki te dały silne charakterystyczne zabarwienie. Najmocniej zabarwiły się te, które były zawieszane najbliżej tężni, zawieszane zaś przy samej cierni dały absolutne *maximum* zabarwienia.

Ponieważ papierki ozonometryczne zawierają krochmal, możnaby mi było zarzucić, że zabarwienie powstawało w nich wskutek obecności jodu w powietrzu. Na ten zarzut przygotowałem się w ten sposób, że przy każdym papierku jodo-

krochmalowym wieszalem drugi, czysto krochmalowy, przyrządzony z roztworu krochmalu tej samej gęstości.

Otóż na 8 papierków żaden nie dał najlżejszego nawet śladu zabarwienia.

Objasnia to poniekąd negatywne wyniki analizy.

Rozpatrzmy teraz o ile, teoretycznie, możliwą jest obecność jodu i bromu w powietrzu tężni Ciechocińskiej i dla tego zwrócimy się do składu solanki.

Według ostatniej analizy solanki Ciechocińskiej, dokonanej w r. 1872 przez p. Aleksandra Matuszewskego, nauczyciela gimnazjum Włocławskiego, stwierdzoną została obecność w niej jodku i bromku magnezynu, pierwszego w ilości 0,00009%, a drugiego 0,0009%. Solanka puszczonej przez tężnię, parując, powoduje formowanie się ozonu, który jak wiadomo, wydziela jod i brom ze związków. Zdawałoby się więc, że jod i brom powinny się znajdować w powietrzu tężniowem. Porównywając jednak nadzwyczaj małą ilość jodków i bromków ze znaczną ilością ozonu, wypadnie, że ten ostatni, działając w nadmiarze, musi utlenić uwolniony jod i brom w odpowiednie kwasy tlenowe, które już jako takie przejdą na powrót do solanki.

Gdyby jeszcze pomimo to obecna być mogła jaka mała ilość jodu lub bromu, musiała by uleść działaniu amonijaku, obecność którego na tężni, przy znacznej ilości rozkładających się części organicznych, zdaje się być pewną.

Widzimy więc, że i teoretycznie obecność jodu i bromu w powietrzu tężniowem jest co najmniej problematyczną; i to nie tylko w stanie wolnym, ale i w związkach, przyjmując pod uwagę tak małą ilość ich w solance.

Jakże teraz wytłumaczyć drażniące działanie, jakie wywiera pobyt pod tężniami na drogi oddechowe osób skłonnych do krwotoków płucnych? Działanie to nie daje się zaprzeczyć wobec wielkiej ilości faktów. Miałem sposobność sam obserwować podobny przypadek.

Ozon, znajdujący się w tak znacznej ilości, nie może tu pozostać bez wpływu. O drażniącym działaniu jego wspominają Schonbein i Thénard.

Przytem zwrócić należy uwagę na zmieniony stopień wilgotności powietrza tężniowego wskutek wielkiej ilości parującej wody; obecność zaś wilgoci pociąga za sobą powiększenie przewodnictwa ciepła, co już przy zbliżeniu się do tężni łatwo wyczuć się daje. Tej przyczynie możnaby łatwo przypisać powstawanie kataru u zdrowych zupełnie osób, po dłuższym pobycie przy tężni, czego doświadczyłem na sobie.

Jedną z ważnych przyczyn będzie także wielka ilość drobnych kryształków soli kuchennej, mechanicznie porwanej i rozpylonej. Najlepszym dowodem tego posłużyćby mogły moje przyrządy, po całodziennej robocie okryte warstwą takich kryształków. Znalezienie przytem soli kuchennej w płuczkach w ilości 0,1 grm. nie jest bez znaczenia, tembardziej, że powietrze idące do płuczek przechodziło przez zgiętą rurkę, w której zatrzymywały się wszystkie cząstki cokolwiek większe.

Reasumując powyższe uwagi dochodzimy do następujących wniosków:

1) Że jodu i bromu w powietrzu Ciechocińskim nie ma, przynajmniej w ilości dającej się oznaczyć, a zatem mogącej sprawić jaki zły lub dobry skutek.

2) Że zapach właściwy pochodzi prawdopodobnie od ozonu.

3) Że wpływ drażniący pochodzi w części od znacznej ilości przymieszki mechanicznej soli, w części zaś od zmienionego stopnia wilgotności powietrza i prawdopodobnie od ozonu.

Obszerniejsze uwagi w tym przedmiocie zastrzegam sobie na później, po zebraniu bardziej szczegółowych danych i staranniejszem opracowaniu zebranego materiału.

III. Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

Skreślił D-r **T Hering.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 42).

Szczegółowej oceny instrumentów chirurgicznych, optycznych i elektrycznych podać Sz. Kollegom nie mogę, gdyż byłaby ona zbyt pobieżną, a poznanie ich wymagałoby tyle niemal dni, ile godzin wystawie poświęcić mogłem.

Z narzędzi chirurgicznych pod względem wykończenia, nie zaś pomysłu, celowały wyroby firmy *Weiss'a*, z narzędzi optycznych — wyroby *Mayer'a* i *Meltzer'a*, a między niemi bardzo dowcipnie wykonany termometer, kreślący ciepłotę ciała lub powietrza, automatycznie w liniach krzywych, na podobieństwo sfigmografu. Ma on formę zegarka, mechanizm jego prosty, cena niezbyt wygórowana. Inhalatory i spray'e odznaczały się elegancją, skomplikowaną budową i bardzo wysoką ceną, dochodzącą do 100 rs. za jeden egzemplarz. Licznie reprezentowane były narzędzia dentystyczne głównie amerykańskie, o których wykończeniu specjaliści z wielkimi odzywali się pochwałami. Druga o wiele dla mnie ciekawsza wystawa, właściwiej mówiąc demonstracja chorych i ciekawych okazów patologicznych, pomieszczoną była w Burlington House, niestety w tak małych salach, że literalnie dotoczyć się do chorych nie można było. Widziałem tu rzadkie bardzo formy cierpienia skóry, jako to: *Lepra*, *Scleroderma*, t. zw. *Myxoedema*, w różnych okresach rozwoju, ciekawe okazy zaniku mięśniowego postępowego, cierpienia stawów *Charcota*, *arthritidis deformantis*, przymiotu kości, kilka przypadków wyzdrowienia po wycięciu nerki, przypadek rozerwania urazowego splotu ramieniowego i t. d. Preparaty mikroskopowe z histologii i anatomii patologicznej były tu przedstawiane i objaśniane, przyczem ciekawe nieraz wywiązywały się dyskusyje. Nie mniej interesujący był zbiór fotografii młodych kobiet, dotkniętych suchotami płuc, a zdjęmowanych w pewien odmienny, nieznan bliżej sposób, tak, że podobieństwo rysów twarzy, stanowiące typ twarzy wspólny dla konstytucyi suchotniczej, niezmiernie wydatnie występowało. Darują mi Sz. Kolledzy pobieżność z jaką zdaję sprawę z obu wystaw, lecz posiedzenia sekcyjne i pewne dopełnienia pracy jaką w sekcyi chorób gardła odczytać miałem, pochłaniały mi tyle czasu, że znużony zarówno niemi jak i licznymi festynami z wystawą dokładnie zapoznać się nie byłem w możności.

Szczegółowym opisem wszystkich obiadów, śniadań, festynów i zebrań, nie będę nudził Sz. Kollegów. Niektóre jednakże dla wierności sprawozdania pozwolę sobie pokrótce uwzględnić, a mianowicie: przyjęcie przez miasto t. z. *Conversazione* w *South Kensington Museum* i bal, organizowany przez *Corporation of London* w *Guild-Hall* t. j. sali giełdowej w City.

Trudno opisać wrażenie, jakie wywarła wspaniała sala oblana światłem elektrycznem tego sławnego ze swych skarbów i zabytków sztuki muzeum

zdobna pośrodku ustawioną podobizną kolumny Trajana, mnóstwem najpiękniejszych utworów dłuta i wzorów architektury starożytnej, znakomitą wystawą obrazów najcenniejszych mistrzów i zbiorami sztychów, fotografii, rysunków i przedmiotów wyrabianych ze złota i srebra. Przyległe do muzeum a *giorno* oświetlone ogrody roily się tysiącem gości, wśród których znajdowali się również: Książę Walii, Następca tronu pruskiego i mnóstwo dam w balowych toaletach, przyśluchujących się dźwiękom wybornej orkiestry. Również wspinałem było przyjęcie w Guild-Hall, na którem ukazał się w całym swym blasku Lord Mayor: *the right honorable William M. Arthur*.

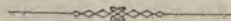
Z uderzeniem godziny 11-tej grzmiąca fanfara oznajmia przybycie Lord Mayora. Poprzedzają go heroldowie, niosący godła jego władzy, miecz obnażony i złote berło. Za heroldami postępują członkowie zgromadzenia kupieckiego z białymi laskami w rękę, wreszcie sam Lord Mayor, ubrany w czerwony płaszcz, obłożony i podbity gronostajami, w pudrowanej peruce, z miną odpowiednio nastrojoną do uroczystego momentu, z której wyczytać można było wysokie zadowolenie z własnej osoby. Okrągła rumiana twarz była starannie wygolona, szerokie wydatne usta zdołał pelen łaskawości uśmiech. Obszedł on z należytą powagą całą salę w około i zgodnie z przepisanyym ceremonijałem, po kwadransie pobytu, wsiadł do swej złoconej w 6 koni zaprzężonej karety, i odjechał wraz z żoną i córkami, podziwiany przez tysiączne tłumy zalegające plac przed gmachem giełdy.

Bal u ministra Granville'a nie mniejszą odznaczał się okazałością. Lord Granville, pomimo artrytyzmu, siedząc na fotelu przyjmował wraz z małżonką zebranych gości i witał każdego podaniem ręki. Ubranie stołów i bufetu było prawdziwie zdumiewające, zarówno bogactwem zastawy, jak i wytwornością potraw i win.

Oprócz wymienionych tu uroczystych przyjęć, wydane były dla kongresu festyny przez Towarzystwo lekarskie, Towarzystwo chirurgów londyńskich, Zgromadzenie aptekarzy, Lord Mayor a w Mansion House, urządzono wycieczki do fabryki p. Siemens'a, do Folkestone, gdzie odsłoniętym został pomnik Harvey'a, prywatne reuniony — Garden Parties — między innymi obiad wydany przez Golla, a zaszczycony obecnością Księcia Walii, przez Spencer Wells'a, Wilson'a, Page'ta, Mackenzi'e'go, Bowmana, Johnson'a, Lenox Brown'a, wreszcie u Baronessy Bourdet Conts, najbogatszej damy w Anglii, która zaprosiła do swej posiadłości około tysiąca osób i przyjmowała ich z trudnym do opisanja przepychem.

Ostatnie zebranie wraz z obiadem pożegnalnym (*Informal-Diner*) miało miejsce po ostatniem ogólnem posiedzeniu w Crystal Palace, o godzinie 6-tej, a uczestniczyło w niem około 4000 osób. Zakończył je wspaniały fajerwerk, którego ozdobą było pojawienie się w brylantowym ogniu nadzwyczaj trafionych podobizn Charco'ta, Page'ta i Langenbeck'a, wśród huku i syku tysiąca rakiet, szmermeli, ogni bengalskich i t. p.

Wraz z zgaśnięciem ostatniej iskry fajerwerku mimowoli nasunęło mi się pytanie, czy cały ten kongres nie był tylko pewnego rodzaju oslepiającym fajerwerkiem, który z dużym hałasem szybko zablęsnął, aby jeszcze prędzej zgasnąć, nie pozostawiając trwałych po sobie śladów. Sądzić o tem przed ogłoszeniem rezultatów dyskusyj pojedynczych sekcij byłoby przedwczesnem. Pewną jednak i pocieszającą dla nas lekarzy jest ta okoliczność, że dzięki kongresowi odbytemu w Londynie, znaczenie i powaga stanu lekarskiego, przez poparcie i udział w nim Królowej i Księcia Walii, którzy nieszczędzili mu dowodów szacunku i uznania, zostaje wzmocniona i utrwalona. Czy wpływ ten odbije się kiedy i w naszych stosunkach? Przyszłość to okaże.



PRZEGLĄD LITERATURY KRAJOWEJ.

Kilka uwag o dyfteryie łącznicy i stosunku tego cierpienia do dyfterytu i krupu wogóle, podał Jan Przybylski, lekarz z Warszawy. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. Zeszyt III. 1881, str. 68, 3 tabl.

Nauka o sprawach dyfterytycznych i krupowych przedstawia obecnie w literaturze istny chaos, kilkanaście wyrazów, z których każdy używany bywa na określenie rozmaitych spraw chorobowych, a każda sprawa przez rozmaitych autorów różnie bywa nazywana. Zestawienie tych pogmatwanych pojęć jest przedmiotem pierwszej części pracy D-ra P.; jakkolwiek ta część luźno tylko z samym przedmiotem rozprawy jest połączona, wszakże stanowi tło bardzo odpowiednie dla dyfterytu oka.

Druga część rozprawy przedstawia naukę o dyfteryie oka, jak ona się dziś w literaturze przedstawia. Kwestyja to nie bardzo dawna. Rozpoczyna ją klassyczny opis Albr. Graefego, po którym nie wiele prac nastąpiło, przeważnie przez uczniów jego, a więc i w jego duchu pisanych. Dr. P. nie ograniczył się spisem biblijograficznym, lecz przytoczył wszystko, co w przedmiocie opisywanej przezeń choroby przez rozmaitych autorów było podane.

Właściwa praca D-ra P., do której poprzednie części wstęp tylko stanowią, opiera się na poważnej liczbie 80 chorych (152 oczów), których obserwował w warszawskim szpitalu Ujazdowskim w ciągu ostatnich miesięcy 1879 i w ciągu całego 1880 roku. Oddział to rzeczywiście wyjątkowo bogaty w dyfterytyczne cierpienia oczów, i nie jedna już ważna w tym przedmiocie praca wyszła z tego oddziału.

Dla ułatwienia czytelnikowi pracy, autor, zamiast opisywać szczegółowo tyle przypadków chorobnych, pomieścił ich historycję na ogólnej tablicy. Tablica rozdzielona jest linijami podłużnymi i poprzecznymi na małe kwadraciki; każdy zaś odstęp podłużny oznacza pewien moment choroby, jako to: przyczynę, pewien stan rogówki, łącznicy, rozmaite zejścia choroby i rozmaite użyte leki; gdzie dany moment chorobny miał miejsce w danym przypadku — tam kwadrat został zaczerpiony. Istotnie z tablicy tej prawie wszystkie pożądane wiadomości odczytać można i z pewnością zniechęciłby autor swoich czytelników podając szczegółowo historyje wszystkich przypadków. Największą wadą tablicy są jej rozmiary; trudno ją rozłożyć na stole, i trudno śledząc jaką linię, nie zboczyć; zdaje mi się, że gdyby autor dwa razy mniejsze zrobił odstępy, zasłużyłbyna wdzięczność, razem czytelników i wydawcy „Pamiętnika“.

Wobec tablicy naturalnie nie było i mowy o przedstawieniu klinicznego obrazu dyfterytycznego cierpienia łącznicy w jego całym przebiegu; wreszcie autor wcale takiego nie miał zamiaru, tylko pojedyncze objawy krytycznej podał ocenie. Głównie zajmuje autora wygląd łącznicy i zmiany w rogówce — naj-najważniejsze momenty w tej całej sprawie, a z opisu widać, że autor z wyczerpaną uwagą przez długi czas śledził rozmaite objawy i bardzo dokładnie je maluje.

Autor odróżnia trzy rodzaje błon chorobnych, jakie napotyka na łącznicy przy jej cierpieniu dyfterytycznem, pierwsze są to cienkie, wółprzezroczyste błony, jakie bardzo szybko się tworzą i z łatwością oddzielać się dają, drugie są grube, białe i zwykle mocno z łącznicą połączone; najgrubsze wreszcie błony, jakie przy rozejściu się sprawy chorobnej oddzielają się od łącznicy, odkrywając powierzchnię ziarninową, uważa za zmartwiałe kawałki samej łącznicy i za francuzkami autorami nazywa je nekrohymeny. Ze względu na wygląd łącznicy odróżnia autor 4 okresy choroby, t. j. okres choroby w rozwoju (*acme*), okres oddzielania się błon (*demarkacji*), okres śluzotokowy i okres bliznowania; drugi mianowicie z tych okresów inni autorowie, o ile mi wiadomo, łączyli z trzecim. Ze względu na samą postać, na natężenie sprawy

chorobnej, dzieli autor swe przypadki, za niemieckimi autorami na dyfteryt rozlany, zlewający się i cząstkowy. Wygląd łącznicy w każdej odmianie dyfterytu i w każdym okresie, zmiany następcze na łącznicy pozostałe, opisane bardzo dokładnie i drobiazgowo; przedstawione są zarazem i inne sprawy chorobne, przy których łącznica podobny przybiera wygląd, i które tem samem w błąd mogą wprowadzić.

Zmiany, jakim ulega rogówka w obec dyfterytu łącznicy dzieli autor na kilka rodzajów, opisuje je o tyle dokładnie, o ile dokładnie zbadać je można przy bardzo szybkim ich przebiegu i utrudnionem badaniu. Jako przyczyny tych cierpień podaje autor przede wszystkim ucisk, jaki wywiera na naczynia obrzmiąca łącznica samej gałki ocznej (*chemosis*). Nie ulega wątpliwości, na co wreszcie wszyscy zgadzają się autorowie, że w tym obrzmieniu łącznicy galkowej, spoczywa głównie niebezpieczeństwo dla rogówki przy ciężkich zapaleniach oczów; wszakże zdaje mi się, że tego szkodliwego wpływu prostemu naciskowi mechanicznemu, jak to przyjmują wszyscy autorowie, przypisywać nie można. Opatrunek „naciskowy“ na oko nałożony, wywiera nieraz nacisk również silny, jak obrzmiąca łącznica; przy mocnym światłowstręciu powieki skurczone i ręce mocno też naciskają oczy, a nigdy szkodliwego na rogówkę nie wywierają wpływu.

Ten pogląd teoretyczny jest w zaskakującym stopniu bardzo ważny, bo z niego wychodząc, bardzo wielu lekarzy stara się na drodze operacyjnej zmniejszyć nacisk na oko.

Najczęściej wszakże, zdaniem autora, cierpienia rogówki powstają „wskutek zarażenia jej wydzieliną łącznicy“; usposabia do tego szczególnie pozbawienie rogówki w pewnym miejscu nabłonka; „w przypadkach, gdzie w początku rozwoju dyfterytu łącznicy istniały starcia nabłonka rogówki, prawie na pewno można było oczekiwać zgorzeli i rozpadu“, a działo się to nieraz „przy zupełnym braku chemozy; w stosunkowo lekkich przypadkach dyfterytu“. O ile mi się zdaje, autor opiera ten pogląd na jednym, albo kilku bardzo wyjątkowych przypadkach, boć przecie starcie nabłonka rogówki nie jest rzeczą częstą i tylko bardzo wyjątkowo dyfteryt dostać się może do oka skaleczonego. Jeżeli zaś starcie nabłonka jest następstwem dyfterytu, to nie „usposabia“ do zgorzeli nowego cierpienia rogówki, a jest już pierwszym jego okresem. W każdym razie cierpienie rogówki bez chemozy, podług powszechnych a zgodnych spostrzeżeń, zdarza się chyba bardzo wyjątkowo.

W leczeniu uwzględnił autor rozmaite metody, z wyjątkiem operacji, których nierobiono; szczegółowo zwłaszcza opisuje autor użycie maści z tlenku rtęci i tuszowanie oka nadmanganianem potasu, t. j. metody profesora Wolfringa, która się w tym samym zrodziła oddziała, gdzie i P. robił swe spostrzeżenia. Przy opisie tych metod leczenia nie wszędzie autor dosyć krytycznie zapatruje się na ich znaczenie; tak np. mówi autor, że „roztwór kwasu benzoosowego, stosowany w kilku przypadkach jego prywatnej praktyki, oddał bardzo dobre usługi“. Niewątpliwie dla ocenienia terapeutycznych skutków rozmaitych środków lekarskich musi lekarz nie raz na instynkcie polegać i wolno mu używać środków dla tego, że w wielu przypadkach „oddaly mu dobre usługi“, ale koniecznie w tym razie działanie środków musi być w stosunku do przebiegu samej choroby dość wydatne; jakżeż ocenić wpływ tak łagodnego leku, jak lekki roztwór środka dezinfekcyjnego przy chorobie tak szybkim — jak dyfteryt łącznicy — ulegającej zmianom. Gdzieindziej znowu za przyczynę, dla której zejścia dyfterytu łącznicy bywają u nas lepsze niż w Niemczech, uważa D-r P. głównie „energiczne miejscowe leczenie, którego w Niemczech, w ogóle idąc za radą Graefego, unikają“. Za energiczne miejscowe leczenie pomiędzy używanymi przez autora metodami, uważać możemy tylko wcieranie maści rtęciowej. Metoda ta stosowana była 12 razy; jeżeli autor sądzi, że te przypadki tak dodatnio wpłynęły na rezultat, to trzeba było wykazać, że były to przypadki przeznaczone na pogorsze-

nie statystyki i że skutkiem leczenia tak szczęśliwy obrót przyjęły: tablice autora, o ile mi się zdaje, tego nie potwierdzają. Tak samo trudno zrozumieć na jakich przypadkach opiera autor twierdzenie, że niewłaściwie użyte środki lekarskie „powiększają ostateczny wytwór blizn na łącznicy“.

Ze względu na przyczyny dzieli autor przypadki swe na epidemiczne, sporadyczne i powstałe skutkiem zarażenia oczu wydzieliną tryprową. Epidemij opisuje autor 3, które panowały w 3 różnych pułkach. Jedna z nich dostarczyła 7, druga 13, trzecia 17 przypadków; przypadki w każdej epidemii były bardzo podobne, a za przyczynę epidemii uważa autor ogólne szkodliwe higieniczne warunki, w jakich się pułki znajdowały. Przepuszczaoby raczej można, mojem zdaniem, że były to przypadki przeniesienia choroby od jednego chorego, który może na trypra chorował, na innych; wszak o to tak łatwo przy życiu koszarowem i obozowem. Jakoś dziwnie wygląda epidemija z 7 przypadków chorobnych złożona. Jest to wreszcie zwyczaj powszechny; dosyć często opisują epidemije dyfterytu oka w rozmaitych miastach, a zwykle te epidemije do kilkunastu przypadków się ograniczają.

Obszernie traktuje autor kwestyje ogólne istoty i podziału dyfterytu i pokrewnych mu cierpień łącznicy. Przytoczywszy rozmaite postacie, jakie obecnie odróżniają na innych błonach śluzowych w przypadkach, które niedawno na krup i dyfteryt tylko się dzieliły, i widocznie pod wpływem tych poglądów, stara się autor i wśród cierpień łącznicy odnaleźć te rozmaite odmiany zapalenia. Więc wśród spraw chorobnych łącznicy, przez rozmaitych autorów opisanych, odróżnia autor i istotny dyfteryt „w nozologicznem znaczeniu tego wyrazu“ i *conjunctivitis fibrinosa i phlegmonosa* i zgorzelinowe cierpienie łącznicy. Wszakże, spostrzegane przez autora przypadki pod żadną z tych nazw podciągnąć się nie dadzą; były one zupełnie podobne do tych, jakie od czasów Graefego, jako dyfterytyczne cierpienie łącznicy były opisywane i autor proponuje dla nich nazwę dyfterytu Graefego, aby uniknąć pomieszania z chorobą ogólną, jakiej dziś nazwę dyfterytu nadają. Dyfteryt (Graefego) łącznicy jest chorobą miejscową; autor przypuszcza, z ogólnych wychodząc poglądów, że przyczyną choroby są niższe organizmy; wprawdzie w 3 przypadkach autora znaleziono mikrokokki, ale ich stosunek do sprawy chorobnej nie mógł być bliżej oznaczony. Wreszcie autor stawia sobie zapytanie, czy wszystkie 70 spostrzeganych przezeń przypadków odnosiły się do jednej i tej samej sprawy chorobnej, czy do kilku różnych i skłania się więcej do drugiego przypuszczenia, jakkolwiek na zasadzie klinicznych tylko spostrzeżeń kwestyi tej rozstrzygnąć nie może; rozstrzygnięcie pozostawia anatomicznemu badaniu i doświadczeniom t. j. szczepieniu. Nie sądzę, ażeby te badania istotnie daną kwestyję mogły rozwiązać. Anatomiczne badania, które przez rozmaitych badaczy, a i w przypadkach przez autora opisywanych, były robione, wykazały zawsze zwykle zmiany zapalne: przekrwienie, włóknik, białe ciała, zmienione komórki nabłonkowe. Jeżeli nawet ciężkie zaraźliwe choroby łącznicy zawdzięczają pasorzytom swe powstawanie, to trudno przypuścić, aby rozmaitym odmianom klinicznym różne odpowiadały organizmy; znane są wszakże przypadki, gdzie zapalenie oka, skutkiem zarażenia powstałe, zupełnie odmienny od pierwotnej choroby przedstawiało charakter. Szczepienie wydzielin zaraźliwych łącznicy byłoby niewątpliwie nader ciekawe, kwestyja istoty chorób zaraźliwych jest może dziś najważniejszą pod względem teoretycznym kwestyją w medycynie — ale klasyfikacyi z badań anatomicznych i szczepień trudno oczekiwać. Przypadki, przez autora i innych opisane, przedstawiają z pewnością rozmaite odmiany; i cierpienia chorego i następstwa choroby i postępowanie lekarza są bardzo odmienne, ale są to względy ważne tylko w klinice; i tylko klinika wśród tych rozmaitych przypadków ład zaprowadzić może. Zdaje mi się, że klasyfikacyja ciężkich cierpień łącznicy jest wyłącznie zadaniem kliniki.

Wymieniłem tu kilka punktów, gdzie poglądy autora uległy mogą sporowi. O całej rozprawie powiedzieć trzeba, że jest to praca bardzo gruntowna, trzymająca w tonie poważnym, niemal surowym. Autor widocznie czuje potrzebę głębokiego wniknięcia i w istotę spraw chorobnych i w swoją lekarską działalność i tę potrzebę umiejętnie kieruje na najciekawsze przedmioty jakie mu przedstawia jego materiał kliniczny. Znać obserwację bardzo umiejętną i ścisłą. Niewątpliwie, kto uważnie przeczyta pracę D-ra P., ten w nowym przypadku dyfterytu łącznicy, jaki mu się nasunie, spostrzeże szczegóły, na które dawniej nie zwracał uwagi i będzie miał gotowe do myślenia wskazówki. Nie można wątpić, że ta pierwsza praca D-ra P. jest wstępem do dalszych i dla tego ośmielę się zrobić kilka uwag odnośnie do literackiej strony, która, jakkolwiek mniej ważna, dobrze gdy jest uwzględnioną. Gdziekolwiek mianowicie znaleźć można pewne usterki językowe i za dużo makaronizmów w *cursive* pisanych nazwach chorób i środków lekarskich. Ważniejszy jeszcze jest brak w rozprawie pewnego podziału i systematycznej ciągłości, tak, że kilka razy trzeba ją przeczytać, aby objąć całość; a czytelnik mniej z kwestyją obeznany, z trudnością, jak sądzę, mógłby z tej pracy korzystać; ale wreszcie autor widocznie tylko dla specjalistów ją pisał.

Zygmunt Kramsztyk.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

145. J. Gruber. O niektórych nowszych sposobach leczenia wycieku z ucha.

Autor, zastanawiając się nad niektórymi sposobami leczniczymi, polecanymi w ostatnich czasach dla leczenia długotrwałych wycieków z ucha, rozbiera najpierw szczegółowo sposób podany przez S c h w a r t z'a, t. j. zastosowanie systematyczne przy ropnych wyciekach z ucha stężonych roztworów lapisu. Sposób zastosowania lapisu, podany przez S c h w a r t z'a, jest następujący: po dokładnem oczyszczeniu przewodu usznego i wysuszeniu takowego, wkraplamy do ucha około 15-tu kropli stężonego, nieco ogrzanego roztworu lapisu (jako słabszy roztwór używa S c h w a r t z 15 gran, jako najmocniejszy 40 gran *argenti nitrici* na uncję wody) i pozostawiamy takowy w uchu przez kilka sekund do 1-ej minuty. Po usunięciu roztworu lapisu z ucha przechyleniem głowy na odpowiednią stronę, zobojętnimy takowy przez zastrzyknięcie do ucha wody słonej. Osusza się następnie ucho i zatyka kulką z waty, która pozostaje dotąd, dopóki nie potrzeba powtórzyć przypalenia, t. j. po oddzieleniu się strupa, powstałego od użycia lapisu. Użycie lapisu wypadnie niekiedy powtarzać codziennie lub co kilka dni, a to zależy od przypadku. Po pierwszym zastosowaniu mocnego roztworu, dobrze jest w niektórych przypadkach użyć następnie roztworów słabszych. G r u b e r radzi wpuszczać do ucha roztwór lapisu za pomocą odpowiedniej szprycy z wydłużonym końcem, gdyż tą samą drogą szprycą można po pewnym czasie wyciągnąć płyn, zastrzyknięty do ucha, przez co unikamy żrącego działania azotanu srebra na ucho zewnętrzne. Co się tyczy wartości leczniczej tego sposobu, G r u b e r sądzi, iż w wielu bardzo przypadkach systematyczne zastosowanie roztworu lapisu daje obecnie daleko lepsze rezultaty jak to dawniej miało miejsce. Sposób ten może być stosowany nietylko przy ropnych zapaleniach ucha średniego, lecz i przy zwykłych kataralnych, jako też przy długotrwałych zapaleniach ucha zewnętrznego i błony bębenkowej. Przy formach więcej ostrych, sposób ten jest przeciwwskazanym, wywołuje bowiem zawsze znaczne pogorszenie. Najlepsze zejścia otrzymywał G r u b e r w tych przypadkach, w których oprócz zapalenia ucha średniego, było znaczne zniszczenie

blony bębenkowej, unika zaś stosowania lapisu przy małych przedziurawieniach błony bębenkowej, gdy takowe znajdują się zwłaszcza w przednim jej oddziale. W przypadkach takich płyn wkroplony przepływa zwykle przez trąbkę Eustachijusza do gardzieli, bez podziałania na błonę śluzową ucha średniego, lub też jeżeli na takową podziała, to objawy ztąd powstałe są bardzo silne i nie można takowych złagodzić, gdyż zubożenie płynu, jako też wypływ takowego przez mały otwór w błonie bębenkowej jest znacznie utrudniony.

Najlepsze rezultaty z użycia tego sposobu otrzymujemy w tych przypadkach podostrego lub długotrwałego ropnego zapalenia ucha średniego, w których jama bębenkowa jest zupełnie dostępną dla działania stężonych roztworów lapisu. Sposób ten albo w ywiera szybkie i skuteczne działanie, lub też jest zupełnie bezskutecznym. Gruber otrzymywał nieraz po jednokrotnem zastosowaniu stężonego roztworu lapisu pomyślne wyleczenie w przypadkach takich, w których przez lata całe stosowano bezskutecznie różne środki przeciw wyciekowi z ucha, nigdy jednak nie widział wyleczenia po dłuższem stosowaniu roztworu lapisu, gdy kilkodniowe użycie nie sprowadzało poprawy. Gruber powiada: „a) używam roztworu stężonego lapisu w tych przypadkach, w których uważam za potrzebne powierzchowne przyżeganie części uległych zapaleniu, i b) przestaję używać tego środka, gdy po użyciu 4-ch do 5-iu razy nie ma polepszenia“.

W przypadkach upartych, gdy pierwsze przypalenie było bezskuteczne, można po pewnym czasie znowu spróbować użycia tego środka. Przy jednoczesnem cierpieniu kości, jako też przy polipach w uchu, sposób ten leczenia może być szkodliwy, powodując znaczne obrzmienia części miękkich przewodu usznego i zatrzymanie skutkiem tego produktów zapalnych, oraz szybszy rozrost wyrosli polipowych.

Leczenie wycieków z ucha za pomocą *spiritus vini rectificatissimus*, polecane przez Weber-Liela, jest zbliżone bardzo pod względem wskazań i działania do leczenia za pomocą stężonych roztworów lapisu.

Uderzającym jest, jak łatwo znoszą chorzy leczenie zapomocą *Spiritus vini*. Gruber miał sposobność zauważyć, że przy długotrwałych zapaleniach ucha średniego użycie przez dłuższy przeciąg czasu (raz lub dwa razy dziennie) wkraplań spirytusowych nietylko nie wywoływało najmniejszego bólu, lecz przeciwnie, w niektórych przypadkach, zwłaszcza gdy zapalenie w uchu było spowodowane działaniem grzybków (*aspergillus*), ból ustępował zupełnie po zastosowaniu tych spirytusowych usznych kąpiei, podczas gdy narkotyki nie skutkowały. W rzadkich bardzo przypadkach ból występuje po użyciu spirytusu, lecz łatwo znieść takowy przemywaniem ucha wodą letnią.

Wyleczenie zapomocą użycia spirytusu nie tak prędko następuje jak po stosowaniu roztworu lapisu. W niektórych przypadkach działa skutecznie ten sposób leczenia wpływów usznych (spirytus) — w innych tylko lapis przynosi pożądany skutek, tak, że ścisłych zasad leczenia pod tym względem postawić nie można. Z wprowadzeniem do chirurgii środków przeciwnilnych, zaczęli także próbować takowych i otyjnatry, polecając: kwas karbolowy, salicylowy, borny, tymol i t. p.

Kwas karbolowy, użyty w roztworze $\frac{1}{2}$ —1%, usuwa nieprzyjemny zapach przy rozkładzie wydzieliny ropnej w uchu, nie zmniejsza jednak ropienia w uchu. Kwas salicylowy nie jest pod tym względem, według Gruber'a, lepszym od karbolowego. Tymol nietylko że nie działa korzystnie przy wyciekach z ucha, lecz przeciwnie, wywołuje silne bóle w uchu. Przeciwnie, kwas borny, należy, według Gruber'a do najlepszych środków przeciw wyciekom z ucha.

Również bardzo dobrym środkiem, zbliżonym do kwasu bornego przy długotrwałych zapaleniach przewodu usznego, połączonych z wyciekami, jest borax (*Natrium boracicum*). Gruber używa takowego do wkraplań w roztworze wodnym, do wstrzykiwań w trąbkę Eustachijusza, oraz jako wody do płukania

gardła przy jednoczesnem zajęciu gardzieli. W proszku nie używa tego środka obawiając się wytworzenia złożeń tej soli w przewodzie słuchowym. Kwas borny stosuje się w następujący sposób: po wymyciu ucha 4-0 procentowym roztworem kwasu bornego, osuszeniu przewodu usznego i przedmuchianiu trąbki Eustachijusza, wdmuchujemy w przewód uszny za pomocą pióra gęsiego lub baloniku, drobno sproszkowany kwas borny, poczem zatykamy ucho kulką z waty karbolowej, salicylowej lub bornej.

Manipulację tę trzeba tak długo powtarzać, dopóki wata okazuje się zwilżoną wydzieliną uszną. Wpływ tego leczenia na części uległe zapaleniu, oraz zmniejszenie się wycieku jest w niektórych przypadkach bardzo widocznem.

Przy długotrwałych ropnych zapaleniach ucha średniego, połączonych ze zniszczeniem błony bębenkowej, otrzymywał Gruber przy użyciu kwasu bornego tak dobre rezultaty, że we wszystkich podobnych przypadkach zaczyna leczenie od użycia kwasu bornego, i dopiero gdy ten zawodzi, przechodzi do użycia innych środków.

Aby się przekonać czy kwas borny działa lepiej przeciw wyciekom z ucha jak boraks, przeprowadzał Gruber porównawcze leczenie za pomocą tych środków i okazało się: że jednakowego stężenia roztwór boraksu działa lepiej jak roztwór kwasu bornego. Proszek zaś kwasu bornego przy długotrwałych zapaleniach ucha średniego prędzej zmniejsza wysięk jak proszek boraksu. Przy zwykłym kataralnym zajęciu ucha średniego, bez przedziurawienia błony bębenkowej, roztwór boraksu, wprowadzony do trąbki Eustachijusza, działa lepiej jak roztwór kwasu bornego.

Przy wyciekach z ucha, będących objawem długotrwałego kataralnego zapalenia ucha średniego z przedziurawieniem błony bębenkowej, stężony roztwór boraksu działa lepiej jak proszek kwasu bornego, przy długotrwałych zaś ropnych zapaleniach ucha średniego ze zniszczeniem błony bębenkowej sproszkowany kwas borny działa daleko lepiej, trzeba jednak stosować kwas borny nawet po ustaniu wycieku z ucha, jeszcze przez kilka tygodni, gdyż łatwo następują powroty choroby.

Pod względem zatem znaczenia leczniczego, zalicza Gruber kwas borny do najlepszych środków stosowanych przeciw wyciekowi z ucha, a do których należą: systematyczne użycie roztworu azotanu srebra, spirytusu, oraz wprowadzonych w ostatnich latach przez Grubera do praktyki usznej preparatów żelatynowych.

E. Modrzejewski.

Monatschrift für Ohrenheilkunde N. 7. 1881.

146. Drozdow (prywat-docent Akademii medyko-chirurgicznej). Hipnotyzm samorodny (*Morbus hypnoticus*).

Autor podaje dwa przypadki hipnotyzmu samorodnego u ludzi zdrowych, hipnotyzmu powstałego bez wszelkich manipulacji ze strony drugiej osoby. Podobne przypadki, jak twierdzi autor, dotychczas nie były przez nikogo opisane. Tylko Strubing w towarzystwie greifswaldzkim podał przypadek hipnotyzmu samorodnego u histeryczek.

Przypadek I. Podmajstrzy pieczętarski B., lat 18. Żadnych chorób nie przechodził. Dnia 8 Stycznia 1880 r. miał zajście nieprzyjemne z matką, poczem wyszedł na ganek, gdzie pozostając przez pewien czas uczuł nieprzezwykłą chęć do snu. Wróciwszy do pokoju natychmiast się położył i zasnął. Wszystko to się stało tak szybko, że nikt na to nie zwrócił uwagi. B. spał 1½ doby. Sen tak długo trwający zaniepokoił matkę, która postanowiła syna przebudzić, ale pomimo wszelkich usiłowań dokazać tego nie mogła. Po pewnym czasie chory sam się obudził, uskarżając się na ból głowy. Machinalnie napił się wody Zjadł podane mu jedzenie, poczem znowu się położył i zasnął. Stan taki trwał dni kilka. Chory stopniowo wracał do stanu normalnego ale przez czas długi uskarżał się

na niedomaganie ogólne. Przy pierwszej nieprzyjemności, jakiej doznał B., powtórzył się przypadek podobny. Chory zasnął. Tym razem gdy matka chciała go obudzić, znalazła go zeszywniałego; „leżał jak pałka“—wyrażeniem matki—„ręce i nogi nie dawały się zgiąć, były jak stalowe.“ Przywołany lekarz, myśląc że ma do czynienia z zapaleniem mózgu, odesłał chorego do kliniki prof. M a n a s e i n'a. Stan chorego po przeniesieniu go do kliniki był następujący: Chory znajduje się w położeniu leżącym, twarz spokojna, nieco bleda, powieki zamknięte, szczęki zaciśnięte, źrenice rozszerzone, oczy skierowane ku wewnątrz i ku dołowi, oddech słaby, 24 na minutę, tętno nieco przyspieszone, 88, spokojne, ciepłota ciała normalna, skóra wilgotna. Mięśnie naprężone, twarde, usiłowania zgięcia daremne, badanie narządów wewnętrznych nie okazało żadnych zboczeń. Chory nie był czuły ani na dźwięki i na światło, ani też na uklucia i szczypania. Drażnienie rozmaitemi bodźcami nie wywoływało odruchów. Blaszkki srebrne i złote założone na ręce i nogi usuwały zeszywnienie, lecz kończyny natomiast przybierały giętkość woskową (*flexibilitas cerea*). Pocieranie wykonywane na takich kończynach wywołało kontrakturę. Użycie pędzelka elektrycznego sprawiło przyspieszenie oddechu i przebudzenie się chorego.

Na zapytania chory odpowiadał powoli, niechętnie, niewyraźnie, podnieść powiek nie mógł, uskarżał się na ból głowy, pragnienie i ogólne zmęczenie. Ruchy rąk i nóg swobodne, pocieranie wywołuje skurcze w takowych. Stan taki trwał przez dni kilka, chory stopniowo wracał do stanu normalnego, po 3-ch tygodniach pobytu w klinice został wypisany.

W rok potem autor po raz drugi widział tegoż chorego w podobnym stanie. Tym razem oprócz braku odczynu na bodźce, isiniały tak zwane odruchy naśladowcze; stukanie zębami, wykonywane przez inną osobę, zmuszało go do podobnego stukania, kaszel, do kaszłania. Widzimy więc że w przypadku tym istniały wszystkie objawy hipnotyzmu, jako to: sen, utrata ruchów dowolnych, utrata wrażliwości zmysłów, giętkość woskowa, odruchy naśladowcze.

Drugi przypadek opisany przez autora również stwierdza możliwość istnienia hipnotyzmu samorodnego. W przypadku tym chory na pewien czas utracił możliwość mówienia i słyszenia (afazyja hipnotyczna).

W przypadku trzecim objawy hipnotyzmu samorodnego wystąpiły we dwa tygodnie po dwukrotnem hipnotyzowaniu chorej przez H a n z e n'a. W przypadku tym istniała utrata ruchów dowolnych i stan kataleptyczny mięśni przy zupełnem zachowaniu świadomości.

W końcu autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Hipnotyzm, jako choroba, może być obserwowany ze wszelkimi objawami nawet u klasy pracującej.

2) Momentami usposabiającymi do tej choroby są: sztuczna hipnoza, niepowodzenie w życiu, przykrości drobne długotrwałe (klótnie).

3) W stanie hipnozy mogą się znajdować pojedyncze części ośrodków nerwowych, ośrodek mowy, ośrodek ruchów dowolnych.

4) Hipnotyzm jest chorobą ośrodków nerwowych, pojawienie się zaś takiej choroby może być uwarunkowane podrażnieniem czasowem obwodowem.

5) Teoryja hipnotyzmu, dla braku dostatecznych danych, nie jest jeszcze możebną.

Edward Kornilowicz.

Wracz N. 30, 1881.

147. Neuss. O zastosowaniu przetworów żelaza do wstrzykiwań podskórnych.

Mniej lub więcej wydatne zaburzenia w trawieniu, jakie często są następstwem podawania, szczególnie dłuższego, przetworów żelaza, nasunęły rozmaitym lekarzom myśl zastosowania tego nieoceniczonego środka w postaci wstrzykiwań podskórnych. Pobudką do tego celu był jeszcze fakt, że znaczna ilość przyję-

tego żelaza nie była wessana, skutkiem czego lekarz nigdy nie mógł być pewnym żadnego skutku. Pierwszy Rosenthal w Wiedniu w 1872 użył do podskórnego wstrzykiwania najpierw *ferrum tartarici oxydulati*, a później *chinini ferrocitrici* w obu jednak razach podrażnienie miejscowe było zbyt silne. Później Huguenin wstrzykiwał z dobrym skutkiem *ferrum pyrophosphoricum c. ammonio citrico* (1:5 wody), La Costa — *ferrum dialisatum*, Pic k. *ferrum oxydatum saccharatum solubile* i *tincturam ferri pomati*; przyczem jednak żelazo nie było wessane, a na miejscu wstrzykiwania powstawał ropień. Wreszcie w 1878 roku Rosenthal jeszcze raz powrócił do pierwotnej swej myśli i z dobrym skutkiem stosował *ferrum pyrophosphoricum c. natro citrico*. Autor streszczanej pracy D-r Neuss, wypróbował w pracowni profesora Eulenburg'a wszystkie przetwory żelaza. o ile one do podskórnych wstrzykiwań zastosować się dają. Najpierw więc próbował ich własności dyfundowania, bo tylko takie użyte być mogą. Jako łatwo przenikające okazały się: *ferrum pyrophosphoricum c. ammonio citrico*, *ferrum pyrophosphoricum c. natro citrico*, *ferrum citricum oxydatum*, *chininum ferro-citricum* — co zaś do *ferrum albuminatum*, to doświadczenie pokazało, że przenika tylko żelazo a nie białko. Wymienione przetwory autor wstrzykiwał pod skórę, zarówno królikom jak i ludziom, i rezultaty jego pokazały, że jedynie *ferrum pyrophosphoricum c. natro citrico* (1 część na 6 *aque destillatae*) do podskórnych wstrzykiwań użyte być może; przechodzi ono bardzo łatwo do krwi, a później i moczu i nie wywołuje żadnego miejscowego podrażnienia. Działanie jego jest prędsze, aniżeli żelaza podawanego do wewnątrz i zasługuje na pierwszeństwo w nagłych i groźnych przypadkach bezkrwistości; przed innymi zaś przetworami ma jeszcze tę wyższość, że się nie tak prędko rozkłada. Z różnych przetworów do pewnego stopnia użyte być może *ferrum pyrophosphoricum c. ammonio citrico*, choć działa ono miejscowo drażniąco, inne wcale zastosowania mieć nie mogą, już dla tego, że zbyt silnie drażnią, już że nie przechodzą na pewno do krwi.

Dunin.

(*Zeitschrift f. klinische Medicin. T. III. H. I. 1881.*)

148. M. G. Hayem. O skutkach fizyjologicznych i farmakoterapeutycznych wzięwania tlenu. (*Sur les effets physiologiques et pharmacotherapeutiques des inhalations d'oxygène.*)

1) Skutki fizyjologiczne. Tlen z domieszką pewnej nieoznaczonej ilości zwykłego powietrza, stosowany w formie wzięwań w ilości od 40 lit do 90 lit. dziennie, w dwóch dawkach, energicznie pobudza czynność odżywiania. Powiększa on apetyt, podnosi znacznie ciepłotę organizmu, przyspiesza krążenie i zwiększa ciężar ciała. Jeżeli indywiduum obserwowane przyjmuje pokarm ten sam przed, w czasie i po wzięwaniach, to w tych warunkach skład moczu i ciężar ciała się nie zmieniają.

Na krew tlen wywiera wpływ bardzo jasny: pobudza on tworzenie się haematoblastów i czerwonych krążków krwi, podnosi od 5—10 na sto zawartość w tych ostatnich haemoglobiny. Te skutki jednak są bardzo przechodnie. Z chwilą przerwania wzięwań krew gwałtownie odzyskuje swoją budowę pierwotną.

Podczas wzięwań niekiedy występuje jakby niewielkie odurzenie i mrowienie w kończynach.

2) Skutki farmakoterapeutyczne: a) *Chlorosis*. W tej chorobie, przy jednoczesnych nieporządkach w trawieniu, tlen oddaje usługi niezaprzeczone. Ożywia apetyt, wstrzymuje wymioty (jeżeli są), pobudza przyswajanie i zwiększa ciężar ciała. Gdy chory przyjmuje więcej pokarmu, stosownie do zwiększonego apetytu, to ilość moczownika w moczu wzrasta z 10 grm. na 35—40 grmm. na dobę.

Wzmoczone odżywianie wywiera wpływ i na krew. Liczba czerwonych krążków krwi znacznie się zwiększa, ale ilość barwnika w nich nie wzrasta, a czasami nawet się zmniejsza. Pod koniec 2—3 miesięcznego leczenia, pomimo polepszenia się stanu ogólnego chorego, jego czerwone krążki krwi są jeszcze takie same, jakie były przed zastosowaniem wzięwań. Jeżeli w tym czasie przerwać wzięwania tlenu, to chory prędko traci wszelkie dobre skutki leczenia.

Jednakże wzięwania tlenu stanowią dobry środek pomości przy leczeniu preparatami żelaznemi, zwłaszcza przy nieporządkach w trawieniu.

b) W y m i o t y : Wzięwania tlenu wywierają wielki wpływ na wymioty. Bez względu na przyczynę zmniejszają się one co do liczby, albo ustają zupełnie już po 1—2 posiedzeniach. Jeżeli przyczyną ich nie jest organiczna choroba żołądka to ustają one stanowczo i trwale. Ale przy raku żołądka, przy jego przewlekłych katarack z rozszerzeniem i podezas suchot płucnych, wymioty stają się tylko mniej częste.

Dr. E. Przewoski.

(*Comptes rendus de l'Académie des sciences. Paris. 2 Mai, 1881. Note de M. G. Hayem, présentée par M. Vulpian.*)

LIST OTWARTY DO REDAKCYI.

Szanowny Kolego!

Wskutek wyrażonego przez niektórych kolegów życzenia, jako dopełnienie artykułu zamieszczonego w N-rze 40 „Gazety Lekarskiej“ o siarczanie ezeryny, donoszę, że zwykle używam roztworu ezeryny w stosunku grj na 5j—jj wody, chociaż można używać i roztworu znacznie słabszego (grj—5s) co, jak również ilość wkraplań dziennie, dużo zależy od każdego indywidualnego przypadku. Tak, gdy mamy do czynienia z owrzodzeniem przybrzeżnem, grożącym lada chwila przedziurawieniem, lub z owrzodzeniem już przedziurawionem i świeżo wypadniętą tęczą, gdzie zatem mamy wskazanie do zwiężenia źrenicy *ad maximum* — rzecz jasna, w pierwszej osobliwie chwili, używamy rozczyntu więcej stężonego (grj—5j) wkraplając 3—4 razy dziennie, aż dopniemy zamierzonego celu; następnie, dla podtrzymania zwiężenia źrenicy, można używać już rozczyntu znacznie słabszego (grj—5jj—5jjj) wkraplając 2 razy dziennie. Użycie jeszcze słabszych roztworów (grj na 5s, a nawet na 5j) także jest możebne, lecz przedstawia tę niedogodność, że dla należytego działania wymaga też znacznie częstszego wkraplania (5—6 razy dziennie) co niepotrzebnie utrudza chorego, zmuszając do nazbyt częstej zmiany opaski. Podtrzymywanie źrenicy w stanie silnego zwiężenia okazuje się pożytecznem tylko do chwili, aż zaczną się pierwsze objawy zabliznienia (owrzodzenie nie powiększa się, *hypopion* — jak również nacieczenie ropne dna owrzodzenia znika, utrata substancji zaczyna się wypełniać nowemi komórkami, rozwijają się naczynia reparacyjne); następnie zwiężenie źrenicy może być podtrzymywane w znacznie słabszym stopniu, co już otrzymujemy za pomocą słabszych roztworów lub rzadszego ich użycia. Jedną może niedogodność dla chorych, osobliwie biedniejszych, stanowi dość wysoka cena ezeryny — tak, rozczynt grj na 5jj wody kosztuje w aptekach około 8 złotych (gramm kosztuje 8½ rubla), ale gdy zważymy, że nieraz jednorazowego takiego wydatku wystarcza na cały czas trwania choroby — dojdziemy do przeciwnego przekonania, bo czyż kuracja ośmiozłotowa może się nazwać zbyt drogą?

Jeszcze raz uważam za niezbyteczne zwrócić uwagę na dobroć preparatu jak również na potrzebę powiadomienia chorego chociażby o zewnętrznych (dostępnych dla chorego) przymiotach przepisanego środka — mówię to pod wpływem świeżego doświadczenia. Niedawno panu K. urzędnikowi z kolei zostało zaleconem użycie ezeryny z zachowaniem wyż wymienionych ostrożności — nazajutrz p. K. przychodzi ze zdziwieniem oświadczając, że lekarstwo pozostało zupełnie bezbarwnem, a przy użyciu za każdym razem wywoływało podrażnienie — i cóż okazało się, że zapewne przez zbyt częste roztargnienie pana prowizora wydano z apteki zamiast siarczanu ezeryny — siarczan cynku! I zdarza się nie rzadko, że wskutek właśnie podobnych roztargnień, trudnych często do skontrolowania, nie otrzymujemy wcale oczekiwanych rezultatów, tracąc nie raz i więcej w sam środek — i zawsze dzięki tylko podejrzaney dobroci preparatu, sprzedawanego nieraz na wagę złota.

Z szacunkiem

W. Mikucki.

Wiadomości bieżące.

— *Warszawa*. Dnia 18 Października r. b. wybrany został — na następne trzecie — dziekanem Wydziału lekarskiego tutejszego Uniwersytetu professor D-r Włodzimierz Brodowski. Piąty to już raz z rzędu Szanowny Professor zostaje na tę godność wybierany.

— *Genewa*. Rada zarządzająca kantonu Genewy otworzyła w mieście Genewie szkołę dentystryczną, (która przez swą organizację, obszerny zakres studyjów i ścisłość egzaminów wymaganych dla otrzyman'a dyplomu, ma stanąć na wysokości prawdziwego wydziału dentystycznego). Zarząd tej szkoły poruczone komissji złożonej z 5 członków, pod przewodnictwem D-ra Laskowskiego, profesora anatomii opisowej na wydziale lekarskim w Genewie. Kursa w pomienionej szkole rozpoczyna się już 21 Października r. b.

— *Berlin*. W dniu 13 Października przypadał jubileusz 25-letniego zawodu professorskiego w tutejszym Uniwersytecie R. Vireh'owa (liczącego obecnie 60 lat życia). Z powodu nieobecności jubilata (znajduje się na kongresie archeologicznym w Tyflisie) obchód odroczono na dzień 19 Listopada roku bieżącego.

— Wyznaczonem już ostatecznie zostało miejsce, dla mającej się tu odbyć w roku przyszłym wystawy przedmiotów mających związek z higieną i ratowaniem chorych.

— *Kolonja*. Od 9—12 Października odbywał się tu międzynarodowy kongres przeciwników szczypania ospy.

— Oględziny pośmiertne zwłok prezdydenta Garfield'a wykazały, że kula, złamawszy jedenaste żebro prawej strony, przeszła przez kolumnę kręgową, przed kanałem dla rdzenia, roztrzaskała trzon pierwszego kręgu lędźwiowego, a pewną liczbę odłamków kostnych rozrzucała po rozmaitych częściach miękkich sąsiednich. Kula ostatecznie zatrzymała się pod trzustką, na 7 ctm. na lewo od kolumny kręgowej i za otrzewną i tam się otorbiła. Bezpośrednią przyczyną śmierci było krwawienie z tętnicy kręzkowej, która leżała w pobliżu kanału postrzałowego. Krew przezwala worek otrzewnej, tak, że w jamie otrzewnej znalaziono około 300 kub. cent. krwi. W pobliżu pęcherzyka żółciowego pomiędzy wątrobą, a *colon transversum* znalaziono ropień około 6:4 cent, ropień ten nie miał łączności ani z tkanką wątroby, ani z raną. Długi zaropiały kanał, prowadził od zewnętrznego otworu postrzałowego, pomiędzy mięśniami okolicy pachwinowej a prawą nerką, aż do prawej pachwiny. W płucach *bronchitis* i *trachopneumonii*. Wątroba powiększona i stłuszczone. W nerce lewej blisko powierzchni znajdował się ropień wielkości około 2½ ctm.

— *Cholera na Wschodzie*. W kilku już miejscach na Wschodzie szerzy się cholera; najniebezpieczniejszym jednak dla Europy jest pojawienie się jej w Aden, gdzie statki parowe przepływające przez morze Czerwone muszą się zatrzymywać dla zaopatrzenia się w węgle. Ludność Adenu wynosi 30,000, pośród których 2,000 Europejczyków. Początkowo z 32 chorych na cholere zmarło osób 27, z następnych zaś 78 zmarło 50. Niebezpieczeństwo rozszerzenia się epidemii jeszcze bardziej zagraża teraz, z powodu odbywającej się pielgrzymki do Mekki, a ilość przepływających przez Aden pielgrzymów da się przybliżenie ocenić na 20,000. Na wniosek międzynarodowej rady sanitarnej władza miejscowa ustanowiła kordon z wojska w Aden od strony ładu i dziesięciodniową kwarantannę we wszystkich portach państwa, dla statków przybywających z morza Czerwonego. Pielgrzymi, zatrzymujący się choć przez czas krótki w Aden, ulegają następnie dziesięciodniowej kwarantannie w Hodeida, gdzie urządzono odpowiedni szpital dla zapadających na cholere, a w razie jego zapelnienia, chorzy transportowani będą na wyspę Kamara, położoną niedaleko od Hodeidy. Również nakazano kwarantannę dla wszystkiego co pochodzi z brzegów Afryki od Somalis do Massawy.

Od dni 10 cholera rozgościła się i w Aleksandryi, gdzie liczne zabiera ofiary.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Règlement de l'école dentaire de Genève, adopté par le Conseil d'Etat, suivi du programme des examens et d'un plan d'études. Genève, 1881.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Gazety — „Katalog nowych dzieł lekarskich“ za Sierpień i Wrzesień księgarni W-go Wendego i S-ki,

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 8 Октября 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska. 23.