

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. P. NIEDŹWIECKI. Rana postrzałowa czaszki drażąca; ropień mózgowy, brak objawów chorobowych; nagła śmierć po dwu miesiącach. — II. R. JASIŃSKI. Leczenie skoliozy. Przyczynę do chirurgii kręgosłupa [Ciąg dalszy]. — III. M. LESNIK. Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia [Ciąg dalszy]. — *Dział sprawozdawczy.* 4. TORNWALDT. O znaczeniu „bursa pharyngea“ dla rozpoznania i leczenia pewnych cierpień jamy noso-gardzielowej. — 5. MARAGLIONE [prof. w Genui]. Fizjopatologija gorączki oraz leczenie przeciwgorączkowe. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. RANA POSTRZAŁOWA CZASZKI DRAŻĄCA;

ropień mózgowy, brak objawów chorobowych; nagła śmierć po dwu miesiącach,

sposzczegał

D-r Piotr Niedźwiecki [z Serdobska].

Nullum vulnus capitis contemnendum.

Hippocrates.

„Nieobcym jest zapewne nikomu [GAJKIEWICZ. O umiejscowieniach mózgowych. MEDYCYNĄ. Nr. 45. 1878] ogromny postęp, jaki zrobiła nauka o mózgu w bieżącym dziesiętku lat naszego stulecia. Pojęcia, przyjmowane do tego czasu za pewniki, zostały wstrząśnięte w swych podstawach; inne znów, któreby przed 15 jeszcze laty uważane były za herezję w nauce, zyskały prawo obywatelstwa. W tej postępowej zmianie pojęć coraz wyraźniej wyłania się pogląd na umiejscowienia czynności mózgowych“. „Mózgowie, powiada w swych lekcjach o umiejscowieniach mózgowych prof. CHARCOT, nie przedstawia narządu jednorodnego, pojedynczego; jest to raczej stowarzyszenie, lub, jeżeli chcecie sprzymierzenie, złożone z kilku rozlicznych narządów. Każdy z tych narządów posiada sobie tylko przynależne własności, czynności i zdolności“. „Ten pogląd, powiada dalej tenże uczony, polega na danych, których nam dostarczają: anatomija opisowa, fizjologija doświadczalna i wreszcie spostrzeżenia kliniczne, mające za podstawę według pewnego porządku przeprowadzone i drobnostkowe zbadanie złożeń ustrojowych. Dowody ostatnie, t. j. spostrzeżenia kliniczne powinny być umieszczone w rzędzie najważniejszych i najbardziej rozstrzygających. Jeżeli bowiem pierwsze mogą wskazać nam drogę w nauce o umiejscowieniach, ostatnie dozwolą wypowiedzieć ostateczny wniosek i dostarczyć dowodów przynajmniej odnośnie do człowieka“.

Każdy się jednak zgodzi, że pomimo olbrzymich trudów dzielnych pracowników na tej niwie, jednej z najtrudniejszych do uprawy, najzawilszej do rozja-

śnienia, obok pytań mniej lub więcej dokładnie rozstrzygniętych, napotyka się mnóstwo zadań niezbadanych, wiele pojęć między sobą sprzecznych i wiele poglądów chwiejnych, nie mających dostatecznych podstaw naukowych.

Tych słów kilka wystarczy do określenia ważności każdego spostrzeżenia uszkodzeń mózgu u człowieka; spostrzeżenia, przeprowadzonego w ścisłym zestawieniu z objawami towarzyszącymi tym uszkodzeniom i sprawdzonego anatomicznie badaniem zwłok, tem bardziej, jeżeli się zgodzimy, że kliniczne spostrzeżenia powinny być najbardziej rozstrzygające.

Te i tym podobne pobudki skłoniły mnie do zaznajomienia szerszego koła czytelników z przypadkiem spostrzegającym przezemnie.

Dnia 21 Lutego 1876 roku zawezwany zostałem do wsi Jełani dla sądowo-lekarskiego zbadania i określenia stanu zdrowia córki tamecznego włościanina. Poszkodowana Zenobja M., wieku lat 12, wzrostu średniego, wątłej prawidłowej budowy ciała, uposledzonego odżywiania. Skóra biała, cienka, dostatecznie sprężysta; przez skórę przeświecają naczynia żyłne; tkanka tłuszczowa podskórna zanikła; mięśnie wątle; układ kostny słabo rozwinięty. Błona śluzowa łącznicy, warg i dziąseł biała. Na czole, nad lewym oczodołem znajduje się niewielki, owalny, wyraźnie odgraniczony guz, ze średnicą podłużną poziomą przeszło 5 centymetrów długą, ze średnicą poprzeczną pionową $3\frac{1}{2}$ centymetra długą. Na wierzchołku guza, w jego środku, w odległości około 4 centymetrów nad środkiem brzegu górnego łuku oczodołowego, znajduje się zupełnie okrągła powierzchnia, mająca nie wiele więcej nad $1\frac{1}{4}$ centymetra średnicy, pokryta cokolwiek wystającą nad powierzchnię skóry ziarniną, pośrodku której w samym środku widać lekkie zagłębienie. Do koła ziarniny można zauważyć sinawo-różowy, 3 milimetry szeroki pasek rozpoczynającego się zablizniania. Skóra pokrywająca guz biała, nie odróżnia się niczem od skóry otaczających części, ruchoma. Guz widocznie tętniący, szczególnie w swej średniej części, co jeszcze bardziej stwierdza dotykaniem, przyczem tętnienie guza jest współczesne z tętnem promieniowem. Guz podmiotowo niebolesny; ciepłota jego przy dotykaniu cokolwiek wyższa w porównaniu z otaczającymi częściami. Przy lekkim ucisku chora również nie uczuwa bólu; uskarża się tylko na zawrót głowy, płatki przed oczyma, ciemność w oczach; przedmioty widzi przytem niewyraźnie; chód staje się chwiejny, niepewny. Objawy te po zniesieniu ucisku w kilka sekund znikają bez śladu. Jednocześnie przy ucisku guza, z wyżej wymienionego zagłębienia wśród ziarniny, występuje kilka kropel gęstej, podobnej do śmietanki, ropy. Przy ostrożnym, z większą siłą dokonanym, ucisku guza, zawrót głowy przechodzi w zemdlenie z utratą przytomności, poprzedzone zupełną utratą wzroku, przyczem tętno i oddech wolnieją, mięśnie stają się wiotkie, na wpół bezwładne. Po zniesieniu ucisku, przytomność, tętno, oddechanie, jędrność i działalność mięśniowa wraca szybko do stanu prawidłowego; wzrok zaś powoli w ciągu około 5 minut powraca do stanu, w jakim był przed uciskiem guza. W którym oku wzrok niknie i powraca prędzej, zbadać było niepodobna. Guz wogóle ciastowaty, w części swej zewnętrzno-dolnej, nad zewnętrznym końcem brwi, niewyraźnie chołbocący. Przy ucisku w tylko co opisaną okolicę guza, z zagłębienia wśród ziarniny ropa wydziela się obficie. Wpro-

wadzony ostrożnie pod skórę zgłębnik, od zagłębienia wśród ziarniny w kierunku z góry na dół, od prawej ku stronie lewej, z łatwością dochodzi do dolnego zewnętrznego brzegu guza i napotyka w tem miejscu ciało twarde, ruchome. Kość czołowa w tym kierunku nie obnażona. W innym kierunku podskórnie zgłębnika wprowadzić nie można. Przy ostrożnem badaniu podstawy guza, bez trudności możemy się przekonać, że, odpowiednio wyżej opisanej powierzchni pokrytej ziarniną, istnieje w kości czołowej otwór zupełnie okrągły, przeszło $1\frac{1}{2}$ centymetra średnicy mający. Brzeg otworu kostnego, z łatwością namacalny, przedstawia się gładkim. Zgłębnik może być ostrożnie wprowadzony w kierunku kostnego otworu nie dalej jak do brzegu zewnętrznego otworu kostnego i napotyka na tym poziomie ciało miękkie, sprężyste. Badanie za pomocą dotykania głowy wogóle dało ujemne wyniki, oprócz bowiem wyżej wymienionego guza nie znalazłem żadnych szczególnych wzniesień, ani miejsc nadczułych i t. p..

Chora zupełnie przytomna, dość rozwinięta, czynności umysłowe nie przedstawiają najmniejszych zboczeń. Odpowiada z pojęciem, wyraźnie. Mowa swobodna, bez najmniejszego zająkania i nieprawidłowości w wymawianiu wyrazów. Ruchy prawidłowe, jednostajne z prawej i lewej strony tak co do sprawności, jak i co do siły. Kojarzenie ruchów zupełnie prawidłowe: chora swobodnie chodzi z otwartymi i z zawiązanymi oczami, szyje, robi pończochy, zajmuje się pracą około domu i t. p..

W narządach zmysłowych również nie podobna dopatrzeć zboczeń, wzrok dobry, w obu oczach jednostajnej ostrości i siły; słuch niezmieniony, uderzenia zegarka i t. p. chora słyszy z obu stron na jednakowej odległości; smak prawidłowy: chora z zawiązanymi oczyma dokładnie rozróżnia smak kwaśny, słodki, wodę, mleko i t. p.. Odnośnie węchu w zaczadzonej powietrzni mieszkania, przesyconej najrozmaitszemi wonnemi pierwiastkami, niepodobna było przeprowadzić ścisłych spostrzeżeń i dojść do pewnych wniosków. Doświadczenia czynione przy pomocy szpilek, rozmaicie ogrzanych i zimnych przedmiotów, również przedmiotów z rozmaitemi powierzchniami: gładkich i szorstkich, pokazały, że uczucie miejscowości, odległości, ciepłoty, bólu i powierzchni niezmienione i jednostajne z prawej i lewej strony. Ogólna jednak wrażliwość nerwowa widocznie podwyższona: najmniejsza zmiana ciepłoty otoczenia, najmniejszy przeciąg świeższego powietrza wywołuje dreszcze u chorej i powoduje powstawanie na całym ciele t. zw. gęsiej skóry; mała zmiana w natężeniu światła [ukazanie się np. słońca z zachmury] zmusza chorą do zakrywania oczu; nagły krzyk, lub nawet szmer, nieprzyjemne robi na chorej wrażenie. Chora jednak szybko przyzwyczaja się do zmienionych warunków tak ciepłoty, jak i światła i słuch wreszcie oswaja się z nowemi wrażeniami. Stan ogólny chorej bezgorączkowy: ciepłota $37,4^{\circ}$ C., oddechanie prawidłowe, 20 razy na minutę: tętno drobne, miękkie, 80 uderzeń na minutę. W narządach oddechania i krążenia krwi przy badaniu przedmiotowem nie wykrywamy zmian chorobowych. Łaknienie mierne, czynność przewodu pokarmowego i wypróżnienia prawidłowe. Wydzielanie moczu, skład moczu i działalności skóry nie przedstawia nic godnego uwagi. Sen dobry, spokojny. Regularności nie bywa. Podmiotowo chora czuje się dobrze; uskarża się jedynie na tępy ból głowy. Domownicy nie zauważyli żadnych zboczeń w czynnościach cierpiącej i uważają ją za zupełnie zdrową.

Chora jest córką biednego włościanina, matka ją odumarała lat parę temu i obecnie, jako jedna z najstarszych dzieci, obowiązana jest spełniać wszelkie kobiece domowe prace: gotować, prać, nosić wodę i t. p.. Mieszka w kurnej, ciasnej, wilgotnej chacie, w której obok jej mieszkańców, ludzi, mieszczą się najrozmaitsze domowe czworonogie i pierzaste zwierzęta. Chora w ciągu swego życia była wogóle słabowitą, wątłą; ciężkich chorób nie przebywała; w końcu przeszłego [1875] roku cierpiała na zimnicę przeszło miesiąc, ostatnimi jednak czasy zimnica przeszła, chora była względnie zdrową i zajmowała się pracą około domu, jak zwykle.

Przed miesiącem, mianowicie wieczorem 17 Stycznia, Zenobija M. w swoim domu przypatrywała się nabijaniu rewolweru. Wskutek nieostrożności nastąpił wystrzał. Kula dużego kalibru z odległości nie więcej nad metr uderzyła w czoło nad lewym oczodołem. Raniona upadła na podłogę; wstać i iść do łóżka nie mogła, lecz najdokładniej pamięta, jak ją podniesiono i położono na łóżku, drobnotkowo opisuje zamieszanie, jakie nastąpiło po wystrzale. W pół godziny po przypadku mogła już siedzieć, poruszać się sama, rozmawiać z przywołanym świąszcenikiem. Ten ostatni, człowiek rozwinięty, opowiadał mi, że nie zauważył wówczas w zachowaniu się chorej żadnych chorobowych zбоceń. Chora była zupełnie przytomną, swobodnie mówiła i poruszała się; nie uskarżała się na żadne szczególne cierpienie. W godzinę potem przybyły miejscowy felczer znalazł na czole nad lewym oczodołem okrągłą, ziejącą ranę, z opalonemi brzegami, około 2 centymetrów średnicy mającą. Krwotoku z rany nie było. Zgłębnik wprowadzony do rany przez felczera na przestrzeni około 7 centymetrów nie napotykał żadnego ciała twardego. Dalszego poszukiwania badacz zaniechał. Ranna czuła się dobrze; odpowiadała przytomnie. W głosie, w zakresie czynności umysłowych, w działalności narządów zmysłowych, w ruchach — żadnych chorobowych zбоceń nie zauważono. Podmiotowo uskarżała się tylko na ból głowy, osłabienie wzroku i lekkie nudności. Przeléżawszy, a raczej przesiedziawszy dzień następnny, t. j. 18 Stycznia, w łóżku, chora 19 Stycznia wstała i rozpoczęła swe zwykłe zajęcia i pracę.

W siedm dni po wypadku [24 Stycznia] miejscowy lekarz, opatrując chorą, znalazł ją w stanie zadawalniającego zdrowia; żadnych zбоceń w zakresie czynności umysłowych i nerwowych, żadnych chorobowych zmian w innych narządach.

Przez cały przebieg czasu od 19 Stycznia do czasu badania przezemnie, t. j. do 21 Lutego, otaczający nie spostrzegali zбоceń chorobowych i uważali Zenobiję M. za zdrową. Ona sama podmiotowo także czuła się zdrową, zajmowała pracą domową, tępy tylko ból głowy często ją trapił, niekiedy wzrastał się i od czasu do czasu zjawiał się zawrót głowy i wymioty. Warunków jednak, przy których zjawiały się te ostatnie objawy, bliżej określić nie mogła. Kuli na zewnątrz nie znaleziono. Ojciec oznajmił, że na drugi dzień na ziemi w chacie znaleziono kawałek ołowiu „jak groch“ — lecz kawałek ten gdzieś się zapodział.

Zestawiając warunki, przy których powstało cierpienie i dane przedmiotowego badania, wyżej opisane, mianowicie: guz tętniący na czole nad lewym oczodołem, przestrzeń okrągłą pokrytą ziarniną w środku guza z odpowiednim otworem w kości czołowej, charakteryzującym się dobrze wyczuwalnym kostnym

brzegiem, wreszcie zawrót głowy, zemdlenie z utratą przytomności i wzroku i ogólny niedowład przy ucisku guza i t. p., doszedłem do wniosku, iż miałem do czynienia z raną postrzałową drążącą do jamy czaszkowej (*vulnus sclopetarium penetrans capitis*).

Z punktu więc sądowo-lekarskiego, dany przypadek był łatwy do rozstrzygnięcia: uszkodzenie ciężkie, zagrażające życiu. Leczenie również było proste, bo w rzeczy samej niewiele można było poradzić. Zrobiłem nacięcie przy brzegu zewnętrznym dolnym guza, tuż nad zewnętrznym końcem brwi, w celu ułatwienia odpływu ropy i zbadania własności wyczuwanego za pomocą zgłębnika twardego, ruchomego ciała. Okazało się, że jest to, bezkształtny kawałek ołowiu, wielkości niewielkiego grochu. Kość czołowa okazała się w tem miejscu nieuszkodzoną. Na guz i nacięcie zastosowałem opatrunek z oliwy kamforowej z kwasem karbolowym i pozostałem w wyczekującej postawie.

Jeżeli rola lekarza sądowego była w danym przypadku zbyt prostą, rola lekarza praktyka była zbyt ograniczoną, to położenie lekarza, chcącego wyjaśnić sobie ściśle każdy przypadek, przeniknąć, że tak rzekę, do wnętrza ustroju, zdać sobie sprawę, jakie tam mogły zajść uszkodzenia i zmiany, jaki może być przebieg cierpienia i jakie mogą być następstwa, nie było, sądzę, w danym przypadku tak proste i łatwe; owszem przynajmniej mnie, nasuwała się masa pytań, przypuszczeń i t. p., na które nie znajdowałem zadawalniających odpowiedzi. Co się stało z kulą? Gdzie ona uwięzła? Jakie spowodowała uszkodzenia; jaki będzie przebieg i jakie mogą być następstwa uszkodzeń? Były to pytania, które przede wszystkim wymagały wyjaśnienia i zadawalniającego rozstrzygnięcia. Kula, uderzając w kość czołową, rozprysła się, nie ulegało to wątpliwości. Kawałek ołowiu, znaleziony na drugi dzień po przypadku, drugi kawałek, wyjęty przezemnie z pod skóry, przemawiały wymownie za tem; lecz oba te kawałki, złożone razem, stanowiły zaledwie dziesiątą część kuli. Gdzie się podziały pozostałe dziewięć dziesiątych? Zupełna przytomność umysłu, prawidłowe czucie i ruchy, swobodna nieutrudniona mowa, prawidłowe czynności zmysłów, w zestawieniu z nieznacznymi objawami wstrząśnienia i uszkodzenia mózgu bezpośrednio po wystrzale i t. p. dane pozwalały przypuszczać, że mózgowie nie musiało uleść znacznemu uszkodzeniu, t. j., że kula, przebiwszy kość czołową, nie poszła poziomo i nie wnikła w lewą półkulę mózgu, lecz w dalszym biegu zmieniła kierunek. Badanie zapomocą zgłębnika w kierunku otworu kostnego potwierdzało to przypuszczenie. Zgłębnik bowiem w tym kierunku napotykał ciało miękkie sprężyste, jakby napiętą, nieuszkodzoną oponę twardą. Gotów byłem przypuścić, że kula, przebiwszy kość czołową w kierunku z dołu ku górze pod kątem mniej ostrym w dalszym przebiegu poszła między kośćmi czaszki i oponą twardą, nie uszkodziwszy tej ostatniej i uwięzła gdziekolwiek w jamie czaszki na oponie twardej, nie uciskając mózgu; albo też, uderzywszy się o kość czołową w kierunku z dołu ku górze pod kątem bardzo ostrym, prawie w kierunku stycznej, przebiła kość, lecz nie wnikła w jamę czaszkową, a po części rozprysnąwszy się, poszła w dalszym biegu na zewnątrz i nie była tylko odnalezioną.

Co się tyczy krążka przebitej kości, którego przy badaniu zgłębnikiem nie spotykałem, to byłem gotów przypuścić, że kość była rozbita na drobne kawałki,

zmiażdżona i kawałki te w dalszym przebiegu choroby zostały powoli częściowo w ciągu miesiąca wydalone na zewnątrz; że go mogli nie zauważyć, mało wogóle zwracający uwagę na otoczenie i siebie, domownicy, ani też chora. Co się zaś tyczy badania felczera, któremu choć w części można było dać wiarę, to również gotów byłem przypuścić, że wprowadzał on zgłębnik pomiędzy błonę twardą i kości czaszki. Przypuszczenia te, jeśli i nie prawdziwe, to przedstawiały się dla mnie przynajmniej prawdopodobnymi. Tępy ból głowy, wzmagający się od czasu do czasu, pojawianie się niekiedy, jakby bez przyczyny, zawrotu głowy i wymiotów, ogólna podwyższona wrażliwość nerwowa dawały jedynie słabe wskazówki, że w jamie czaszkowej chorej może przebiegać skrycie sprawa chorobowa, być może i bardzo niebezpieczna i zdawały się zniewalać do czujnego śledzenia dalszego przebiegu. Przejawy te jednak znajdowały po części objaśnienie w wątej budowie, upośledzonym odżywianiu chorej, przy nadmiernej pracy, w wysokim stopniu niedokrwistości, w zapalnej chorobowej sprawie dokoła uszkodzonej kości, wreszcie w zabójczej, zanieczyszczonej i zac zadzanej powietrzni i otoczeniu, w którym się chora znajdowała. Wszystko więc jakby przemawiało, a przynajmniej znajdowało objaśnienie, że uszkodzenia muszą być nieznaczne, że ważne narządy jamy czaszkowej nie są nadwerżone i że sprawa chorobowa będzie przebiegać pomyślnie. W sprzeczności z tem przypuszczeniem, stały jedynie zjawiska, które otrzymywaliśmy przy ucisku guza. Przy lekkim ucisku guza na czołe, chora skarżyła się na zawrót głowy, płatki przed oczyma, ciemność w oczach, przedmioty widziała niewyraźnie, chód stawał się chwiejny, niepewny; przy ostrożnym z większą siłą dokonany ucisk guza, zawrót głowy przechodził w zemdlenie z utratą przytomności, poprzedzone zupełną utratą wzroku, przyczem tętno i oddech wolniały, mięśnie stawały się wiotkie na wpół bezwładne, a po zniesieniu ucisku przytomność, tętno i oddechanie, jędrność i działalność mięśniowa wracały szybko do stanu prawidłowego, wzrok zaś powoli w ciągu około 5 minut powracał do stanu, w jakim był przed uciskiem. Kość czołowa była przedziurawiona; uciskając więc na powierzchnię guza, wywieraliśmy tem samem pośrednio ucisk na mózg. Nie mogłem jednak sobie przedstawić, w jaki sposób ciśnienie, wogóle lekkie, wywierane na przestrzeń nie wiele co większą nad 1 □ centymetr; ciśnienie, przy którym, jeżeliby cała odpowiednia część guza, leżąca przed otworem kostnym, była wcisnięta do jamy czaszki, mogłaby zawartość tej ostatniej zwiększyć zaledwo o 1 ctm. sześcienny, mogło powodować tak ważne następstwa w czynnościach mózgu, w jaki sposób to ciśnienie mogło być przyczyną zawieszenia czynności naraz tylu ośrodków mózgowych, rozmieszczonych w rozmaitych miejscach tego narządu. Nie mogłem sobie wyobrazić, w jaki sposób mózg przy prawidłowej zbitości mógł z taką łatwością przesyłać na wszystkie strony lekki ucisk, wywierany na małą jego część, jaka jest tylko możebna przy płynnym stanie skupienia uciskanego ciała. Pomimo woli więc nasuwało się przypuszczenie, czy nie wywieramy ciśnienia na jedną ze stron znacznej przestrzeni, wypełnionej płynną zawartością i czy ciśnienie wywierane na pewną jego część nie rozprzestrzenia się na mocy praw właściwych płynom na wszystkie strony z równą siłą i czy wskutek tego ciśnienie na małą powierzchnię nie jest równoznaczne z uciskiem na całe wogóle mózgowie. Odpowie-

dzi zadawalniającej na to znaleźć nie mogłem. Te i wyżej wymienione względy zniewalały mnie być czujnym i uważnym w śledzeniu dalszego przebiegu choroby. [D. n.]

II. LECZENIE SKOLIOZY. PRZYCZYNEK DO CHIRURGII KRĘGOSŁUPA

napisał

Roman Jasiński.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 3].

Od czasu wykazania przez DORNBLUETH'a ¹⁾ w cennej jego pracy o skoliozie, iż boczne skrzywienia kręgosłupa są zmianami kształtu kości od warunków obciążenia zależnemi, najracyjonalniejszą drogą do ich leczenia stała się metoda odprostowywania ich (*redressio*) przy pomocy zawieszania chorego na przyrządzie SAYRE'a, z następczem utrzymaniem (*contensio*) wyniku opatrunkami dźwigającymi i ograniczającymi ruchy tułowia.

Gipsowe pancerze SAYRE'a, którym w wielu przypadkach nie można odmówić niezrównanych zalet, mają jednak pewne strony ujemne: ciężar, niemożność zdejmowania (*inamovibilitas*), konieczność zmian opatrunku, uwarunkowana wzrostem chorego i t. d.. Z tego względu starano się w najrozmaitszy sposób zmodyfikować te opaski, nakładając opatrunki rozcinane, skórą i sznurowadłami łączone i uruchomiane i t. d.. Jedną z najszcześniejszych odmian tego rodzaju jest opatrunek NEBEL'a ²⁾ obecnie gorąco przez DORNBLUETH'a zalecany. W ostatnich jednak czasach filc plastyczny zyskał sobie niezaprzeczone prawo wyrugowania w wielu przypadkach już nietylko przyrządów mechanicznych (gorsetów, pancerzy, przyrządów sprężynowych i t. d.), ale nawet i gipsu.

Dziwiło by to mnie nadzwyczajnie, że DORNBLUETH w ostatniej swej pracy ³⁾, stawia rozmaite zarzuty filcowi plastycznemu i przekłada nad takowy gipsy NEBEL'a, gdyby nie ta okoliczność, iż niejednokrotnie widziałem pancerzyki przez rozmaitych niemieckich, angielskich i rossyjskich chirurgów przyrządzone. Otóż przekonałem się, że większość tych filców, oraz sam materyjał do tego użyty nie są dobre. Filc albo zbyt gruby albo w gorszym gatunku niestarannie napojony, źle się modeluje i albo przyrząd z niego wyrobiony jest niedokładny i ciężki, albo wreszcie nietrwały, miękki i z łatwością ulegający rozdarciu. Przyrządy z filcu plastycznego i w moich rękach długi czas posiadały swe liczne przez DORNBLUETH'a wyszczególnione wady, powoli jednak tak się zmieniły, że dzisiaj śmiało twierdzić mogę, iż prawie wszystkich wad swoich zdołały się pozbyć.

¹⁾ VOLKMANN's Sammlung klinischer Vorträge. 1872. Nr. 172.

²⁾ Deutsche medicinische Wochenschrift. 1882. Nr. 6 i 8.

³⁾ Zur Behandlung von Rückgratsverkrümmungen. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1885. Bd. XXIII. Heft 3.

Przedewszystkiem tedy chodzi o odpowiedni gatunek samego filcu, t. j. o taki, który przy całej swej trwałości, ścisłości i delikatności włosia, posiadałby własność rozciągania się znacznego i równomiernego we wszystkich kierunkach. Napojenie tego materyjału roztworem szelaku i żywic w spirytusie, powinno być staranne, dokładne i równomierne, co nie jest rzeczą tak łatwą jakby się wydawało, a przedewszystkiem wymaga sumienności i precyzji ze strony osoby przygotowującej owo napojenie. Dalej, napojony filc, rozwieszany w rozmaitych kolejno pozycjach, schnąć musi powoli w ciepłocie pokojowej przynajmniej przez parę dni. W ten sposób otrzymuję tablice trwałego jak kamień filcu, które po ogrzaniu w ciepłym powietrzu pieca ogrzewanego gazem, tak się stają plastyczne, że dają się ciągnąć, modelować, wydłużać i t. d. w jaknajłatwiejszy sposób. Są one tak plastyczne, że nawet przy znacznych skoliozach 3-go stopnia, z garbami żebrowemi, nawet u osób dorosłych o szerokich biodrach i barkach, naśladowują najdokładniej wszystkie kształty tułowia, bez konieczności lub potrzeby wycinania w filcu szpar, otworów i t. d.. Dziś każdy pancerzyk robimy z jednej sztuki i otrzymujemy go tak dokładnym, sprężystym i mocnym, że do ostatecznego wykończenia wystarcza okucie go cieniątką tasiemką stalową i zaopatrzenie w dwa szeregi guziczków do sznurowania. Gorset we środku polecam wykleić delikatną skórką, tak, że często chory nosi go na gołym ciele, lub co najwyżej na kaftaniku z *fil d'Écosse*, nie doznając przykrego uczucia od szorstkiej powierzchni filcu.

Mając wśród mych chirurgicznych pacjentów bardzo liczny zastęp skoliozycznych chorych, sam przy najlepszej asystencji nie mógłbym podolać tej czysto technicznej części pomocy lekarskiej. Dla tego to w ambulatorium mojem, w mojej obecności, pancerze te wykonywane są przez mechanika p. M. ERLICH'a, chociaż w samym modelowaniu zawsze czynny udział osobiście przyjmuję.

Filce, które wspomniany mechanik wykończy, dają się z największą łatwością przemodelowywać i sztukować przez doszywanie pasów tegoż samego materyjału. Zmianom kształtów ciała, w miarę leczenia skoliozy, odpowiadają zmiany kształtów gorsetu, nieraz co 2 lub 3 miesiące dokonywane. Okucie z łatwością daje się zdjąć, gorset nanowo ogrzany nakłada się na zawieszzonego na przyrządzie SAEYRE'a chorego i modeluje, na poprawianych przez leczenie kształtach jego tułowia. W ten sposób przekształcony gorset skuwa się na nowo, a tak jest trwały, że każdy z nich służy najmniej rok lub półtora roku, a zazwyczaj i dłużej. Przyrządy, o których mówię, mają tą zaletę, że wraz z okuciem ważą od $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ funta [stosownie do wielkości], podczas gdy najłżejszy pancerz gipsowy znacznie jest cięższy, grubszy i mniej nadaje się do ukrycia pod odzieżą, co przecie także niezaprzeczone ma znaczenie.

Używam też pancerzy filcowych przy leczeniu skoliozy w sposób odmienny, niż to się gdzieindziej zwykło praktykować, ale o tem wspomnę poniżej.

W Niemczech, z powodu niedostatecznej plastyczności filcu, pancerze z niego przygotowują na odlewach gipsowych lub drewnianych formach. Naturalnie, iż takie przyrządy nie mogą być dokładne — pojmie to każdy, obeznany ze sztuką odlewania form ludzkich z gipsu, oraz z wynikami, jakie się otrzymuje budując jakikolwiek przyrząd na odlewie. Ile to potem trzeba poprawiać, jak zna-

czne pomyłki w wymiarach i kształtach zachodzą, o tem wie każdy, kto się tego dotykał. Przy nakładaniu pancerza chodzi o to, aby przy jego pomocy utrzymać na czas dłuższy tułów człowieka w tym kształcie i postawie, jakich takowy nabiera przez zdjęcie ciężaru z kręgosłupa, przy zawieszeniu *rssp.* przy wyciąganiu go ciężarem miednicy i kończyn dolnych. Trzeba więc, aby pancerz wiernie naśladował kształt chwilowy, a nie zwykłą [chorobową] postać danego kręgosłupa. Robić tedy wypada odlew gipsowy na człowieku zawieszonym nago na przyrządzie SAYRE'a. Czyż to jest wygodne, łatwe i praktyczne, szczególnie w praktyce prywatnej? Nie byłoby o czem mówić, gips np. jako opatrunek NEBEL'a stanowczo musiałby wyrugować pancerze filcowe, gdyby istotnie modelowanie czyli kształtowanie ich wymagało takich przedwstępnych mozolnych zabiegów. Otóż stanowczo tak nie jest. Z mnóstwa pancerzy filcowych nakładanych w mojem ambulatoryjum, ani jeden nie był modelowany na odlewach, wszystkie z największą łatwością w ciągu kilku minut w rękach naszych, na wiszących chorych, form odpowiednich nabierały i na tychże chorych twardniejąc [w ciągu paru sekund], zastygały w nadanym kształcie. W każdym tedy przypadku mieliśmy pewność, że dany przyrząd dokładnie swe zadanie spełni.

Zarzut czyniony filcom plastycznym, jakoby do kształtowania niezbędnem było rozgrzewanie ich do takiego stopnia, że chorzy pomimo podkładania pod filc chust zmoczonych w wodzie, wytrzymać nie mogą z bólu, jest przesadny. Zarzut ten pomiędzy innemi spotykamy w ostatniej pracy DORNBLUETH'a ¹⁾. Prawdopodobnie filce ogrzewane są przez niego za pomocą pary wodnej lub wrzącej wody, że tak powoli stygną. Ja ogrzewam je w gorącym suchem powietrzu. Powtórne doświadczenie wykazało mi, że taki bardzo gorący filc nie jest plastycznym, daje się on wprawdzie giąć, wypuklać, ściągnąć, ale nadanej formy nie zachowuje. Najplastyczniejszym staje się wtedy, gdy stygnąć zaczyna: wówczas każde dotknięcie palcem pozostawia na nim dołek trwały. W takiej właśnie chwili nakładam filc na chorego, obnażonego nieco niżej tak zwanego pasa biodrowego, to jest do linii przechodzącej w połowie odległości od grzebieni biodrowych do krętarzy wielkich. „Obnażony“ nie jest wyrażeniem dokładnem, gdyż tułów chorego odziany jest w trykotowy kaftanik albo w wąską koszulę płócienną. Odzież taka nie wpływa bynajmniej na dokładność kształtu pancerza, razem z filcem dotyka wszędzie tułowia. Poparzeń ani dotkliwego bólu ani razu przytem nie widziałem.

Co się tyczy ceny takich pancerzy, to nie wiem dla czego Niemcy się na nią skarżą, mając swój filc, swój szelak, swój wreszcie tani spirytus. W Warszawie spirytus jest stosunkowo bardzo drogi, filc sprowadzamy z Anglii, płacąc zań bardzo wysokie cło, szelak i żywica także są u nas znacznie droższe. Pomimo to wszystko, pancerz kosztuje mniej więcej rs. 15, ale trwa 1½ lub 2 lata. Przez ten przeciąg czasu trzeba by było nałożyć kilkanaście gorsetów gipsowych, [właściwie w jakieś parę miesięcy], gdyż jeżeli leczenie jest skuteczne, to w parę miesięcy o tyle zmienia się kształt stosu kręgowego, że poprzedni gorset gipsowy nie jest już dokładny, a kształt jego zmienionym być nie może. Jeżeli przez ten

¹⁾ L. c.

czas zajdzie potrzeba zmiany kształtu pancerza filcowego, to dwumiesięczna poprawka daje się wykonać od ręki i nie pociąga żadnych osobnych kosztów, a poprawki co kwartał lub co 4 miesiące wykonywane z oderwaniem okucia, nadsztukowaniem, stanowią wydatek 1 rubla lub 2, czyli przez lat 2 około 12 rubli. Wydatek rs. 27—30, rozłożony na lat dwa, chociaż niepomierne większy, niż koszt gorsetu filcowego w Niemczech, jest jednak tak niewielki, że ze względu na konieczność poniesienia go, nie wiem czy chirurg miałby prawo twierdzić, że warto jest tę doskonałą metodę leczniczą zamienić na inną, wątpliwie tańszą, a niewątpliwie bez porównania gorszą.

[D. n.]

III. GNICIE, BAKTERYJE GNILNE I PRODUKTY GNICIA.

Skreślił

M. Lesnik, student medycyny [Bern].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 3].

I n d o l C_8H_7N .

Już oddawna było wiadomem, że mocz niektórych osób, zakwaszony silnie kwasem solnym, zabarwia się błękitno i powoli osadza na dnie naczynia błękitny barwik.

SICHERER znalazł w jednym przypadku, że barwnik ten wytworzony w organizmie, a następnie wydzielony przez mocz, zupełnie jest podobny do błękitu indygowego: nie rozpuszcza się w wodzie, w kwasach i alkalijach, rozpuszcza się nieco w eterze i alkoholu, zabarwiając go na błękitno; sublimuje się przy nagrzewaniu w purpurowo zabarwione pryzmy; rozpuszcza się w stężonym kwasie siarczanym.

VIRCHOW zauważył niejednokrotnie samoistne tworzenie się krystalicznego błękitnego barwnika na powierzchni moczu, który zawierał białko.

HELLER nazwał ten barwnik, który niekiedy także i w postaci małego proszku występuje, mianowicie przy chorobach wątroby, u r o g l a u c y n ą; uważał go jednak za indygo, albo za barwnik pokrewny z niem.

Ażeby wytłómaczyć pojawianie się i występowanie w moczu ciała indygotwórczego, JAFFE przypuścił, że prawdopodobnie indol, który BAJER przyjmował za zasadniczą substancję dla całej grupy indygowej, jest tą samą materią, z której w ustroju powstaje substancja indygotwórcza.

To przypuszczenie zostało następnie stwierdzone zapomocą doświadczeń.

JAFFE wykazał, że po wstrzyknięciu pod skórę indolu, w moczu pojawia się w znacznej ilości indykan.

Spostrzeżenie to zostało następnie stwierdzone przez prof. NENCKIEGO i MASSON'a zapomocą karmienia psa indolem.

Z moczu takiego psa można było za dodaniem kwasu solnego i półtoro-chloru wapnia $[Ca (ClO)_2]$ wydzielić w znacznej ilości błękit indygowy.

W dalszym ciągu badań, odnoszących się do pochodzenia indygo w ustroju zwierzęcym, wykryto, że podobnie jak w roślinach, tak i tu nie znajduje się on już gotowym, jako barwnik, lecz w połączeniu, z którego dopiero wydzielić można błękit indygowy [według DE VEGRI'ego błękit indygowy znajduje się, jako taki, w purpurze ślimaka—*Hurex Frecuculus*].

Lecz indykan moczowy, jak to wykazał BAUMANN, jest odmiennym od roślinnego; mianowicie znajduje się on w moczu nie w postaci glukozydu, ale występuje jako eter kwasu siarczanego i bywa wydzielanym pod postacią soli potasowej.

Po stwierdzeniu faktu, że w organizmie indol przechodzi w indykan, pozostawało zbadać i wyjaśnić tworzenie się indolu z substancyj pokarmowych i wykazać związek pomiędzy białkiem i produktem jego rozkładu—indykanem [ponieważ powstawanie indolu, który zawiera w swej cząstce azot, możliwym jest tylko z tej materii odżywczej].

Praca KUEHNE'go nad trawieniem trzustkowym rzuciła pewne światło na tworzenie się indolu z białka i wskazała miejsce, gdzie ten proces się odbywa. W jednej próbie, gdy KUEHNE substancję białkową, zmieszaną z drobno posiekaną trzustką, pozostawił przez dłuższy czas w spokoju, zauważył, że mieszanina nabiera nieprzyjemnej woni, podobnej do naftylaminu, albo też indolu. To ostatnie ciało zostało niedawno przedtem wykryte przez BAYER'a, przy pomocy destylacji oksyindolu z pyłem cynkowym.

Następnie RADZISZEWSKI dostrzegł, że wyciąg eterowy kału ludzkiego posiada charakterystyczną woń indolu i przez kwas azotny, zawierający kwas azotawy, zabarwia się na czerwono.

Spostrzeżenia te skłoniły prof. NENCKIEGO do powtórzenia doświadczeń KUEHNE'go w celu odosobnienia tej woni naftylaminu, albo z substancji posiadającej indol, a następnie zbadania jej natury i własności przez elementarny rozbiór i ściśle poszukiwania. Rezultaty poszukiwania prof. NENCKIEGO są następujące.

Jeżeli trawienie włóknika z trzustką trwa 3—6 godzin, to można przez destylację, albo też wytrawianie eterem, otrzymać ślady indolu. Lecz jeżeli czas gnicia przedłużymy, to przykra woń powiększa się i zarazem ilość najniższych organizmów dosięga kolosalnych rozmiarów.

Po 3 — 5 dniach trawienia przy ciepłocie 40°, proces gnicia przekracza najwyższy punkt, następnie słabnie i wydzielanie gazu ustaje; ciecz zawiera jeszcze dające się wydzielić ilości indolu.

Dla otrzymania tego ciała, prof. NENCKI postępował w następujący sposób: Alkaliczna, wiele węglanu amonowego zawierająca ciecz zostaje precedzona przez płótno, potem zakwaszona kwasem octowym i poddana destylacji. Destylat kwaśny—od kwasów tłuszczowych—zobojętnia się wodanem sodu, kłóci z eterem, a eter oddestylowyywa. W retorcie pozostaje olej, który za dodaniem wody ścina się krystalicznie. Przekrystalizowany z ciepłej wody, przedstawia czysty indol, topiący się przy 52° C. Otrzymana ilość wynosiła około 0,5% użytego białka. Przedłużenie gnicia po nad 4 dni nie powiększa wytwarzania się indolu.

Prof. NENCKI przyjmuje, iż indol powstaje z białka wskutek jego rozkładu przez organizowany ferment—bakteryje.

E. SALKOWSKI przypuszczał możliwość powstawania indolu z białka również pod wpływem działania nieupostaciowanych fermentów.

Prof. NENCKI uzasadnia swój pogląd w następujący sposób. Zauważył on, iż przykra woń indolu, wywiązującego się z gnijącej mieszaniny włókniaka z trzustką, tem jest silniejszą, im dłużej trwa gnicie [do 3—5 dni]. Lecz przedtem jeszcze nim woń staje się wyraźną i uczuwać się dającą, drobnowidzowe poszukiwanie wykazuje już bakteryje i wibryjony, których ilość olbrzymio wzrasta w miarę tego, jak przykra woń mieszaniny gnilnej staje się silniejszą.

BOFF [już w r. 1849] zauważył tworzenie się przy gnicu [w przystępie powietrza] substancji o silnej przykrej woni, łatwo rozpuszczalnej w eterze i krystalizującej z tego roztworu w blaszkach, które od kwasu solnego i rozcieńczonego siarczanego zabarwiają się różowo.

Bardzo jest prawdopodobem, że owa substancja BOFF'a była indolem i że wogóle tworzenie się indyga podczas trawienia materij białkowatych z trzustką, jest zjawiskiem gnicia. Sama trzustka, albo jej sok w bardzo krótkim przeciągu czasu ulegają gnicu.

VALENTIN zauważył, że krochmal zmieszany z trzustką już po 18 godzinach trawienia zaczyna gnić; drobnowidz wykazał nie tylko mechanicznie rozdzielone ziarna krochmalu, lecz także i nadzwyczaj drobne ziarenka, pomiędzy niemi zaś bakteryje.

Według FRERICHS'a sam sok trzustkowy ulega rozkładowi już po kilku godzinach.

CLAUDE BERNARD pierwszy zauważył, że trzustka poddana gnicu zabarwia się czerwono od surowego kwasu azotnego. Zabarwienie to zależy według poszukiwań prof. NENCKIEGO od tworzenia się barwnika składu $C_{16}H_{13}N_3ON_3H$.

Z drugiej strony HÜFNER, badając wyłącznie fizjologiczne własności soku trzustkowego bez domieszki bakterij, znalazł, że siła rozkładająca nieupostaciowanego fermentu trzustki nie sięga dalej jak do wytworzenia z włókniaka krystalicznych produktów — produktów uzasadnienia.

Należało więc odróżnić dwie sprawy przy trawieniu z trzustką, z których jedna jest spowodowana przez nieupostaciowany ferment trzustki, druga przez sprawę życiową bakterij; pierwsza, jak powiedziano, nie sięga dalej, jak do wytworzenia krystalicznych produktów, t. j. produktów uzasadnienia, druga tymczasem obejmuje redukcję i utlenianie.

Nadto KUEHNE otrzymał indol, stapiając białko z gryzącym potasem. Miesza się jedną część białka z 8-mioma częściami na wagę gryzącego potasu; mieszaninę nagrzewa się w żelaznej parownicy, na którą jest nasadzony kołpak; przy rozgrzaniu do czerwoności ulatnia się indol i zgęszcza się w rurach chłodnika, po części w formie blaszek podobnych do blaszek kwasu benzoowego, po części w postaci oleju, który jako zanieczyszczony przez pyrol i anilinę, oczyszcza się za pomocą rozcieńczonego HCl i przekrystalizowuje.

ENGLER i JANECKE podają, że udało im się powyższym sposobem KUEHNE'go otrzymać indol z rozmaitych ciał białkowatych.

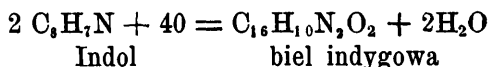
Lecz według prof. NENCKIEGO indol, otrzymany przez stopienie materyj białkowatych z potasem gryzącym, nie jest czysty, lecz przedstawia mieszaninę indolu ze skatolem.

Klej zwierzęcy i róg, przy topieniu z potasem gryzącym, nie dają indolu. Te same rezultaty otrzymał prof. NENCKI, badając produkty gnicia żelatyny. Wreszcie zostało to jeszcze potwierdzone przez SALKOWSKIEGO. Karmił on psa włóknikiem i otrzymywał około 16 milgr. *pro die* indyga w moczu; głodzony pies, albo karmiony żelatyną wydzieliał wszystkiego 3—5 milgr. indyga.

Na uwagę zasługuje doświadczenie, że jeżeli psu podwiązać kiszkę cienką, to wskutek zatrzymania kału zwiększa się sprawa gnicia, następujące wessanie produktów rozkładu i w moczu znajdujemy bardzo wielką ilość indykanu.

To samo zjawisko występuje w chorobach, w których rozwija się niedrożność przewodu pokarmowego, zwłaszcza w *ileus*; wtedy ilość indykanu w moczu może się powiększyć 10 — 15 razy w porównaniu ze stanem normalnym, gdzie zaledwo ślady jego się znajdują. Przeszkody i niedrożność w grubej kiszce nie mają takich skutków. Wreszcie indol tworzyć się może nie tylko w przewodzie pokarmowym, ale także i w samych tkankach w niektórych chorobach.

Indol przedstawia się w postaci błyszczących złocistych blaszek; punkt topliwości jego jest 52°C.; przekrapla się z parami wodnymi: rozpuszcza się w gotującej wodzie, z której wydziela się z początku w formie mlecznego zmętnienia, następnie pod postacią kryształów; łatwo rozpuszcza się w alkoholu, jeszcze łatwiej w eterze. Gęstość pary jego odpowiada 4,3—4,6, co się zgadza ze wzorem C_8H_7N (NENCKI). Jeżeli zawiesić indol w wodzie i przepuszczać przez niego powietrze zawierające ozon, to część indolu przemienia się w żywicę, część zaś w biel indygową (NENCKI).



Indol posiada przykrą woń. Woń kału ludzkiego zależy głównie od indolu. Dla rozpoznania indolu służą następujące odczyny:

1) Wodny roztwór indolu, za dodaniem kwasu azotnego, daje czerwony osad.

Odczyn ten, który jest bardzo czułym i nadaje się do wykrycia indolu w rozcieńczonych roztworach, był badany bliżej przez prof. NENCKIEGO. Jeżeli dodamy do destylatu otrzymanego z gnijącej cieczy, na 200—300 ctm. sześciennych 5—8 ctm sześciennych kwasu azotnego dymiącego, to ciecz przyjmuje z początku barwę krwi tętnicznej, a po kilku godzinach wydziela się osad, który odpowiada wzorowi: $C_{16}H_{13}[NO]N_2NO_3H$. Rozpuszczając ten osad w małej ilości gorącego bezwodnego alkoholu i dodając eteru, otrzymujemy ciało w postaci pięknych czerwonych kryształów, blaszek.

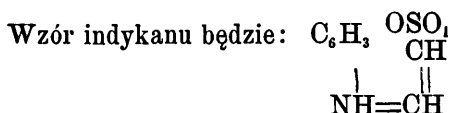
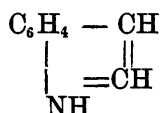
2) Alkohol i kwas azotny dają z indolem czerwony roztwór.

3) Roztór indolu nadaje sosnowym trocinom, zmoczonym poprzednio kwasem solnym, wiszniowo czerwone zabarwienie, które po upływie krótkiego czasu przechodzi w brunatno-czerwone.

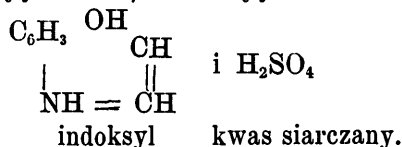
4) Jeżeli roztwór indolu w benzolu zmieszamy z roztworem kwasu pikrynowego [również w benzolu], to natychmiast tworzą się długie czerwone, błyszczące igły pikrynianu indolu, z którego to połączenia indol może być znów uwolniony przez amonijak.

W końcu pozostaje nam przedstawić za pomocą wzorów bieg reakcji, jakie zachodzą przy rozpoznawaniu klinicznem moczu, zawierającego indykan.

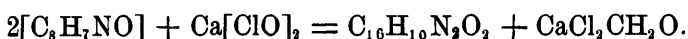
Indykan powstaje w ustroju w podobny sposób, jak i wszystkie inne etery kwasu siarczanego, t. j. z fenolu, lub takich połączeń aromatycznych, które w ustroju zwierzęcym utleniają się na fenole; takim połączeniem jest indol



Słabe kwasy rozkładają ten eter, oddzielając kwas siarczany:



Półtorochlorek wapnia $\text{Ca}[\text{ClO}]_2$, działając na indoksyl, daje błękit indygowy, którego błękitna barwa jest cechą danego odczynu.



VI.

S k a t o l $\text{C}_8\text{H}_9\text{N}$.

Jeden z charakterystycznych dla gnicia produktów—s k a t o l był pierwszy raz otrzymany przez prof. NENCKIEGO w czasie, gdy SECRETAN w jego laboratorium pracował nad pozorną przemianą białka w tłuszcz przy dłuższem leżeniu w wodzie, albo w gruncie.—Następnie, nieco później otrzymał prof. NENCKI skatol obok indolu przez stopienie białka z potasem żrącym.

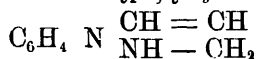
W obu przypadkach ilość otrzymanego skatolu nie była dostateczną do zrobienia rozbioru elementarnego.

BRIEGER otrzymał w większych ilościach skatol z kału ludzkiego, lecz produkt był nieczysty i elementarny jego rozbiór nie dawał ściśle określonych liczb.

W znaczniejszych ilościach i czysty już skatol odosobnił prof. NENCKI z materii białkowej, poddanej kilkumiesięcznemu gniciu przy niskiej temperaturze.

Skatol tworzy bezkształtne błyszczące płatki, podobne do indolu; posiada nadzwyczaj nieprzyjemną woń kału; punkt topliwości jego = 93,5° — 95°C; rozpuszcza się w wodzie trudniej od indolu, różni się zaś od ostatniego tem, że woda chlorowa nie zabarwia go i że dymiący kwas azotny nie daje czerwonego osadu, lecz białe zmętnienie.

Odpowiednio liczbom, otrzymanym z elementarnego rozbioru czystego skatolu, wypada przyjąć jego wzór C_8H_9N . Według tego empirycznego wzoru, można wyobrazić sobie skatol o następującej budowie (NENCKI).



Kał psa nie zawiera skatolu; w wypróbnieniach tyfusowych nie znajdujemy go również. Wstrzyknięty królikowi do krwi przechodzi do moczu jako substancja, tworząca barwnik. Już w 5 godzin po wstrzyknięciu, mocz daje z surowym kwasem solnym fioletowe zabarwienie.

VII.

F e n o l C_6H_5OH .

Godnem jest uwagi, że fenol, posiadający w wysokim stopniu własności przeciwnie, występuje sam, jako produkt gnicia. Pierwszy zauważył to BAUMANN.

Powstawanie fenolu podczas gnicia na miejsce jednocześnie z tworzeniem się indolu.

Według ODERMATT'a ilość wytwarzającego się fenolu z czasem wzrasta, kiedy odwrotny stosunek zachodzi z indolem.

Fenol daje się wykryć w gnilnej miazdze dopiero po 6 dniach. W celu otrzymania z materii białkowatej, uległej gnicciu, oddzielnie indolu i fenolu, alkaliczną gnilną ciecz destyluje się i destylat kłóci z eterem; wyciąg eteryczny rozcieńcza się wodą, dodaje do niego KOH i poddaje destylacji; ulatnia się tylko indol.

Do pozostałości dodaje się H_2SO_4 i destyluje się dalej. Teraz destylat zawiera fenol, który wydzielamy jako trójbromek fenolu $C_6H_3Br_3O$, ciało krystaliczne.

Obecność fenolu w ustroju zwierzęcym była pierwszy raz spostrzeżoną przez STAEDLER'a [1850], przy przekraplaniu pozostałości moczu wołowego z kwasem solnym. Obok fenolu STAEDLER wykrył jeszcze jedno ciało, które przyjął za kwas taurylowy, a które, jak wykazały badania BAUMANN'a, było kreozolem $[C_6H_4 \begin{array}{c} OH \\ OH_3 \end{array}]$, hemologon fenolu.

STAEDLER przyjmował, że fenol i kreozol występują w moczu w związku z alkalijami. Tymczasem badania BUŁIGINSKY'ego, BAUMANN'a i SALKOWSKIEGO wykazały, że fenol i kreozol zostają wydzielane jako etery kwasu siarczanego. BAUMANN takie etery otrzymał sztucznie poza obrębem ustroju.

Powstały w ustroju fenol zostaje po części wydzielony z kałem [BRIEGER], po części zaś zostaje wessany i przechodzi do moczu w postaci kwasu fenol-siarczanego $SO_2 \begin{array}{c} OC_6H_5 \\ OH \end{array}$.

Według MUNK'a z prawidłowego moczu człowieka daje się otrzymać przez destylację z H_2SO_4 4—7 miligramów trójbromku fenolu *pro die*.

W przypadkach patologicznych, kiedy się zwiększa wydzielanie indolu z moczem, jednocześnie i ilość fenolu wzrasta.

SALKOWSKI otrzymywał z 1 litra moczu mężczyzny chorego na zapalenie otrzewnej przy niedrożności kiszek znaczną ilość — 1,5 gran $C_6H_5B_3O$.

Sztucznie wywołana niedrożność kiszek [SALKOWSKI podwiązywał кишки] ma te same następstwa; mocz staje się bogatym w fenol. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

4. Tornwaldt. O znaczeniu „*bursae pharyngeae*“ dla rozpoznania i leczenia pewnych cierpień jamy noso-gardzielowej. (*Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum Krankheiten von Dr. G. L. Tornwaldt in Danzig, 1885*).

TORNWALDT w pracy wymienionej dotknął zupełnie nieznaney dotychczas ry-nologom kwestyi, mianowicie znaczenia, jakie odgrywa kieszonka gardzieli w cho-robach jamy noso-gardzielowej, sumiennie całą tę rzecz zbadał, badania swe oparł na klinicznem doświadczeniu i przed niedawnym czasem owoc kilkoletniej pracy pod powyżej zacytowanym tytułem oddał pod sąd świata lekarskiego.

Z powodu ważności sprawy, rzucającej poniekąd światło nie niektóre cier-pienia jamy noso-gardzielowej, postaram się w streszczeniu zaznajomić z nią czy-telników GAZETY LEKARSKIEJ.

Pierwszy F. I. C. MAYER w r. 1842 wprowadził termin *bursa pharyngea*. Pod względem anatomicznym przedsięwzięli badania nad nią TOURTUAL, F. A. C. MAYER, a szczególnie LUSCHKA i GANGHOFNER. Ostatni dwaj wspominają także o anatomo-patologicznych jej zmianach. Dotychczasowi autorowie chorób gardła albo nie zwracają na nią uwagi, albo ograniczają się tylko do powtarzania anatomo-nicznych danych z powyżej zacytowanych autorów. Otwór kieszonki gardzieli leży w środkowej linii stropu gardzieli, między górnym brzegiem przegrody nosowej i wzgórkim kręgu szczytowego (*tuberculum atlantis anticum*). Mający jaką taką wpra-wę w rynoskopii prawie zawsze może go znaleźć. Dla łatwiejszego i dokładniejszego rozpatrzenia się w jamie noso-gardzielowej, TORNWALDT używał haka podniebieni-nego VOLTOLINI'ego ¹⁾. Wejście do tej kieszonki przedstawia się w rozmaity sposób: jako okrągły lub owalny otwór, albo jako szpara długości jednego do kilku milime-trów, wreszcie w kształcie lejka. Zgłębnik wprowadzony do tego otworu prowa-dzi do worka błony śluzowej lub ślepego kanału, długości mniej więcej $1\frac{1}{2}$ ctm., szerokości mniej więcej 6 milim.. Jest to tak zwana *bursa pharyngea*.

Cierpienia kieszonki gardzieli dzieli autor na nieżyt i torbiele.

Nieżyt kieszonki gardzieli cechuje się wypływem z powyżej opi-sanego otworu śluzoropnej lub ropnej wydzieliny, która w stanie płynnym pokry-wa tylną, poza kieszonką leżącą, część stropu gardzieli, w stanie zaś więcej stałym najbliższą okolicę kieszonki. Pozostała przednia część stropu gar-dzieli, pomiędzy otworem kieszonki a tylnymi otworami nozdrzy (*choanae*), pozo-staje zupełnie niezajętą. Wprost przeciwny stosunek zachodzi przy przewlekłym niezycie nosa i jamy noso-gardzielowej. Omawiana wydzielina kieszonki warun-

¹⁾ Okoliczność ta natchnęła VOLTOLINI'ego do napisania dość śmiesznego referatu o pracy TORNWALDT'a (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde Nr.10*), w którym wyniki jego pracy głównie przy-pisuje wynalezionym przez siebie narzędziom.

kuje się jej nieżytem, rozprzestrzeniającym się zwykle z jamy noso-gardzielowej. Pierwotny nieżyt jamy noso-gardzielowej może w zupełności ustąpić, a pomimo to wydzielina kieszonki trwa dalej. Jak się łatwo domysleć, uporczywe trwanie nieżyty zależy od bardzo małego otworu, jakim się wydobywa wydzielina, a więc jej zastój, drażnienia ścian kieszonki i t. d..

Wydzielina kieszonki gardzieli, jak to już wyżej wspomniano, bywa śluzowa lub ropna. Śluzowa może pozostawać płynną, albo zasychać w strupy. To samo dotyczy ropnej. Zasychająca wydzielina ropna, pokrywająca tylną ścianę gardzieli jakby pokostem, daje według autora obraz t. z. *pharyngitidis siccae*. Jak wiadomo, MICHEL uważa *pharyngitidem siccam* za rozprzestrzenienie się ozeny na tylną ścianę gardzieli. TORNWALDT godzi się w zupełności z tem zapatrywaniem tam, gdzie mamy do czynienia z ozeną. W bardzo nielicznych tylko przypadkach wydzielina kieszonki gardzieli posiada niemiłą woń. Zdarza się to przy dużych kieszonkach z bardzo małemi otworami.

Wskutek zamknięcia się otworu po przebytych zapalnym procesie powstają torbiele kieszonki gardzieli. Przedstawiają się one pod postacią dość wybitnie wystającego guza, przeświecającego żółtym lub niebieskim odcieniem, wielkości połowy pestki wiśni lub małej wiśni, położonego w środku stropu gardzieli. Zawartość torbiele przedstawia konsystencję i kolor białka lub śmietany. Składa się ona z mucyny i morfologicznych składników [małe o jednym jądrze, po części słuszczałe okrągłe komórki, ziarenka tłuszczu, swobodne jądra, komórki wrzecionowate, komórki płaskiego nabłonka, kryształ kwasów tłuszczowych i cholestearyny, bardzo rzadko kryształ hematoidyny].

Objawy, wywołane przez tylko co opisane zmiany kieszonki gardzieli, dzielimy na miejscowe i odległe, t. j. w dalszych narządach, będących z nią w anatomicznym lub fizjologicznym związku.

Do pierwszej grupy zalicza TORNWALDT uczucie suchości, palenia, obcego ciała, dalej bóle gardła, potrzebę polykania, odchrząkiwanie, utrudniony oddech nosem, bezdźwięczny nosowy głos. Objawy te, jeżeli nie zbadamy stropu gardzieli, nieraz przypisujemy zwykłemu nieżyтови gardzieli lub jamy noso-gardzielowej, a w razie braku zmian w tych narządach — tak zw. *pharyngitidis nervosae*. Autor bardzo słusznie twierdzi, że w miarę coraz dokładniejszego poznawania chorób jamy noso-gardzielowej, będziemy się spotykali coraz rzadziej z tak zwaną *pharyngitis nervosa*.

Do drugiej grupy objawów autor zalicza: 1) zmiany w nosie, jako to rozrost błony śluzowej, głównie zaś tylnych końców muszel dolnych lub średnich, przekrwienia błony śluzowej i polipy. Jako dowód, że omawiane zmiany znajdowały się w związku z cierpieniami kieszonki gardzieli, służy to, że przy zwykłym w takich razach stosowaniem leczenia wprowadzić się zmniejszały, ustępowały jednakowoż w zupełności tylko przy równoczesnym usunięciu cierpień kieszonki. To samo *mutatis mutandis* dotyczy 2) *pharyngitidis granulosa* i 3) zmian w uchu średnim. TORNWALDT za jedną z przyczyn *pharyngitidis granulosa* uważa cierpienia kieszonki gardzieli. Polykanie wydzieliny z kieszonki prowadzi do 4) nieżyty żołądka obawiającego się ciśnieniem w dołku, brakiem łaknienia, odbijaniem, wymiotami, obłożeniem języka i t. d.. Spływanie drażniącej wydzieliny na tylną ścianę krtani powoduje 5) przewlekły nieżyt krtani z przeważnym umiejscowieniem na tylnej ścianie (*pars arytenoidea*). W niektórych przypadkach autor znajdował nawet wyniosłość na tylnej ścianie, zupełnie podobną do opisanej przez STOKERCK'a, jako patognomiczny objaw dla suchot, pomimo że w płucach żadnych śladów gruźlicy nie można było wykryć. Wyniosłość ta zniknęła w zupełności po ustaniu wydzieliny ropnej z kieszonki gardzieli. TORNWALDT znajdował podobną wyniosłość na tylnej ścianie krtani w dwu przypadkach polipów nosa, po usunięciu których zniknęły one w zupełności. Autor nie przeczy, że guz taki spotykamy często u suchotników, nie uważa go jednak za patognomiczną oznakę suchot, gdyż każdy bodziec dłu-

zej drażniący tylną ścianę może takowy spowodować. W związku z niezżytem krtani często znajdował TORNWALDT 6) niezżyt oskrzeli. Autor utrzymuje, że cierpienia kieszonki gardzieli zarówno jak *pharyngitis granulosa* lub *lateralis*, przerost migdałów lub migdałka gardzielowego, także mogą wywoływać 7) zwrotny kaszel. To samo dotyczy 8) astmy, którą TORNWALDT w niektórych przypadkach cierpien kieszonki spostrzegał. Choroby kieszonki wywołują i nadczułość (*hyperaesthesiae*). Najczęściej spostrzegano je w postaci 9) bólu i uczucia ciśnienia na mostku w okolicach 2 — 3 zebra, bólu tyłogłowa lub okolicy czoła i ciemion. Bole tyłogłowa naśladują nerwoból szyjowo-potylicowy, a przodogłowa — migrenę.

Zarówno miejscowe objawy jak i cierpienia dalszych narządów niezawsze występują jednocześnie; są przypadki, gdzie pomimo cierpien kieszonki gardzieli nie mamy ani miejscowych objawów, ani towarzyszących zjawisk. Trzeba także i to mieć na uwadze, że opisane objawy mogą towarzyszyć i innym chorobom gardła i nosa, a poczęści mogą występować samodzielnie. Co się tyczy powstawania cierpien, to niezżyt kieszonki gardzieli poprzedza zwykle prosty lub ropny niezżyt jamy nosogardzielowej (po dyfteryście, tyfusie brzuszny, odjęciu żegadłem migdałka gardzielowego i t. d.). Torbiele, jak to już wyżej wspomniano, powstają wskutek zarośnięcia otworu po przebytej sprawie zapalnej.

Przy braku leczenia, czas trwania cierpien kieszonki jest nieograniczony.

Leczenie przy niezżytach rozpoczynało się od usunięcia wydzieliny ze stropu gardzieli. Gdy ta nie ustępowała od przemywań, wtedy autor używał odpowiednio zakrzywionego zgłębnika, na końcu którego była przymocowana wata. Po usunięciu omawianej wydzieliny, w przypadkach w których błona śluzowa stropu gardzieli okazała się zmienioną, tak, że mogła zachodzić pewna wątpliwość zkąd wydzielina ta pochodzi, TORNWALDT zadmuchiwał na odpowiednie miejsce lapis [1,10 — amyli 10,0] taninę lub alun. Tego rodzaju leczenie dawało dodatni wynik tylko przy dość znacznym otworze kieszonki. W razie małego otworu, lub gdy otaczająca błona śluzowa stropu gardzieli okazała się niezmienioną, a pomimo omawianych zadmuchiwań żadnego dodatniego wyniku leczenia nie było, autor natapiał na odpowiednio zakrzywiony srebrny zgłębnik lapis lub kwas chromny i nim ściany kieszonki przyżegał. Zamiast tych przyżegań używano także wstrzykiwań z silnego roztworu azotanu srebra [1:3] lub nalewki jodowej. Gdy pomimo to wszystko poprawa nie następowała, wtedy autor rozcinał żegadłem ścianę kieszonki i dopiero stosował omawiane środki. Dalsze trwanie wydzieliny miało miejsce tylko w tych przypadkach, w których kieszonka gardzieli przedstawiała przedłużenia lub przewężenia. W tych razach autor wchodził żegadłem we wszystkie jamki i takowe wypalał. Do zupełnego ukończenia sprawy często trzeba się było kilkakrotnie uciekać do tego rodzaju przypałań.

TORNWALDT w $\frac{2}{3}$ obserwowanych przypadków otrzymał wyleczenie. Trudność leczenia objaśnia autor małym otworem kieszonki i jej licznymi wypustkami i przedłużeniami, w które z trudnością dostają się bądź to środki terapeutyczne, bądź żegadło.

Leczenie torbieli polegało na rozcięciu ściany jej żegadłem, poczem w połowie przypadków następowało wyleczenie. W drugiej połowie, gdzie tylna część kieszonki przedstawiała torbiel, a górna ślepy kanał, pomimo zniszczenia torbieli wydzielina trwała dalej. Leczenie w ostatnim razie było podobne do tego, jakie opisaliśmy przy niezżytach kieszonki. W końcu swej pracy autor podaje kilkanaście klinicznych spostrzeżeń cierpien kieszonki.

Jak widzimy w pracy tej autor, oprócz nieznanych dotąd cierpien kieszonki gardzieli, podał zupełnie nowe, a będące z opisem tym w związku zapatrywania swoje, co do powstawania *pharyngitis siccae et granulosa*, a poniekąd przyczynił się do ściślejszego rachowania się z tak zwaną *pharyngitis nervosa*. Fakty podane przez TORNWALDT'a, a dotyczące położenia otworu kieszonki, łatwości znalezienia go, mieliśmy sposobność stwierdzić, wspólnie z kolegą HERINGIEM, w jego oddzia-

le w szpitalu Ś-go Rocha. Omawiane badanie skutecznialiśmy z łatwością bez pomocy haka podniebiennego VOLTOLINI'ego. Pomimo jednak bardzo dużej ilości chorych badanych w tym kierunku, dotąd cierpień kieszonki gardzieli nie widzieliśmy.

Władysław Oltuszewski.

5. Maragliano (prof. w Genui). Fyzjopatologia gorączki oraz leczenie przeciwgorączkowe.

Na zasadzie trzechletnich poszukiwań, dokonywanych wspólnie ze swymi asystentami: Dr. QUIROLE, PREDAZZI i LIVIERATO, autor doszedł do następującego poglądu na gorączkę.

Badania, wykonywane z pletysmografem Mosso, wykazały, iż przed podniesieniem się ciepłoty ciała, kurczą się naczynia krwionośne skóry; w chwili, gdy skurcz ten dojdzie do najwyższego stopnia i ciepłota też bywa najwyższą. Dopóki trwa podwyższenie ciepłoty, naczynia skóry są wciąż skurczone. Z chwilą opadania ciepłoty i naczynia się rozszerzają. Doświadczenia powyższe stwierdzają słuszność starego poglądu TRAUBE'go, popartego następnie kalorymetrycznymi doświadczeniami WINTERNITZ'a, że w gorączce mamy do czynienia z zatrzymaniem się ciepła w ustroju, oraz z niedokrwistością naczyń, które to ostatnie zjawisko poprzedza podniesienie się ciepłoty. Ponieważ z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że w gorączce i wyrób ciepła się zwiększa, mamy więc jednocześnie i zatrzymanie się ciepła [zmniejszone promieniowanie] i nadmierny jego wyrób. Być może że to ostatnie zjawisko jest tylko następstwem rozgrzania się ciała, zależnego od zmniejszonego promieniowania, najnowsze bowiem doświadczenia NAUNYN'a i LEHMANN'a wykazały, że u zwierząt, u których podnoszono sztucznie ciepłotę, przez trzymanie ich w ogrzanych skrzynkach, ilość wydzielanego mocznika i kwasu węglanego się zwiększała.

Co do działania środków przeciwgorączkowych [kairyna, antypiryna, talina, chinina], to okazało się, że wszystkie te środki u osób zdrowych, niegorączkujących, wywołują rozszerzenie się naczyń, a co za tem idzie i zwiększone promieniowanie ciepła. Obok tego jednak środki te zmniejszają ilość wydzielanego mocznika i kwasu węglanego. Toż samo okazało się i u osób gorączkujących. Z tego wynika, że środki przeciwgorączkowe działają w ten sposób, iż zwiększają głównie utratę ciepła, aczkolwiek z drugiej strony ograniczają też i jego wyrób. Działanie to prawdopodobnie zależy od wpływu na nerwy naczynioruchowe i odżywcze [troficzne]; być może, że działają one na ośrodki w rdzeniu przedłużonym, które, jak to w ostatnich czasach wykazał FANO, wywierają znaczny wpływ na odżywianie tkanek.

[Tymczasowe doniesienie w *Centr. f. d. med. Wiss.* Nr. 46 r. 1885].

Teodor Dunin.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Tutejsze Towarzystwo lekarskie rozesało w tych dniach wszystkim członkom czynnym następujący Okólnik: *Komitet Gospodarczy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego* ma zaszczyt zawiadomić Szanownych Członków Towarzystwa, że na zasadzie decyzji Towarzystwa Lekarskiego na posiedzeniu nadzwyczajnem w dniu 22 Grudnia r. z. zapadłej, utworzoną została w górnym lokalu Towarzystwa, w tym celu na 2-iem piętrze przybranym i odpowiednio urządzonym, *Czytelnia Towarzystwa*.

Według zatwierdzonego na temże posiedzeniu regulaminu biblioteki i czytelnicy Towarzystwa, ustanowione zostały odpowiednie przepisy, które tutaj w streszczeniu podaje się do wiadomości Szanownych Kolegów.

1) Czytelnia otwartą będzie codziennie, z wyjątkiem świąt — od godziny 12 do 2-giej po południu i od 6-tej do 10-tej wieczorem [w Niedziele tylko wieczorem].

2) Wszystkie dzienniki i pisma peryjodyczne, przez Towarzystwo prenumerowane, pozostawać będą na stole czytelnym przez miesiąc jeden — po upływie zaś tego czasu mogą być, w miarę żądania, wypożyczane Członkom do domu, na zasadzie regulaminu biblioteki Towarzystwa.

3) W każdą Środę i Sobotę od godziny 7 do 9-tej wieczorem, jako też w czasie posiedzeń ogólnych Towarzystwa, jeden z pp. bibliotekarzy będzie obecny w lokalu biblioteki, w celu wypożyczania dzieł i pism peryjodycznych, na żądanie Członków.

Wskutek otwarcia czytelnicy, rozsyłanie czasopism do domów Członkom Towarzystwa z dniem 1 Stycznia r. b. zniesione zostało.

Regulamin biblioteki i czytelnicy, w całości zamieszczony będzie w Pamiętniku Towarzystwa.

Warszawa dnia 12 Stycznia 1886 r.

Z upoważnienia komitetu Sekretarz stały

D-r Szokalski.

— Takim więc sposobem przedpotopowy istic zwyczaj roznoszenia pism peryjodycznych do domów w Instytucji liczącej przeszło stu członków, z których każdy ma mieć równe prawa do korzystania z zasobów naukowych Towarzystwa, nareszcie został zniesiony! Wedle dawniejszego regulaminu, członek każdy miał prawo zatrzymywania danego pisma u siebie przez dni trzy. Przypuściwszy więc przykładowe interesowanie się prasą lekarską członków Towarzystwa przykładową ich punktualność, oraz gorliwość woźnego, dany Nr. tygodnika, dostałby się do rąk setnego członka blisko w rok po swoim wyjściu!...

Mimo to założenie czytelnicy [nawiasem mówiąc świetnie się reprezentującej], które pociągnęło za sobą ostateczne uchylene wędrownicy nieszczęśliwego woźnego z czasopismami po miastach członków czynnycy Towarzystwa — wywołało szemranie ze strony niektórych czynnycy członków. Dlaczego? Ah! bo wszystko co nowe to niedobre, lepsza dawna umiarowana czynnicy ograniczająca obowiązki względem Towarzystwa do czytania a przynajmniej do lokacyi czasowej u siebie pism, aniżeli nowa zbyt energiczna czynnicy doradzająca nietylko uczęszczanie na posiedzenia Towarzystwa [już nie mówimy o udziale w komunikatach lub nawet tylko w rozprawach], ale jeszcze uczęszczanie do czytelnicy, mieszczącej się [horrendum! nie w żadnej resursie ani w żadnym klubie ale] w lokalu Towarzystwa, którego adres *pro usu* wielu z płaczących po zniesieniu kolporteryjnego systemu oświecania [Niecała 7] przypominamy. Po całodzienniej praktyce jeszcze dwa razy w miesiąc przysłuchiwać się wieczorem rozprawom lub może częściej jeszcze zaglądać do czytelnicy! To za wiele. A zresztą któż nas czego nauczycy! Ależ Panowie to przyjdzie i nauczajcie! Ależ Panowie raczcie nie zapomnieć, że kto przez obojętność, lub dla prywaty lekceważy tak drogą, tak poważną naszą Instytucję — ten chyba nie zastanawia się nad tem co czyni. Co do nas, wierzymy w przyszłość Towarzystwa... ale niestety nie raz wiara nas zawiodła!...

Berlin. Zmarł tu w końcu Grudnia r. z. prof. D-r ROLOFF dyrektor tutejszej szkoły weterynaryjnej, jeden z najznakomitszych współczesnych weterynarzy.

Paryż. Związało się tu „*Société médicale de déontologie*” mające za zadanie czuwać nad honorem stanu lekarskiego i rozstrzygiwać kwestyje zawodowe.

— Hr. LAUBESPIN ofiarował PASTEUR'owi 40000 franków w celu kontynuowania badań nad szczepieniem ochronnem i leczeniem wścieklizny.

— Zmarł tu d. 3 b. m. i r. D-r Amadeusz DECHAMBRE w 74 r. życia. Był on założycielem i redaktorem jednego z najlepszych tygodniowych czasopism francuzkich „*Gazette hebdomadaire*”, inicjyjatorem olbrzymiej encyklopedyi lekarskiej „*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*” której [od r. 1860] wyszło już 70 kilka tomów, inicjyjatorem „*Dictionnaire usuel des sciences médicales*” i autorem mnóstwa artykułów głównie z dziedziny deontologii i prawodawstwa lekarskiego, pomieszczanych w najrozmaitszych czasopismach lekarskich francuzkich.

Do dzisiejszego N-ru GAZETY LEKARSKIEJ dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich” za miesiąc Grudzień 1885.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Довозено Цема. 10 с. Варшава 9 Нубаря 1886 р.

Друк К. Ковалевського. Крólewska. Nr 29.