

GAZETA LEKARSKA.

Treść. Ś. p. Prof. D-r Stanisław Janikowski. — I. E. Przewoski. O wstrząśnięciach różnych części układu nerwowego i innych organów (*convulsio-shok*). — II. A. Sokołowski. Przyczynk do miejscowego leczenia jam suchotnicznych, (dokończenie). — *Dział sprawozdawczy*: 71. Vulpian. O sposobie działania salicylanu, sodu w gościec stawowym. 72. D. Wywodec w. Balsamowanie i sposoby zachowywania preparatów anatomicznych z trupów. 73. Renzi. O rzeźeniu trzeszczącem u ludzi zdrowych.—Towarzystwo Lekarskie Warsz. Posiedzenie z d. 20 i 26 Kwietnia i 3 Maja. — Wiadomości zagraniczne. — Na pomnik Mickiewicza. — Sprawozdanie z Buska. — Ogłoszenia.

Ś. p.

Prof. Dr. STANISŁAW JANIKOWSKI.

W dniu 21 Kwietnia r. b. zmarł w Krakowie Dr. Stanisław Janikowski, profesor zwyczajny medycyny sądowej i policji lekarskiej w Uniwersytecie Jagiellońskim, b. Dziekan wydziału lekarskiego, Członek nadzwyczajny Akademii Umiejętności w Krakowie, Vice-Prezes wydawnictwa dzieł lekarskich, Członek Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, Warszawskiego etc. etc. etc.

Zmarły urodził się w 1833 r. w Warszawie. Śmierć więc zaskoczyła go w sile wieku, wśród pełnego rozwoju działalności nauczycielskiej i pracy, — pracy niezamordowanej, której od lat młodzięcych z wielkim oddawał się zapalem.

Wychowanie Janikowskiego domowe i szkolne było bardzo staranne. Ojciec jego, b. profesor Uniwersytetu Warszawskiego z przed r. 1830, sam oddany nauce, otoczył młodzięcze lata syna wyborowemi pomocami naukowemi. Nauczyciele: Fecht i Żochowski, zaliczani swego czasu do najlepszych u nas filologów, kierowali: pierwszy nauką języków klassycznych, drugi nauką języka i literatury polskiej. Wraz z gorącym zamiłowaniem do mowy i literatury ojczystej Janikowski do śmierci zachował wdzięczne uczucia dla wspomnianych nauczycieli swoich, mianowicie dla Feliksa Żochowskiego, którego wpływ na cały kierunek myśli i dążeń naukowych Janikowskiego był bardzo wydatnym. Jak wiadomo ostatnią pracą J., i rzecz można najważniejszą, jest dzieło z dziedziny języka, a mianowicie „Słownik terminologii lekarskiej polskiej“, w którego wypracowaniu zmarły, jako gorący miłośnik mowy ojczystej i dobry filolog, przeważny brał udział.

W r. 1858 Janikowski ukończył Uniwersytet w Dorpacie. Po krótkim w kraju pobycie wyjechał dla dalszych studyjów naukowych na półtora roku za granicę, gdzie idąc za przykładem ojca swego, głównie oddawał się nauce Medycyny sądowej i Hygieny publicznej. Znaczną część tego czasu spędził w Berlinie, w pracowni profesora Virchow'a, oraz w gabinecie chemicznym

D-ra Hoppe-Seylera, zajmując się niemal wyłącznie anatomiją patologiczną i chemiją, jako naukami podstawowemi w wykształceniu lekarza sądowego. Po powrocie z zagranicy Janikowski do r. 1866 pozostaje w Warszawie. Główną treść zajęć jego naówczas stanowi porządkowanie biblijoteki Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przygotowanie katalogu tejże biblijoteki, wynotowywanie duplikatów, oraz dzieł treści nielekarskiej w biblijotece wspomnianej znajdujących się. Służy on nadto Towarzystwu lekarskiemu jako sekretarz doroczny, na który to urząd kilkakrotnie był wybierany. Od r. 1863 do r. 1866 prowadzi z wielką starannością redakcyję „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego“, w którym też pomieszcza sprawozdania z bieżącego ruchu naukowego lekarskiego, oraz prace swoje treści sądowo-lekarskiej lub higienicznej. Z prac owych, drukowanych w „Pamiętniku“ jeszcze przed objęciem redakcyi tego pisma, a także podczas prowadzenia takowej, przytaczamy: „O różnicy oparzelisk sprawianych za życia lub pośmiertnych“. 1860 r.

„Ostrożności potrzebne przy chloroformowaniu i środki ratowania na pozór zmarłych“ r. 1860.

„Uwagi o wykładzie medycyny publicznej, szczególnie zaś sądowej, w Uniwersytecie paryzkim i niektórych niemieckich“ 1861 r.

„Sprawozdanie komitetu dla zbadania pod względem higienicznym kąpieli publicznych istniejących w Warszawie“ 1862 r.

„O szlachtuzach publicznych“ 1862 r.

„O pokątnem leczeniu“ 1864 r.

„Sprawozdanie z czynności sądowo-lekarskich“ 1864 r.

„Materiały do dziejów higieny i policyi lekarskiej w Polsce“ 1864 r.

„Uwagi, pod względem higienicznym, o zakładzie starców i kalek pod opieką Tow. warsz. Dobr. zostających“ 1864 r.

„Urywki z higieny i policyi lekarskiej“ 1865 r.

„Sprawozdanie z czynności sądowo-lekarskich“ 1866 r.

„Bruki, kanały, utrzymanie czystości miast“ 1867 r.

Oprócz tego w Biblijotece warsz. drukował 2 rozprawki.

„O wzajemnej zależności sił fizycznych przez Grove'go r. 1859“. Jestto streszczenie znanego dzieła Grove'go „Corrélation des forces physiques“.

„Nowe prawodawstwo angielskie w przedmiotach tyjących się higieny publicznej“ 1861 r.

W r. 1866 Janikowski został powołanym na profesora Medycyny sądowej i policyi lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wkrótce po przybyciu do Krakowa wstępuje do redakcyi „Przeglądu lekarskiego“ i takową prowadzi początkowo z prof. Oettingerem, następnie z prof. Grabowskim i Dr. Lutostańskim. Obok „Przeglądu“ wychodzi w Krakowie „Dwutygodnik higieny publicznej“. To ostatnie pismo prowadzi Janikowski, aż do r. 1880. W ostatnich latach powstało Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich. Janikowski jako członek Stowarzyszenia i Vice-prezes takowego, rękopisma niektórych dzieł, bliższych treścią jego specjalności, starannie przegląda, we względzie języka uzupełnia, nie szczędząc trudu nawet na prowadzenie korekty. Odczytywaniu nadsyłanych artykułów, czuwaniu nad

utrzymaniem w nich poprawnej i jednostajnej terminologii, oraz korekcie pism redagowanych przez siebie, J a n i k o w s k i poświęca wiele czasu. Czynności tej zmuǳnej zdać na kogo innego nie chciał, przez wzgląd na język, o którego czystość i poprawność niezmiernie był dbał. Upodobanie do biblijografii, które powiodło J a n i k o w s k i e g o do podjęcia prac w biblijotece Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, odzywa się tem żywiej w starym, a tak bogatym w zbiory ksiąg naukowych, Krakowie. Przejiera on manuskrypt wielkiego dzieła prof. E s t r e i c h e r a „Biblijografia polska XIX stulecia“ i zaznacza w nim dzieła, znajdujące się w biblijotece Akademii Umiejętności. Do dzieła tegoż autora: „Biblijografia pol. XV—XVI stulecia“ spisuje kilkadziesiąt druków ze zbioru Akademii Umiejętności. Ostatnią pracą J a n i k o w s k i e g o, jak wspomnieliśmy wyżej, jest drukujący się obecnie „Słownik terminologii lekarskiej polskiej“. Ile mrówczej pracy, ile szperań po słownikach, starych dziełach polskich, ile korespondencyj z lekarzami całego kraju w sprawie rzezonego słownika przeprowadził, obliczyć niepodobna. Zebranie tysięcy wyrazów, rozpisanie na kartki, rozdział kartek wedle przedmiotów, a następnie grupowanie ich wedle alfabetu, uporządkowanie całości do druku i nakoniec przeglądanie arkuszy już drukowanych, prowadzenie starannej, a tak zmuǳnej w tym razie korekty — wypełniło dni i noce ostatnich miesięcy życia J a n i k o w s k i e g o.

W letnich miesiącach zeszłego roku blizki przyjaciel J a n i k o w s k i e g o, widząc go tak znużonym, powziął obawy pewne co do jego zdrowia. Namawiał go usilnie do przerwy w zajęciach, do wyjechania na parę tygodni z Krakowa. Namowy pozostały próżnemi; oderwać się od pracy, która stanowiła jedyną jego namiętność, nie chciał.

Tyfus plamisty o umiarkowanej gorączce, wśród łagodnej epidemii z małym procentem śmiertelności w Krakowie, stał się powodem śmierci. Właściwym jednak powodem wedle zdania lekarzy, którzy chorego przyjaciela i kolegę doglądali, było wyczerpanie sił nadmierną pracą.

Śmierć J a n i k o w s k i e g o spowodowała próżnię, nie łatwo dającą się zapełnić.

W dziale nauki, której się oddawał, prócz licznych artykułów, drukowanych po pismach peryjodycznych, z których najobszerniejszy nosi tytuł: „Z kazuistyki sądowno-lekarskiej. Dochodzenie uszkodzeń ciała. Kraków 1870 r.“ J a n i k o w s k i nie zostawił dzieła większych rozmiarów. Wiemy jednak, że zbierał i przygotowywał materiały do wydania Encyklopedyi medycyny publicznej. Ślady tej pracy znajdują się zapewne w pozostałych po zmarłym rękopismach. Czy i o ile praca ta była wykończoną, blizką druku, nie umiemy powiedzieć. Wydaniu zamierzonego dzieła na przeszkodzie stanęły zajęcia się pismami peryjodycznemi lekarskimi, studia biblijograficzne i nakoniec praca nad „Słownikiem terminologii polskiej“. Ten ostatni, tak jak powstał głównie pracą jego, tak też stanowi największą zasługę J a n i k o w s k i e g o i zapisze jego nazwisko na liście tych pracowników, którzy literaturze lekarskiej polskiej rzetelne oddali usługi.

Dr. Ig. B.

I. O wstrząśnieniach różnych części układu nerwowego i innych organów (*commotio* — *shok*).

Napisał **D-r Med. E. Przewoski.**

W przeszłym roku otwierałem ciało mężczyzny, który, otrzymawszy uderzenie nogą w brzuch, zmarł prawie natychmiast. Na trupie nie znalazłem żadnych zmian anatomicznych. Okoliczność tego rodzaju, jak również potrzeba wyjaśnienia przed sądem powodu śmiertelnego zejścia, zniwolniły mnie do nieco bliższego zajęcia się przedmiotem. Obecnie ośmielam się przedstawić Czytelnikom „Gazety Lekarskiej“ rezultaty, do jakich doszedłem.

Praca ta pierwotnie była ekspertyzą sądową. W terażniejszej przeróbce dla lekarzy dawny rys został zupełnie zmieniony.

Celem tej pracy jest próba wyjaśnienia przyczyny śmierci lub zaburzeń czynnościowych w organizmie przy tak zwanych wstrząśnieniach (*commotio*, *shok*). Jest to dotąd jedna z najciemniejszych stron patologii. Pomimo licznych dochodzeń, wiadomości nasze w tym względzie ograniczają się do niezmiernie małych rozmiarów.

Aby odrazu zyskać możność jasnego porozumienia się z czytelnikami, muszę zacząć od bliższego określenia tego co nazywamy wstrząśnieniem (*commotio*, *shok*) i jak ten stan od innych odróżnić można; rozmaici autorzy bowiem nie zupełnie zgadzają się w oznaczeniu obszerności granic dla zaliczanych tu chorób. Wiadomo, że przypadki analogiczne z powyżej przytoczonym uderzeniem w brzuch od bardzo dawna już zwróciły na siebie uwagę. Oddawna mianowicie spostrzeżono, że niekiedy po podziałaniu pewnych szkodliwych wpływów na organizm nagle występuje groźny obraz choroby, albo i śmierć sama, której nie można dostatecznie usprawiedliwić zmianami anatomicznymi. Ta nieproporcjonalność zmian anatomicznych do natężenia objawów chorobnych nadaje przypadkom tego rodzaju cechę niezwykłości i robi je trudnymi do wytłumaczenia. Objasniano je też zawsze tylko za pomocą więcej lub mniej prawdopodobnych przypuszczeń. Stosownie do tego jak sobie z biegiem czasu wystawiano przyczynę śmierci, mówiono, że chory ulegał w tych razach apopleksji nerwowej (*apoplexia nervosa*), wstrząśnieniu (*commotio*), lub szokowi ¹⁾ (*shok*).

Ogólna więc charakterystyka stanów chorobowych, włączanych do zakresu wstrząśnień, wypada dosyć wydatnie. W zwykłych wypadkach natężenie zabu-

¹⁾ Z wymienionych trzech terminów dwa się dzisiaj tylko używa. Najstarszą nazwę *apoplexia nervosa* już dawno złożono do starych archiwów nauki. Co się tyczy dwóch innych, to wyraz *commotio* wprowadził do patologii Littré w 1705 r., a wyraz *shok* dopiero w ostatnim czasie wszedł w powszechne użycie. Angielski ten wyraz, znaczący: uderzenie, potrącenie, z tego powodu tak ogólnie został przyjęty, że Anglicy najwięcej przyczynili się do poznania stanu chorobnego, będącego przedmiotem obecnej pracy. W spolszczonej formie, jako *szok* terminu tego użył pierwszy O. Schreiber, w tłumaczeniu Chirurgii szczegółowej D-ra Fr. K o e n i g a (Warszawa, 1876, Tom II, pg. 59). Należy dodać, że ani nazwa *commotio*, ani *szok* nie wskazują natury sprawy chorobnej. Każda z nich wyraża tylko sposób podziałania zewnętrznego szkodliwości na organizm.

rzeń czynnościowych, wywołanych przez pewne uszkodzenia, jest zawsze mniej lub więcej proporcjonalne do wielkości zmian anatomicznych. Dla objaśnienia rozstroju funkcjonalnego w takich razach dosyć jest tylko wykryć zmiany anatomiczne i niemi się wszystko tłumaczy. Lekarz podciąga takie wypadki pod odpowiednie działy systematów patologicznych i powiada, że chory umarł skutkiem np. wylewu krwi w mózgu, zranienia pewnego organu i t. d. Inaczej rzecz się ma w ciemnych wypadkach, o których mowa. Anatomija patologiczna przy wyjaśnieniu ich jest bezsilna. Stosunek pomiędzy widocznymi zmianami anatomicznymi, a zaburzeniami funkcjonalnymi wypada paradoksalnie. Po traumatyzmach np. skierowanych na czaszkę, mózg, pomimo to że nie przedstawia żadnych dających się obecnie ocenić uszkodzeń, może dawać znaki cięższego cierpienia, niż wówczas, gdy jest mocno zraniony. Wszystkie czynności jego mogą się zmniejszyć, aż do zupełnego ustania, gdy tymczasem ani gołe oko, ani mikroskop nie wykazuje żadnych zmian materjalnych. I wówczas, gdy anatom na trupie nie znajduje żadnych zmian w mózgu, klinicysta twierdzi, że śmierć nastąpiła stanowczo skutkiem rozstroju jego czynności. Otóż w takich to wypadkach powiadamy, że chory umarł z powodu wstrząśnienia, albo szoku mózgu.

Za analogiczne uważają następujące fakty:

Chory umiera skutkiem kopnięcia nogą w brzuch, bez żadnych zmian na trupie.

Chory umiera w ten sam sposób po uderzeniu kopytem końskim w worek mosznowy.

Śmierć następuje bez żadnych zmian anatomicznych po gwałtownych wzruszeniach moralnych.

Chory umiera bez widocznych zmian anatomicznych po rażeniu piorunem i t. d. i t. d.

W przytoczonych przykładach, wymieniono tylko wypadki, kończące się śmiercią. Istotnie, w pierwszych dziesiątkach lat po słynnej obserwacji Litrégo, (obs. 3) innych nie zaliczano do działu wstrząśnień (*shok*). W owym czasie nie wiedziano jeszcze, czy można załączyć do tej grupy wypadki bez nagłego śmiertelnego zejścia. Później dopiero przekonano się, że po obrażeniach występują niekiedy bardzo groźne na oko choroby, w których cały przebieg nie daje prawa do przypuszczenia obecności zmian anatomicznych. Naturalnie, że wszystko przemawiało za tem, żeby podobne wypadki włączyć do tej samej grupy, uważając je za wypadki łżejsze. Tym sposobem liczba tych stanów patologicznych wzrosła niezmiernie.

Jeżeli teraz wziąć pod uwagę w ten sposób pojętą kazuistykę przypadków tak zwanego szoku, to widzimy, że zawsze na całość zjawiska składają się trzy momenty. Po pewnem szkodliwym podziałaniu na organizm (traumatycznym, elektrycznym, emocyjnym i t. d.) przychodzi śmierć, lub mniej więcej silny rozstrój funkcjonalny, czego nie usprawiedliwiają zmiany anatomiczne. Pierwszy moment zjawiska stanowi zawsze jakieś obrażenie, drugi więcej lub mniej zupełne zawieszenie czynności pewnego organu, lub grupy organów, przy czem stale brakuje momentu pośredniego, a mianowicie, dających się dostrzedz i objaśniających wszystko zmian anatomicznych. Tak więc, to co nazywają

wstrząśnieniem, szokiem, jest to nieprawidłowy stan całego organizmu lub pojedynczego organu, cechujący się etjologicznie obrażeniem, anatomicznie—brakiem lub niedostatecznością zmian, dostrzeganych nawet pod mikroskopem i patologicznie — zmniejszeniem lub zawieszeniem funkcji. Tylko taka trójca zjawisk występujących razem i jednocześnie, robi ten stan chorobny dostatecznie wyróżniającym się od innych, a przez to zawsze dającym się poznać.

Stosownie znowu do tego, czy przy wstrząśnieniu nie znajdujemy żadnych zmian anatomicznych, czy też zmiany nie dostateczne do objaśnienia całego obrazu chorobnego—wstrząśnienie nazywamy *czystym*, lub *nieczystym*. Bardzo długo podawany w zupełną wątpliwość fakt, istnienia czystych wstrząśnień, dziś należy uważać za skonstatowany.

Aby wszakże uchronić się od wszelkiego zarzutu, musimy już na tem miejscu dodać, że mówiąc o braku wszelkich zmian w organizmie, mamy na myśli tylko brak zmian, dających się w obecnej chwili ocenić. Trudno jest niezawodnie pojąć teraz zmiany dynamiczne bez odpowiedniej podstawy materalnej. Nie ulega dla mnie najmniejszej wątpliwości, że z postępem nauk i liczba wypadków, w których lekarz po skończeniu badania pośmiertnego nie jest w stanie z danych, znalezionych na trupie, wyjaśnić przyczyny śmierci, zmniejszać się będzie z każdą chwilą. Jeżeli dziś zdarza się to jeszcze po pewnych uszkodzeniach traumatycznych, po niektórych zatruciach, dalej — gdy chory umiera w początku chorób zakaźnych i t. d, to dowodzi tylko niedostatecznego rozwoju anatomii patologicznej, a głównie niedostatecznego rozwoju chemii biologicznej. Łatwo zrozumieć, że tam, gdzie gołe oko i mikroskop nie wykazują zmian żadnych, mogą zachodzić tak wielkie zmiany w chemicznej budowie protoplazmy komórek, że życie ich staje się nie możliwym. Bez wątpienia jednak wiele czasu upłynie, zanim takie przypadki ostatecznie zostaną wyjaśnione. Dotąd znamy tylko grube zmiany patologiczne w tkankach, więcej delikatne są jeszcze dla nas jedną z tajemnic natury. Ponieważ jednak do tego czasu autopsia daje nam niekiedy wyniki ujemne, przeto i dziś mamy prawo mówić o szokach. W każdym razie nie znajduwanie na trupie zmian, dostatecznych dla objaśnienia powodu śmierci, jest właściwie tylko przyznaniem się naszym do niewiadomości.

Jak już widać z powyższego, stany chorobne, zaliczane do działu tak zwanych szoków, są dosyć rozmaite. Najwięcej rozprawiano i pisano o tej formie, którą nazywają *commotio cerebri*. Od niej więc zacniemy i w dalszym ciągu przepatrzemy wszystkie inne.

I. *Commotio cerebri* zwykle występuje po uderzeniach lub po upadnięciach. Najłatwiej przychodzi ono wówczas, gdy człowiek zostaje uderzony narzędziem tępym, lub upada na powierzchnię szeroką. Niekoniecznie przytem potrzeba, żeby ciało uderzające, lub to, na które organizm upada, było twarde. Wiązka siana, wiązka słomy lub materac, spadające ze znacznej wysokości na głowę, mogą wywołać wstrząśnienie mózgu (*Dupuytren. Leçons orales. Paris 1839, Vol. 5 pag. 251 - 252*). Czasami robią to także i narzędzia ostre, kolące, tnące, gdy ostrze ich trafia na części znacznej odporności. Narzędzia te, nie mogąc wówczas przeniknąć takich organów i uwiązłszy w nich, zmieniają sposób swego działania, na działanie właściwe narzędziom tępym. Nadto obrażenia, wywołują

jące wstrząśnienie mózgu, mogą działać na organizm bezpośrednio lub pośrednio. W pierwszym razie działają one wprost na czaszkę, w ostatnim wówczas, gdy człowiek upada na pośladki, na kolana, na stopy, przy mocno wyprostowanych nogach, gdy otrzymuje uderzenie w brodę i t. d. Przy takich odległych uderzeniach wpływ traumatyzmu przenoszą kości szkieletu do czaszki, a przez tę do mózgu. Gwałtowne wstrząśnienie, jakiego doświadcza organizm przy spotkaniu się pociągów na kolejach żelaznych, podobnie nie raz staje się przyczyną wstrząśnienia mózgu. W tym względzie Erichsen (*On concussion of the spine etc. London. 1875. pag. 120*, przytoczone także u Erb'a, w jego chorobach mleczapacierzowego) komunikuje fakt niesłychanie ciekawy, chociaż trudny do zrozumienia. Powiada on mianowicie, że ci ludzie, którzy śpią podczas spotkania się pociągów, nie ulegają wstrząśnieniu systemu nerwowego. Najwięcej cierpią tacy, którzy byli zwrócenii tyłem do kierunku uderzenia.

Obraz choroby przy wstrząśnieniu mózgu przedstawia się jednostajnie, chociaż nie zawsze tak samo. Stosownie do natężenia objawów bywa on cięższy lub lżejszy i zależnie od tego niektórzy, jak np. L. S t r o m e y e r, (*Maximen der Kriegsheilkunst — Hannover 1861, pag. 340*) odróżniają :

a) wstrząśnienia mózgu natychmiastowo śmiertelne,
b) wstrząśnienia mózgu z następstwami, trwającymi dłużej i
c) wstrząśnienia mózgu przemijające bez śladu, prędko. Rozumie się, że pomiędzy dwiema ostatnimi formami nie ma żadnej ostrej granicy. Wszystkie zaś te formy, wyrażając się najogólniej, cechują się objawami osłabienia czynności mózgu i mleczap przedłużonego, aż do zupełnego ich porażenia (*paralysis*). W cięższych wypadkach cierpi jednocześnie, mniej lub więcej silnie i mleczapacierzowy. Dostę często obok objawów zmniejszenia czynności ośrodków nerwowych bywają także i objawy podniecenia, jak drgawki, wymioty, majaczenia i t. d., jednakże są to zawsze objawy, zajmujące w przebiegu choroby plan daleko mniej wydatny.

W wypadkach nadzwyczajnie gwałtownych, gdy wstrząśnienie mózgu kończy się nagłą śmiercią, człowiek prawie jednocześnie z uszkodzeniem pada i błędnie. W tej samej chwili zatrzymuje się oddechanie i krążenie i chory umiera nawet bez wydania jęku.

W wypadkach mniej gwałtownych chory upada — i bez przytomności, bez najmniejszych przejawów czynności umysłowych, jakby w bardzo głębokim spokojnym śnie, leży całe godziny a nawet i dni. Nie można go rozbudzić ani silnemi bodźcami świetlnymi, ani głosem, ani bolesnem drażnieniem skóry. Wszystkie mięśnie są zwolnione. Podniesiona kończyna spada bezwładnie. Drażnienie powierzchni czułych nie wywołuje wcale, albo tylko bardzo słabe odruchowe skurcze mięśni. Żrenica zwykle jest rozszerzona, rzadziej zwężona i bardzo słabo, lub wcale nie oddziałuje na światło. Płyny lub pokarmy, wprowadzone do jamy ust, pozostają w niej spokojnie, albo też po pewnym czasie wyciekają napowrót; rzadko i tylko po wsunięciu ich bardzo głęboko, chory automatycznie polyka. Oddechanie odbywa się powoli, powierzchownie i regularnie; od czasu do czasu tylko zjawiają się inspiracje głębsze na kształt westchnień. Tętno uderza słabo, nieregularnie i najczęściej powoli; niekiedy prawie go wyczuć nie można. Twarz jest biała i zapadła. Skóra i kończyny stają się zimne. Ciepło-

ta ciała wogóle więcej lub mniej opada. W samym początku cierpienia chory niekiedy wymiotuje, później skutkiem zwolnienia zwieraczy oddaje mocz i kał bezwiednie. Czasami występują drgawki. Mocz takich chorych często zawiera nieco białka lub cukru, albo też jedno i drugie razem. W 43 wypadkach ciężkiego wstrząśnienia mózgu H. Fischer (*Ueber die Commotio cerebri. Sammlung klin. Vorträge, von R. Volkmann, Nr. 27, 1871 pg. 14—17*) znalazł cukier w 6 wypadkach. Cukier pojawia się w moczu jednocześnie z innymi objawami wstrząśnienia i znajduje się kilka dni dłużej. W rzadkich razach przechodzi moczówka cukrowa w *diabetes insipidus*, lub też *diabetes insipidus* zjawia się od początku choroby i także po kilku dniach przemija. Raz tylko Fischer widział, że moczówka bezcukrowa trwała 3 miesiące. Białko po wstrząśnieniu mózgu bywa nierównie częściej w moczu, niż cukier. Podobnie jak cukier utrzymuje się ono w moczu nie długo. Znika razem z objawami wstrząśnienia lub też w kilka dni później.

Taki to stan rozwija się w jednym mgnieniu oka pod wpływem traumatyzmu. Człowiek zupełnie przedtem zdrowy, upadłszy, robi wrażenie bezwładnej masy, która zwykle tylko przez zmienione oddechanie i krążenie daje oznaki życia. Stosownie do siły traumatyzmu, sposobu jego podziałania i t. d. chory w takim stanie może pozostawać czas bardzo rozmaity: godziny, dnie całe, a nawet tygodnie. Jeżeli jednak stan ten przeciąga się zbyt długo, to prawie nigdy nie zależy on od jednego tylko czystego wstrząśnienia.

W każdej chwili takiego komatycznego stanu, chory może umrzeć. Jeżeli sprawa przybiera taki zły obrót, to tętno z wolnego robi się przespieszonym, coraz miększym, nakoniec nitkowatym, ledwie wyczuwalnym. Jednocześnie i oddechanie się zmienia. Staje się ono przyspieszone, nieregularne, głębokie lub powierzchowne. Czasami zupełnie się zatrzymuje, aby po chwili stać się kurczowo-gwałtownym. Niekiedy znowu idą naprzemian za sobą oddechy głębokie i powierzchowne. Nakoniec przychodzi *respiratio stertorosa*.

Jeżeli stan chorego się poprawia, to napięcie objawów chorobnych, które zawsze przy czystym wstrząśnieniu jest najsilniejsze w samym początku cierpienia, stopniowo słabnie. Tętno staje się pełniejsze, oddechanie głębsze, ciepłota ciała się podnosi. Chory zaczyna widzieć, słyszeć, czuć. Powracają odruchowe skurcze mięśni i źrenica się zwęża. Jednocześnie bladłość twarzy znika i chory powoli odzyskuje więcej lub mniej swobodnie przytomność.

Niekiedy, jako znak zwiastujący powracanie do przytomności zjawiają się wymioty, drgawki i t. d.

Najczęściej gdy chory pierwszy raz otworzy oczy, wzrok jego jest osłupiały, ogląda ze zdziwieniem wszystko, co go otacza. W oczach jego można wyczytać, że nie wie, co się z nim dzieje. Jeżeli mówi, to wypowiada pierwsze wyrazy bez związku, a nawet niekiedy zupełnie źle. Każdy wysiłek mocno go męczy. Ten stan trwa najczęściej krótko i stanowi tylko przejście do zupełnej przytomności. Są jednak zdarzenia, w których utrzymuje się dłużej.

W innych razach chory po przebudzeniu się zaczyna bredzić. Wrażenia, dostarczane przez nerwy czucia, chory ocenia fałszywie. Widzi on najrozmaitsze widziadła, słyszy najdziwaczniejsze wrażenia dźwiękowe, czuje najroz-

maitsze zapachy i t. d. Rozumie się, że spożytkowyywa wszystko to najbezlądniej, stosownie do zachwianej równowagi w funkcyjonowaniu kory mózgowej. I ten stan może się utrzymywać przez czas rozmaicie długi.

Po cięższych uszkodzeniach lub też skutkiem niewłaściwego leczenia, np. z powodu upustów krwi, dawania środków osłabiających (Stromeyer), chory może po raz drugi, a nawet i po raz trzeci stracić przytomność. Znowu więc powtarza się obraz, skreślony powyżej, chociaż słabszy co do natężenia.

Dosyć często jednocześnie z pierwszymi objawami wracającej przytomności, lub jeszcze przed tem, rozwijają się objawy kongestyi do głowy. Puls wówczas staje się częsty i twardy, twarz się zaczerwienia, źrenice zwężają, oczy błyszczą. Chory skarży się na ból głowy i bóle we wszystkich członkach. Jest niespokojny. Ciepłota ciała się podnosi. Taki stan może przejść bez wszelkich poważniejszych następstw, albo też w dalszym ciągu przychodzą objawy zapalenia opon, zapalenia mózgu i t. d.

W znacznej jednak liczbie wypadków objawy kongestyi do głowy są nieznaczne lub też nie bywa ich wcale. W takich razach, jak uczy doświadczenie kliniczne i eksperyment na zwierzętach, nawet objawy ciężkiego wstrząśnienia mózgu mogą przejść prędko i bez śladu. Pozostaje tylko na pewien czas ogólne osłabienie, jakby uczucie mocnego zmęczenia, poczem chory wraca do zwykłych swych zajęć.

Nie zawsze jednak dzieje się tak szczęśliwie. Dosyć często rozstrój czynności nerwowych pozostaje na dłużej.

Wychodząc z powyżej wzmiankowanego osłupienia lub z *delirium*, gdy władze umysłowe zaczynają przychodzić do równowagi, chory przedstawia braki pamięci, które trwają krótko lub też niekiedy pozostają i na dłużej. Zawsze, albo prawie zawsze, chory traci pamięć nie tylko o tem, co się działo od początku jego wypadku aż do powrotu do świadomości, lecz także i o tem co się zdarzyło na więcej lub mniej długi czas przed wypadkiem, np. w przeciągu godziny, dnia, lub dni kilku. Później powoli przypomina sobie chory te rzeczy, które chwilowo był zapomniiał, bywa wszakże i tak, że pamięć cała znika na zawsze.

Taka przejściowa strata pamięci, jeżeli nie jest stałym prawidłem, to przynajmniej zdarza się niesłychanie często. Były także obserwowane wypadki, w których chorzy tracili pamięć częściowo, np. zapominali rzeczowniki, imiona własne, swój adres, nie mogli poznać tych rzeczy, które poprzednio znali dobrze, nie mogli rachować, robili stałe błędy ortograficzne i t. d.

Czasem chorzy na pewien czas tracili możność mówienia.

Niejednokrotnie obserwowano również u takich chorych następczą zmianę charakteru. A z a m utrzymuje, że u wszystkich chorych, których on badał ze względu na ich usposobienie po traumatyzmach, prawie stałe spotykał taką zmianę. Wszyscy oni z łagodnych i wesołych stawali się ponurymi, wrażliwymi, gwałtownymi, podejrzliwymi, złośliwymi, lub kłótliwymi.

Inne władze umysłowe, jak: uwaga, sądzenie i t. d., również mogą ulegać pewnym zmianom, a nawet czasami dochodzi do zupełnego rozstroju władz intelektualnych, do rozmaitych ostrych i przewlekłych form obłąkania. (Schlager, *Zeitschrift der k. k. Aerzte zu Wien*, 1857; Krafft-Ebing, *Ueber die durch Gehir-*

nerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten. 1868; Schüle — choroby umysłowe w zbiorowym podręczniku *Ziemssen'a*).

Pirogow na koniec miał widzieć jako następstwo wstrząśnienia mózgu przepuszczający nerwoból pokryw głowy, obok którego od czasu do czasu występowały objawy zawrotu głowy i osłabienia kończyn.

Lżejsze formy wstrząśnienia mózgu cechują się takimi samymi objawami jak cięższe, tylko natężenie pojedynczych objawów jest mniejsze, trwanie całej sprawy krótsze i cięższych cierpień następnych nie bywa. Następny np. wypadek może dać przykład, jak przebiegają takie wstrząśnienia mózgu :

Obs. 1. *Koenig* (*Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Berlin, 1875*) leczył silnego, mocno-zbudowanego mężczyznę, któremu spadła na tył głowy duża napelniona ziemią doniczka z drugiego piętra. Człowiek ten stracił natychmiast przytomność, zbladł i upadł. Tętno i oddechanie zaledwie się dały dostrzedz. Po krótkim czasie wystąpił napad epileptyczny i trwał przez kwadrans, poczem zaraz chory obudził się zupełnie zdrów, uskarżając się tylko na niewielki ból głowy. Nazajutrz mógł on już oddawać się swemu zatrudnieniu i nic nie przypominało mu wypadku z dnia poprzedzającego.

Jeszcze lżejsze formy przedstawiają się w postaci chwilowej utraty przytomności z objawami przemijającego rozstroju w krążeniu i oddechaniu.

Obs. 2. Przed rokiem np. widziałem człowieka, który przechodząc pośpiesznie przez niskie drzwi, uderzył się mocno w wierzchołek głowy. W jednej chwili mocno zbladł i upadł bez przytomności. Po niecałej jednak minucie odzyskał świadomość, podniósł się i narzekał tylko na nie wielki ból, zależny od miejscowego stłuczenia miękkich części głowy. I w tym razie tętno zwolniało podczas omdlenia, a oddechanie stało się powierzchowniejsze.

W najłżejszych na koniec wypadkach, po uderzeniu zjawia się tylko przelotny zawrót w głowie, dzwonienie w uszach, latanie płatków przed oczami. Chory chwije się na nogach, ale nie upada. Po nie całej minucie wszystko przechodzi.

Jeżeli obok wstrząśnienia jednocześnie są jeszcze inne zmiany w mózgu np. miejscowe zniażdżenia, wylewy krwi i t. d., to powyżej przedstawiony obraz kliniczny ulega znacznym zmianom. Nie tyle to widać w samym początku cierpienia, ile później po powrocie do świadomości. W początku pokrywają wszystko objawy ogólnego cierpienia mózgu. Gdy chory leży nieprzytomny, bez czucia, bez ruchu — to trudno przekonać się wówczas, czy jego ręka lub noga jest porażona. Niema wówczas czynności, zależnej od zniszczonej części mózgu, ale też i czynność innych części sprowadzona jest do minimum. Dopiero wówczas, gdy chory przychodzi do przytomności z braku pewnych funkcj można wnosić o uszkodzeniu tych lub innych oddziałów mózgu. Rozumie się, że objawy takiego ogniskowego cierpienia mogą być tak rozmaite, jak rozliczne są czynności różnych części mózgowia.

Anatomija patologiczna przy czystych wstrząśnieniach mózgu daje rezultat ujemny: przy dokładnem badaniu trupów ludzi i zwierząt wykazuje brak wszelkich zmian anatomicznych. Obserwacje podobne mamy już od bardzo dawnego czasu. I tak:

Obs. 3. Littré (*Histoire de l'acad. royale des sciences. Année 1705, Paris 1730, pg. 54*) otwierał ciało samobójcy, który, obawiając się strasznej śmierci przez łamanie kołem, na jaką był skazany, sam postanowił odebrać sobie życie. W tym celu, przebiegłszy całą długość swej komórki więziennej, tak silnie uderzył się głową o mur, że w jednej chwili skonał, nie wydawszy najmniejszego jęku. Littré zadziwił się niesłychanie, gdy na trupie nie znalazł żadnych zmian anatomicznych, mogących mu wyjaśnić mechanizm śmierci. Części miękkie zewnętrzne wyglądały zupełnie prawidłowo. Dopiero od naocznych świadków dowiedział się, gdzie nastąpiło uderzenie. Kości czaszki o tyle przedstawiały się nienormalnie, że rozszedł się nieco na niewielkiej przestrzeni szew pomiędzy częścią łuskową kości skroniowej prawej, a odpowiednią kością ciemniową. Littré nie mógł w żaden sposób uważać tej zmiany za przyczynę śmierci. Co zaś do mózgu i jego opon, to te miały pozór prawidłowy. Znajdowały się one jakby „w stanie zupełnego zdrowia“. Jedno tylko zastanawiało, a mianowicie, że mózg nie wypełniał całej pojemności czaszki. Nadto substancja jego, podobnie jak i substancja mózdzku i mlecza przedłużonego, przy dotykaniu wydawała się twardszą, więcej zbitą. Pomiedzy mózgiem a oponami nagromadziło się dosyć dużo płynu surowiczego.

Podobny zupełnie do poprzedzającego wypadek podał Sabatier.

Obs 4. Sabatier (*Médecine opératoire. Paris. 1832. Vol. II pg. 20*) widział chorego, który umarł nagle, skutkiem uderzenia w głowę. Na trupie nie znalazł on żadnych zmian, z wyjątkiem tylko tego, że mózg w stosunku do wielkości jamy czaszki wydawał mu się nieco za mały. Uderzała w oczy duża przestrzeń, wypełniona płynem, pomiędzy mózgiem a ścianami czaszki.

Te więc pierwsze obserwacje, powszechnie uważane za wypadki gwałtownego czystego wstrząśnienia mózgu, wykrywały w tym organie na trupie jakąś zmianę, którą później nazwano: *Collapsus cerebri*. Inni lekarze w podobnych wypadkach nie znajdowali żadnych zmian w mózgu. Należą tu spostrzeżenia: Wiegand'a (*Henke Zeitschrift für Staatsarzneikunde. 1833. Bd. 25 pg. 173*), Braun'a (tamże 1824. *Zweites Ergänzungsheft pg. 226*), Henke'ego (*Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 1835. 8 Aufl., pg. 253*), Thilenius'a (*Med. Jahrbücher für das Herzogthum Nassau. Wiesbaden. 1848 Heft 7 u. 8 pg. 172*), Bayard'a (*Bérard et Denonvilliers. Compd. de chir. pratique. Paris. 1851. Vol. II, pg. 606*), Mounier'a (Dwa wypadki przytoczone u Fano, w *Mémoires de la société de Chirurgie de Paris. 1852, Vol. 3, pg. 175*) i niektóre inne.

Zdawałoby się, że tyle spostrzeżeń powinno było ustalić niezachwianie fakt istnienia wypadków śmiertelnego wstrząśnienia mózgu bez zmian anatomicznych. Tymczasem pozwalali sobie wątpić o tem tacy chirurdzy jak Pirogów, Fano, Follin, i inni. Pochodziło to ztąd, że wszystkie wyliczone powyżej wypadki były bardzo dawne i że wogóle zdarzały się one stosunkowo niezmiernie rzadko w porównaniu z takimi, w których chory umierał ze wstrząśnienia mózgu i na trupie znajdowano zmiany anatomiczne. Nadto, upoważniały do takich wątpliwości krytyczne prace Prescottt i Hewett'a. Trzeba było nowych, dokładnych spostrzeżeń. Do obecnej chwili zebrano ich już pewien zasób, a nadto rozstrzygnęły wątpliwość doświadczenia na zwierzętach.

Odnoszące się tu spostrzeżenia są następujące:

Obs. 5. Victor Bruns (*Die Chirurgischen Krankheiten und Verletzungen des Gehirns und seiner Umhüllungen. Tübingen 1854. Bl. I, pg. 751*) dwa razy otwierał ciała robotników, którzy spadli z wysokiego rusztowania i natychmiast umarli. W obu wypadkach nie było wewnątrz czaszki najmniejszych zmian, jakieby można było wziąć za skutek uszkodzenia i za przyczynę nagłej śmierci. Nie znaleziono mianowicie ani zmniejszenia objętości mózgu, ani zmiany w jego zbitości, ani najmniejszych wylewów krwi.

Obs. 6. Hermann Fischer (*Ueber die Commotio cerebri. 1871*) powiada, że otwierając ciało w dwóch wypadkach śmiertelnego wstrząśnienia mózgu, nie znalazł w tym organie żadnych zmian, oprócz bezkrwistości tętniczej i przekrwienia żylnego. Zwłaszcza zatoki żyłne były przepełnione krwią. Z małych żył mózgu można było wyciągać długie skrzepy. Substancja mózgu nigdzie nie była naruszona.

Obs. 7. Bergmann (*Die Lehre von den Kopfverletzungen in Deutsche Chirurgie von Billroth und Luecke. Stuttgart. 1880, pg. 310—311*) przytacza trzy wypadki, z których dwa przedstawiają się tak:

a) 55-letnia kobieta, zdybana na kradzieży drzewa, po gwałtownej kłótni, dostała od gajowego trzy uderzenia dłonią w twarz. Natychmiast po tem zajściu straciła przytomność, upadła i umarła. Znaleziono: ciało mocno zbudowane o krótkiej szyi. Twarz pełna, sinicowata. Gałki oczne wydatne i mocno nastrzyknięte krwią. Nie ma żadnych śladów uszkodzenia zewnętrznego. Miękkie pokrycia głowy mocno napełnione krwią. Czaszka nie uszkodzona i mocno przekrwiona. Znaczne przekrwienie opon i mózgu. W każdej jamce bocznej około dwóch drachm surowicy, zabarwionej barwnikiem krwi. Płuca przekrwione, zresztą zdrowe. Lewa komórka serca nieco powiększona. Zastawki aorty na brzegach chrząstkowato zgrubiałe i nieco niedostateczne. Żołądek mocno napełniony niestrawionym pokarmem roślinnym. Wszystkie inne organa nie przedstawiają żadnych zmian.

b) Dwuletniego, zdrowego chłopca matka, dla uspokojenia w nocy, wzięła do swego łóżka. W pół godziny później znaleziono go nieżywego na twardej podłodze. Na czole i wierzchołku głowy dwa na $\frac{3}{4}$ cala szerokie wylewy krwi, sięgające w głąb aż do *pericranium*. Mózg i opony jego nie zmienione z wyjątkiem opony miękkiej, której naczynia mocno nastrzyknięte. Również *ependyma* i *plexus choriodei* przekrwione. We wszystkich jamkach mózgu razem około $\frac{1}{2}$ uncji płynu surowiczego. W zatokach żylnych krew płynna. Płuca przekrwione. W prawym przedsionku serca także krew płynna. Wszystkie inne organa zupełnie nie zmienione.

Oto mniej więcej cała wydatniejsza kazuistyka czystego wstrząśnienia mózgu z nagłym, śmiertelnym zejściem. Nie jest ona niezawodnie dostatecznie obfita, a może niekiedy nawet i nie bez zarzutu pod względem dokładności późniejszego badania, żeby z niej można było wyprowadzać niewątpliwe wnioski. Przychodzą tu wszakże w pomoc doświadczenia na zwierzętach. Usiłowania do wydobywania się z niepewności tą drogą robiono już dosyć dawno. Z początku

dawały one rezultat bardzo nieokreślony; stopniowo jednak metody badania udoskonalono o tyle, że obecnie możemy wywołać czyste wstrząśnienia mózgu u zwierząt prawie dowolnie. (D. c. n.)

II. Przyczynek do miejscowego leczenia jam suchotnicznych.

Podał D-r **Alfred Sokołowski.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 5 Kwietnia r. b.)

(Dokończenie. — Patrz Nr. 19).

W dniu 6-tym Grudnia postanowiłem spróbować zastrzyknąć do wewnątrz jamy; niewiedząc jednakże z góry jaki w danym razie będzie odczyn, postanowiłem z początku użyć słabego roztworu kwasu karbolowego, a dopiero następnie przejść do zastrzyknięć jodowych. W tym celu użyłem roztworu jednoprocentowego kwasu karbolowego i tegoż dnia o godzinie 11-ej, w obecności D-rów: Zaleskiego i Ołtuszewskiego, przebiłem ścianki klatki piersiowej i jamy suchotnicznej za pomocą grubej igły szprycki Prawatza. Chorej kazałem głęboko odetchnąć i w czasie wdechu (*inspiratio*) wepchnąłem w między-żebry drugie (t. j. tam gdzieśmy mieli wyraźny odgłos stłuczonego garnka), na 5 centymetrów na zewnątrz mostka, igłę, długości 2, 8 centymetrów prostopadle do klatki piersiowej, wprost do jamy płucnej, następnie szybko zastrzyknąłem całą spryckę wyżej wspomnianego roztworu kwasu karbolowego. Natychmiast po zastrzyknięciu wystąpiła bardzo silna duszność, lekka siność twarzy, która jednakże najwyżej w dwie minuty ustąpiła w zupełności, poczem nastąpił kilka minut trwający suchy kaszel bez żadnej wydzieliny. Chora przytem uskarżała się na silny ból w miejscu dokonanego nakłucia. W pięć minut potem chora oddechała już zupełnie swobodnie, tętno biło 84 razy na minutę. Ciepłota mierzona o godzinie 1-szej, t. j. w niecałe dwie godziny po dokonaniu wstrzyknięcia, była 38,5° C. Tego dnia o 7-ej wieczorem 37,0° C. W dniu następnym, t. j. 7 Grudnia, ciepłota 37,9° C., wieczorem 37,4° C. W ciągu dnia chora dosyć kaszlała; kaszel był suchy, ilość plwociny nie zmieniła się pod względem jakości ani ilości. Dnia 9-go rano, ciepłota 37,7° C., o godzinie 11-ej wstrzyknąłem po raz drugi, ten sam roztwór kwasu karbolowego, w temże samem co i po raz pierwszy miejscu. Reakcja tym razem była bardzo nieznaczna, wystąpiło zaledwie kilka suchych zakaszlnięć; duszność bardzo mała. Po zastrzyknięciu tętno 84. O godzinie 1-szej ciepłota 39,5° C., wieczorem o 7-ej = 37,0° C.; w ciągu 5 dni następnych stan pozostawał bezgorączkowym, chora jednak kaszlała więcej niż zwykle; kaszel był suchym; na miejscu odpowiadającym jamie słychać było rzerzeń więcej aniżeli przed rozpoczęciem zastrzyknięcia. 15-go Grudnia zrobiłem 3-cie zastrzyknięcie kwasu karbolowego, odczynu nie było niemal żadnego, nawet kaszel suchy niewystąpił, pomimo to jednak o godzinie 1-szej mieliśmy ciepłotę 38,6° C., wieczorem 37,2° C. W dniu następnym t. j. 16-go, ciepłota rano 37,2° C., wieczorem 37,5° C.

Dnia 18-go, kaszel silny, jednocześnie i ilość plwociny powiększyła się.

Dnia 19-go zastrzyknąłem czwarty raz kwas karbolowy. Tym razem odczyn był dosyć znaczny, kaszel weale silny, suchy, trwał kilka minut. Plwocina zawierała różową żyłkę krwi. O godzinie 1-szej przez zapomnienie ciepłota nie była zmierzona, jak to miało miejsce przy pierwszych trzech wstrzyknięciach; o godzinie 7-ej=36,7° C.

W dniu następnym chora uskarża się na ból w prawym boku (na linii pachowej około 7-go żebra). Badanie fizykalne nie wykazało żadnych zmian. Ból ten po zastosowaniu wezykatoryi ustąpił w kilka dni, pomimo to jednak, kaszel pozostał dosyć silnym.

Dnia 28 zastrzyknąłem do jamy całą szprycę P r a w a t z'a 5% roztworu nalewki jodowej. Odczyn po zastrzyknięciu był bardzo mały; nieznaczny suchy kaszel; duszność weale niepojawiała się. O godzinie 1-szej ciepłota 37,5° C., wieczorem 37,2° C.

W dniu następnym kaszel był mniejszym niż zwykle, jak również i plwocina. Przez trzy dni następne stan pozostawał bez zmiany.

W dniu 1 Stycznia zastrzyknąłem po raz drugi nalewkę jodową (2%) Oddziaływanie było również nieznaczne.

O godzinie 1-szej ciepłota wynosiła 37,5° C.; wieczorem 38,5° C.

Przez dni następne kaszel powiększył się, plwocina stała się obfitszą, chora czuła się znacznie osłabioną, w kilka dni potem wystąpiły znowu poty nocne, których od kilka tygodni nie było. Objawy te jednakże po paru dniach ustąpiły, chora jednakże, przypisując chwilowe pogorszenie zastrzykiwaniu, niechciała się zgodzić w żaden sposób na dalsze ich stosowanie.

Dalszy przebieg choroby nie zawiera w sobie nic szczególnego; przez kilka tygodni stan chorej nie przedstawiał żadnych zmian wyraźnych, ani w stanie ogólnym ani w miejscowym. Potem wystąpił lekki stan gorączkowy (*St. subfebrilis*), kaszel się wzmógł, a plwocina powoli zaczęła zmieniać swoje własności, zaczęły się w niej pojawiać stałe cząstki, osiadające na dnie naczyń, w końcu wystąpiły wyraźne kawałki plwociny tak zwanej kulistej. Jednocześnie rżenia dźwięczne stały się wyraźniejszymi i nabrały charakteru dość mocnego bulgotania (*gargouillement*); a słyszalny poprzednio w tem miejscu wydech oskrzelowy powoli przeszedł w oddech wyraźnie oskrzelowy. Jednem słowem musiało powoli nastąpić dalsze zniszczenie tkanki w obrębie jamy i swobodne połączenie z oskrzelem.

Chora jednak po tem pogorszeniu zaczęła się znowu poprawiać, a począwszy od połowy Lutego do końca Marca stan ogólny jej znacznie się poprawił, kaszel się zmniejszył, objawy hektycznie ustąpiły, słowem chora opuściła szpital w końcu Marca w niezłym stanie, z objawami suchot przewlekłych (*stationär*).

* * *

Chociaż w danym przypadku leczenie za pomocą wstrzykiwań do wewnątrz jamy nie wywołało żadnego ważniejszego rezultatu dodatniego, sądzę jednakże, że przypadek ten zasługuje na uwagę pod tym względem, iż dowodzi z jaką łatwością wstrzykiwania dają się wykonać, niesprowadzając żadnych złych następstw ani w stanie ogólnym ani miejscowym. Naturalnie, podobne wstrzyki-

wania należałoby robić metodycznie przez dłuższy przeciąg czasu, przechodząc stopniowo do coraz mocniejszych roztworów. Sądzę, że kolledzy szpitalni, posiadający duży materiał kliniczny, z łatwością wynajdą odpowiednie przypadki, w których wyżej wskazane leczenie zastosować by mogli. A kto wie, czy sposób ten nie wyda przynajmniej jakichkolwiek rezultatów dotychczas, o ile bowiem niefortunne są rezultaty z leczenia suchotników w szpitalach zwykłymi środkami terapeutycznymi, o tem sądzą, że i rozwozić się bliżej nie potrzeba.

* * *

Przy zastrzykiwaniach do wnętrza jam spostrzegliśmy pewen interesujący objaw. Zastrzykując 1% roztwór kwasu karbolowego, stale po każdym zastrzyknięciu ciepłota u chorej niegorączkującej podnosiła się. I tak, po pierwszym zastrzyknięciu, dokonaniem dnia 6 Grudnia, o godzinie 11-ej z rana, ciepłota o godzinie 1-szej w południe wynosiła 38,5° C., tegoż dnia o 7-ej wieczorem było 37,0° C. Po drugim wstrzyknięciu, dokonaniem 9 Grudnia, o godzinie 11-ej z rana ciepłota 37,7° C.; o godzinie 1-szej była 39,5° C.; wieczorem o 7-ej 37,0° C. Po 3-cim zastrzyknięciu, zrobionem dnia 15 Grudnia o godzinie 11-ej, ciepłota o 1-szej wyniosła 38,6° C.; wieczorem 37,2° C. Jak to już wyżej wspomniałem, po dokonaniu 4-ego zastrzyknięcia kwasu karbolowego, zapomniano zmierzyć ciepłotę, wieczorem jednakże dnia tego wynosiła 36,7° C. To podniesienie ciepłoty, spostrzegane prawidłowo po zastrzyknięciu kwasu karbolowego, nie wystąpiło wcale po wstrzyknięciu 5% roztworu nalewki jodowej, po którym ciepłota o godzinie 1-szej wynosiła 37,5° C.

Zachodzi pytanie, jak objaśnić owo podnoszenie się ciepłoty, pod wpływem kwasu karbolowego? Jest li ono wynikiem miejscowego podrażnienia, lub też skutkiem szybkiego wessania w krew? Przeciw pierwszemu przypuszczeniu, przemawia ta okoliczność, że zastrzykiwania dosyć silnego (5%) roztworu jodyny nie wywołały podobnego zjawiska. Sądzę więc, że objaw ów należy policzyć na karb wessania kwasu karbolowego, a chociaż spostrzeżenia niniejsze są za zbyt szczupłe do wyprowadzenia stanowczych wniosków, upoważnia mnie jednak do tego przypuszczenia ta okoliczność, że niektórzy autorowie, jak *Sonenburg* i inni (patrz pod tym względem pracę *D-ra Matlakowskiego*: „O zatruciu kwasem karbolowym“ pomieszczoną w „Gazecie Lekarskiej“ Nr. 9) na drodze doświadczalnej stwierdzili wpływ fenolu na podnoszeniu się ciepłoty, zbijając tym sposobem twierdzenie innych badaczy, że kwas karbolowy stale obniża ciepłotę.

Z drugiej strony posiadam znaczny szereg faktów klinicznych przemawiających przeciw antypyretycznemu działaniu kwasu karbolowego.

W roku 1875 *Schnitzler* z Wiednia ogłosił w rodzaju doniesienia tymczasowego wyniki swoich spostrzeżeń nad działaniem wstrzykiwań podskórnych kwasu karbolowego u suchotników. Wstrzykiwania te miały nietylko wpływać stanowczo korzystnie na zmniejszenie gorączki, lecz jednocześnie miały działać znakomicie i na samą sprawę suchotniczą. Byłem jednym z pierwszych, którzy stosowali to leczenie i w roku 1875 i 6-ym wypróbowałem je na całym szeregu suchotników w Zakładzie Lecznicy w Goereremsdorfie; gdzie był pod-

ówczas asystentem, wedle planu przyjętego przez Schnitzler'a, t. j. dwa do 3-ech wstrzyknień 1%—2% kwasu karbolowego. Niestety jednakże, w żadnym przypadku wybitnej gorączki suchotniczej nie widziałem najmniejszego wpływu na obniżenie ciepłoty — nie mówiąc już o tem, że o poprawie stanu sprawy płucnej i mowy niebyło. Zdaje się, że i sam Schnitzler przyszedł ostatecznie do takich samych jak ja wniosków, gdyż szumnie zapowiedziane doniesienie (*vorläufige Mittheilung*) pozostało na zawsze doniesieniem tymczasowym, przypominając zakomunikowane ostatniemi czasy ogłoszenie Rokitansk'y'ego o leczeniu suchot będzwinianem sodu. Że niektórzy lekarze od czasu do czasu widzieli przy powyższych wstrzykiwaniach pewną poprawę, lub przemijające zmniejszenie gorączki — niczego to nie dowodzi, spostrzeżenia te bowiem polegają głównie na nieznamomości prawidłowego biegu gorączki u suchotników, w żadnej bowiem chorobie gorączka nie przedstawia typu tak nieregularnego, że tak powiem fantastycznego, jak w przebiegu różnych form suchot płucnych. W tem tkwi źródło różnych błędów i fałszywych wniosków, co do działania antypyretycznego różnych środków lekarskich w tej chorobie. Zresztą wyniki moich spostrzeżeń nad działaniem środków przeciwgorączkowych przy suchotach płucnych, a w ich liczbie i kwasu karbolowego, podałem jeszcze w r. 1876 (w *Deutsch. Zeitschrift für prakt. Medicin.* Nr. 46), tutaj zaznaczam tylko nawiasowo, gdyż spostrzeżenia wyżej przytoczone przy wstrzykiwaniach do wnętrza jam kwasu karbolowego zdają się niejako potwierdzać bezskuteczność tego środka w znaczeniu przeciwgorączkowym.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

71. Vulpian. O sposobie działania salicylanu sodu w gościec stawowym.

Bull. gén. de therap. méd. et chirurg. III livr. 1881.

Na samym wstępie swej pracy, autor wykazuje zakres skuteczności salicylanu sodu. W ostrym gościec stawowym środek ten, użyty w ilości 1—2 drachm na dobę, łagodzi przedewszystkiem ból w stawach, następnie usuwa ich obrzęknięcie i zaczerwienienie, przyczem ustępują i objawy gorączkowe. Częstokroć chorzy przychodzą do zdrowia już po dwóch lub trzech dniach, niekiedy po czterech, lub co najwięcej po pięciu dniach choroby.

Równie szybko środek pomieniony leczy ostre napady podagry. Za to w gościec t. z. rzerzączkowym salicylan sodu w większości przypadków okazał się bezskutecznym, podobnież w gościec stawowym podoстрыm i przewlekłym. Co się tyczy tego ostatniego, to jakkolwiek sól salicylowa, zadawana przy zaostrzeniu objawów gościecowych, jakie występuje od czasu do czasu w tem cierpieniu, znakomicie je nieraz łagodzi, jednakże wpływ ten trwa bardzo krótko i objawy chorobowe wracają z dawnym nateżeniem.

Zdaniem większości praktyków, salicylan sodu usuwa objawy ostrego gościeca mięśniowego.

Mało skutecznym się okazuje przy leczeniu nerwobólów, zwanych gościecowemi; podobnież jest bezskutecznym w przypadkach porażań natury gościecowej. Godną uwagi jest bezsilność tego środka w obec powikłań wewnętrznych gościeca stawowego, a mianowicie zapaleń błon serca, otrzewnej, opłucnej, a wreszcie błon mózgowych. Wszystko to stanowią rzeczy dość ogólnie znane i dlatego zasta-

nawiać się nad tem wraz z autorem nie będziemy. Natomiast, ponieważ środek o którym mowa, wszedł w bardzo powszechne użycie, gdyż należy do rzędu najpewniej działających leków, szczegółowiej przeto chcemy rozpatrzyć te poglądy, jakie o jego sposobie działania wyrażają różni badacze.

Wielu spostrzegaczy, uważając salicylan sodu za środek znieczulający, przypisują tej to własności skuteczność jego w ostrym gościecu stawowym. Na poparcie tego przypuszczenia wypowiadają, że najważniejszym objawem, jaki znika pod wpływem leczenia salicylowego, jest ból w stawach; że pozostałe objawy chorobowe, jak: obrzęk, zaczerwienienie i podniesienie ciepłoty w okolicy stawów, dopiero później, razem z gorączką, ustępują. Autor odrzuca to przypuszczenie, jako zgoła nieprawdopodobne, tak w obec doświadczeń, dokonanych przez Bochefontaine'a i Blanchiera, jak również i spostrzeżeń klinicznych, które okazują, że środek ten żadnego zgoła nie objawia działania znieczulającego (dość przytoczyć jako przykład nerwobóle przy *tabes dorsalis*, których salicylan sodu wcale nie łagodzi, że pominiemy już bóle przy gościecu t. z. rzerzączkowym, o których była już mowa, jako o stałe opierających się leczeniu salicylowemu). Według innej teoryi, salicylan sodu leczy ostry gościec, działając na układ nerwowy, a w szczególności na przyrząd naczynio-ruchowy. 1) Jedni ze zwolenników tej teoryi przypisują soli salicylowej działanie zwięzające na rozszerzone przy gościecu światła naczyń, w jakie są zaopatrzone błony stawowe. Tu autor słusznie zwraca uwagę, że dotychczas żadne doświadczenie nie wykryło, aby jakikolwiek lek, lub trucizna, wessany już w krew, mogły działać wyłącznie i wprost na nerwy naczynio-ruchowe tej lub owej okolicy; że według wszelkiego prawdopodobieństwa, salicylan sodu gdyby nawet wywierał działanie na nerwy ruchowe, wynikiem którego byłoby rozszerzenie naczyń, to działanie to powinno się rozciągnąć do wszystkich naczyń w ustroju, a w takim razie przy podawaniu soli salicylowej powinniśmy spostrzegać pomyślny wpływ nie tylko przy gościecu stawowym, ale także przy zapaleniu osierdzia, opłucnej i t. d., czego jednakże nie widzimy. 2) Wychodząc także z tej ogólnej naczynio-ruchowej teoryi, Oltramare, w swej rozprawie inauguracyjnej, objaśnia skutki leczenia salicylowego drogą działania tej soli na cały ogół nerwów naczynio-ruchowych w ten mianowicie sposób, iż pod jej wpływem wszystkie naczynia włosowate ulegają rozszerzeniu, przez co działałaby na przekrwienie w stawach w sposób odciągający. Na poparcie tej hipotezy Oltramare przytacza tę okoliczność, iż zawsze na zwłokach zwierząt, którym podawano wielkie dawki salicylanu sodu, znajdował przekrwienie trzewiów brzusznych. V., odrzucając powyższe przypuszczenie, powiada, że nigdy w podobnych razach nie spostrzegal przekrwienia podskórnego, a co się tyczy przekrwienia trzewiów wewnętrznych, to nie zgoła nie dowodzi, by to było wynikiem działania tej soli na ośrodki naczynio-ruchowe, a nie objawem czysto odruchowym.

Niektórzy przypuszczają, że salicylan sodu skuteczność swoją zawdzięcza działaniu przeciwgorączkowemu. Autor zaprzecza temu na zasadzie: 1) że już G. Séé, opierając się na swoich poszukiwaniach termometrycznych, wykrył, że środek ten nie może być uważanym za przeciwgorączkowy, i 2) że pod wpływem tej soli, w gościecu podawanej, spostrzegamy przede wszystkim nie zniżenie ciepłoty, lecz złagodzenie objawów miejscowych, gorączka zaś potem, choć złagodzona także, nieraz przeciąga się do 12 lub nawet 24 godzin.

Są badacze odnoszący działanie soli salicylowej do jej własności moczopędnych. Jakkolwiek przecież posiadamy spostrzeżenia, wykazujące, że ilość moczu i zawartego w nim mocznika od salicylanu sodu się powiększa, to jeszcze to nie daje się w żaden sposób połączyć związkiem przyczynowym z przeciwgościecowym działaniem soli, o której mowa. Prędzej jeszcze odnalezionym by mógł być ten stosunek w przypadkach podagry, napady której szybko łagodnieją pod wpływem salicylanu sodu. Lecz i tu, choć nerki wydzielają potrójną ilość kwasu moczowego,

wego, sól salicylowa przedewszystkiem usuwa nie obrzmienie, zależne od zlogów tego kwasu, ale ból, obrzęk zaś w okolicach stawów, nawet w przypadkach, w których się leczenia nie przerywa, trwa jeszcze przez pewien czas, zupełnie tak samo, jak w gościecu stawowym ostrym.

Wreszcie Binz utrzymuje, że skuteczność leczniczą salicylanu sodu w ostrym gościecu stawowym należy przypisywać działaniu, jakie ta sól wywiera na fermenty i żywą protoplazmę. Co się tyczy wpływu na fermenty, to należałoby przedewszystkiem dowieść, że ostry gościec stawowy jest chorobą zakaźną; ponieważ jednakże tego nie dowiedziono, przypuszczenie przeto niema podstawy. Gdyby zaś wyniki, osiągnane przy podawaniu soli o której mowa, zależały od jej działania na żywą protoplazmę, a to przez łagodzenie w niej podrażnienia, to zgoła nie możnaby ową teorią objaśnić bezskuteczności tego środka w przypadkach zajęcia opłucnej, osierdzia i t. d., chyba że Binz, rozróżniając owe pierwiastki anatomiczne, przyjmuje, że tylko na pewne z nich sól wywiera swoje działanie, a w takim razie zgadza się w zupełności teorią z niżej podaną przez autora.

Teoryja ta, dostatecznie odpowiadająca, według autora, obrazowi klinicznemu, spostrzeganemu przy leczeniu salicylanem sodu, w streszczeniu przedstawia się jak następuje: Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, sól salicylowa działa w pewien szczególny sposób na pierwiastki anatomiczne tkanek stawowych, a mianowicie te pierwiastki, które przeważnie ulegają zmianom pod wpływem ostrego gościa i których podrażnienie zapalne odgrywa główną w tej chorobie rolę. Łącząc się z temi pierwiastkami w związki mniej lub więcej trwałe, salicylan sodu modyfikuje w ten sposób substancyję organizowaną tych pierwiastków, że zapobiega podrażnieniu, właściwemu ostremu gościecowi stawowemu, a w tych razach, w jakich ono już nastąpiło, nie tylko powstrzymuje powiększenie się tego podrażnienia, lecz je w zupełności i szybko usuwa.

Hypotezę tę można wygodnie zastosować i do tych przypadków gościa miejscowego ostrego, które szybko leczy sól o której mówimy; trzeba tylko zamiast elementów tkankowych stawów podstawić elementy mięśniowe lub obwodowe zakończenia nerwów w mięśniach. Podobnież hipotezę powyższą można objaśnić pomysłny wpływ soli salicylowej w niektórych przypadkach nerwobólów, mianowicie wywołanych przez podrażnienie natury gościecowej osłon ośrodków nerwowych.

Nieskuteczność salicylanu sodu w ostrych cierpieniach natury gościecowej wsierdzia, osierdzia, opłucnej i t. d., zależy prawdopodobnie od różnic anatomicznych pomiędzy temi błonami z jednej, a błonami stawowymi z drugiej strony. Bezwątpienia salicylan sodu dostaje się i do pierwiastków błon sercowych lub opłucnej, podobnie jak i do elementów anatomicznych błon stawowych, lecz zmiany, jakie wywołuje w pierwszych, nie zapobiegają cierpieniom zapalnym pochodzenia gościecowego, lub nie usuwają ich w razach, gdy takowe się już rozwinęły.

Z łatwością też za pomocą podanej hipotezy można objaśnić pomysłny częstokroć wpływ podawania salicylanu w ostrych napadach podagrycznych. Mimo całej różnicy przyrody cierpienia, przypuścić można, iż podrażnienie elementów błon stawowych jest prawie toż samo w ostrych napadach tak jednej, jak i drugiej z tych form chorobowych.

Co się tyczy zaostżeń gościa stawowego przewlekłego i bezskuteczności, albo raczej małej skuteczności podawania w nich salicylanu sodu (coby przemawiało na pozór przeciw teorii wyżej podanej), to przedewszystkiem wypada przypomnieć, że ostre pogorszenia dotyczą stawów już przez sprawę gościecową zajętych, a ztąd wypada domniemywać się, iż pierwiastki anatomiczne, dotknięte owym ponowionem podrażnieniem, są już mniej lub więcej zmodyfikowane; widoczną przeto jest rzeczą, że warunki są tu zupełnie inne, aniżeli w ostrym gościecu stawowym. Zresztą rzadko się zdarza, by środek ten nie łagodził bólów stawowych i nie

poprawiał stanu miejscowego stawów, przez sprawę gośćcową zajętych, jakkolwiek ulga zazwyczaj bywa nieznaczna i chwilową tylko.

Nareszcie w goścu t. z. rzerzączkowym, bezskuteczność podawania salicylowej soli autor objaśnia odmiennym siedliskiem choroby, a mianowicie zajęciem w tej postaci chorobowej pochwę ścięgnistych, które, pod względem zachowania się na działanie salicylanu sodu, okazują się odporniejszemi od właściwych błon śluzowych.

St. Kw.

72 D. Wywodcew. Balsamowanie i sposoby zachowywania preparatów anatomicznych z trupów. Autor w obszernej swej pracy, opatrzonej rysunkami, wydanej w Petersburgu na początku roku bieżącego, poleca do balsamowania trupów *tymol*. Najlepsza mieszanina, którą używał, była następująca: Tymolu 5,0; Alkoholu 45,0; Gliceryny 2160,0; wody destylowanej 1030,0. Dla trupów bardzo wychudzonych, lub też gdy organa do nastrzykiwania są delikatne, radzi autor użyć gliceryny i wody aż 1620,0. Dla nabalsamowania trupa ilość płynu musi wynosić połowę ciężaru ciała. Nastrzykiwanie najlepiej dokonywać do obydwóch tętnic szyjowych i udowych, za pomocą przyrządu podanego przez autora, opatrzonego manometrem. Jednocześnie otwiera się jedną lub kilka żył. Do tchawicy wprowadza się korek, aby szczelnie zamknąć takową.

Nastrzykiwanie preparatów anatomicznych, odbywa się w ten sam sposób, dobrze jest jednak włożyć takowe przedtem do gorącej wody i jeżeli jest przepiłowana kość, zatkać korkiem kanał szpikowy. Jeżeli preparaty są delikatne i niemożna dokonać nastrzykiwania, moczy się je w płynie powyżej podanym, i zachowuje następnie na powietrzu. Autor, zalecając swój sposób, dodaje, że przy użyciu takowego otrzymywał zawsze świetne wyniki.

Centralblatt für Chirurgie Nr. 10. 1881.

E. Modrzejewski

73. Prof. Errico de Renzi. O rżeniu trzeszczącem u zdrowych ludzi. Prof. Renzi od lat paru zwraca na to uwagę swych słuchaczy, że nawet u ludzi zupełnie zdrowych, lub też u chorych, niemających najmniejszych zmian w płucach, słyszeć się dają rżenia trzeszczące. Razu np., pewnego zgłosił się doń człowiek jakiś, atletycznej budowy ciała, i upraszał o wydanie świadectwa koniecznego przy ubezpieczeniu życia. Podczas badania słyhać było trzeszczenie w dole nadobojczykowym, na skutek czego Renzi uważał się zmuszonym odłożyć wydanie swego zdania do czasu powtórnych oględzin, podczas których nie mógł wysledzić najmniejszych zbożeń w ustroju badanego; wydał też dodatnie świadectwo o zdrowiu. Od tego czasu minęło już 2 lata, a człowiek ten cieszy się wciąż najlepszym stanem zdrowia. Tego rodzaju rżenie trzeszczące należy bądź co bądź do zjawisk nadzwyczajnie rzadkich i to słyhać je zaledwie przy pierwszych ruchach wdechowych. Z początku są one prawie tak głośne, jak trzeszczenia właściwe zapaleniu płuc krupowemu, prędko jednakże słabną i nikną wreszcie. Najczęściej wysledzić się dają w dole nadobojczykowym, autor słyszał je także w górnej, średniej i dolnej części przedniej powierzchni klatki piersiowej. Renzi powstawanie ich tłumaczy obecnością pewnego stopnia zapadu (*atelectasis*) tych części płuc, które podczas zwykłego oddechania wykonywają nieznaczne ruchy. W końcu podaje autor następujące cechy, wyróżniające podobnego rodzaju trzeszczenia od trzeszczeń patologicznych: 1) spotykają się one w miejscowościach, w których rzadko spostrzegać się dają rżenia trzeszczące pochodzenia patologicznego (? Ref.), 2) przy głębszych ruchach oddechowych powoli tracą one na swej sile i nikną, wreszcie 3) nigdy nie towarzyszy im kaszel, lub wydzielanie lepkiej, krwawej płwociny.

Virchow's Arch. LXXXIII pag. 559

L. Anders.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 20 Kwietnia. Po odczytaniu przez Majkowskiego sprawozdania o ruchu chorych i wynikach leczenia w Busku w r. 1880, resztę posiedzenia wypełnił Sokółowski, odczytaniem pracy, pomieszczonej w N-rze 19 i dzisiejszym naszego pisma. W dyskusyjy przemawiał Baranowski przeciw miejscowemu lezeniu jam suchotniczych za pomocą zastrzykiwań leków do ich wnętrza, gdyż w jamach powstałych w skutek *peribronchitidis et pneumoniae interstitialis* pożytek z takich zastrzykiwań jest wątpliwy, gdyż jamy takie najczęściej nie wydzielają, niema w nich rozpadu i ustrój znosi je bezkarnie, często całe nawet lata. W jamach zaś powstałych w skutek rozpadu zmienionej tkanki płucnej (*pneumonia catarrhalis*), wstrzykiwania do jam płynów drażniących, gdyż takowe polecają dla wywołania zapalenia zlepnego, zamiast oczekiwanego rezultatu — zablźnienia — wywołują zwiększenie się rozpadu płuca. Sokółowski przypomina, że leczenie miejscowe poleca tylko w takich jamach, w których komunikacyja z oskrzelem została przerwana, w skutego zaciśnięcia takowego nowopowstałą tkanką bliznową, dodaje nadto, iż *par excellence* do leczenia miejscowego nadają się jamy, powstałe w dolnych płatach płuc, powstałych w przebiegu zapalenia krupowego płuc lub po zgorzeli (*gangraena*) płuc. Sokółowski przytacza pomyślny wynik osiągnięty w ostatnich czasach przez Dou-

glasa Powell w Londynie ze stosowania w takich razach leczenia miejscowego. Zdaniem Baranowskiego w przypadkach na ostatku wzmiankowanych lepszym by było leczenie chirurgiczne — *drainage*. Smoleński (z Krakowa), obecny na posiedzeniu jako gość, zaznacza, iż kiedy Mossler w 1874 polecił i wykonał leczenie miejscowe jam suchotniczych, była to chwila pojawienia się nauki Klebs'a o pochodzeniu pasorzytlichem suchot płucnych i miało ono na celu wprowadzanie płynów przeciw pasorzyticznych do wnętrza jam i zniszczenia pasorzytów w siedlisku ich powstania.

Posiedzenie bijologiczne d. 26 Kwietnia. Porządek dzienny oznajmiał pracę D-ra Stankiewicza Henryka: „Kwestyja prostytucyi miasta Warszawy pod względem administracyjnym i lekarskim“. Tymczasem usłyszeliśmy kilka luźnych uwag historyczno-geograficznych, mnóstwo jereimjad nad losem prostytutek, do czego przyczyniać się ma dużo policyja lekarska miejscowa. Winę pod tym względem policyi, S. chciał jeszcze bardziej uwydatnić, przez porównanie jej działalności z działalnością policyj zagranicznych. O kwestyi prostytucyi pod względem lekarskim, mimo obietnicy, nie dowiedzieliśmy się. Z ożywionej dyskusyi jakie powstała po odczytanie S., poznaliśmy, że obraz działalności policyi, skreślony przez S., istniał u nas wprawdzie dawniej, obecnie jednak zalicza się do historii, bo zmienił się znacznie po wprowadzeniu nowej reformy postępowania sądowego.

Posiedzenie kliniczne d. 3 Maja. Po uczeniu pamięci zmarłego członka Towarzystwa D-ra Janikowskiego przez ogólne powstanie i odczytanie prośb kolegów: Kornilowicza i Erdicha o przyjęcie ich do grona członków czynnych, Nowicki, dyrektor zakładu leczniczego w Nałęczowie obznajmił Towarzystwo z historją powstania Nałęczowa, warunkami geologicznymi, urządzeniem źródeł żelazistych i zakładu hydropatycznego i zakończył kilku słowami, broniąc skuteczności kąpiei z wód żelazistych. Przeciw temu ostatniemu wystąpił Dobrski, przytaczając zdanie Braun'a, iż nie ma kąpiei żelazistych, lecz tylko kąpiele gazowe, to jest, że kąpiele żelaziste prócz czynników fizycznych (ciepło, ruch i t. d.) działają jedynie przez swój gaz, a nie przez żelazo; co stosując specjalnie do Nałęczowa, którego wody są ubogie w kwas węglany, miało znaczyć, iż Nałęczów swej przyszłości nie może opierać na kąpielach żelazistych. Przeciw zdaniu Braun'a, wypowiedzianemu przez D., przemawiali: Nowicki, Hoyer, Dunin, wykazując, iż obecne stanowisko balneoterapii nie pozwala jeszcze ostatecznie rozstrzygnąć jak kąpiele żelaziste działają, a że działają to dowodzą tego doświadczenia od dawna przy źródłach robione. Weinberg odczytał wynik zrobionej przez niego analizy chemicznej wody żelazistej Nałęczowskiej, z czego wypada, iż woda ta nie jest tak uboga w CO₂, jak to powszechnie twierdzą, gdyż go zawiera 100 cent. sześciennych w litrze; ilość ta jest dostateczna aby kąpiel mogła być braną bez nastąpienia osadzania się żelaza podczas jej trwania, w końcu W. podniósł ten punkt, że sztuczne nasywanie wody CO₂ nie jest drogiem. Thiem odczytał sprawozdanie z pracy D-ra Weitzenbluta: „O potrzebie narzędzia do wydobywania resztek jaja płodowego pozostałych w macicy, oraz opis łyżeczki łożyskowej własnego pomysłu“, podanej jako kwalifikacyja na członka Towarzystwa. T. rozebrał krytycznie warunki podawane przez autora, jako mogące zniewolić do wydobywania resztek jaja płodowego przypomniął historję powstania łyżeczek, zaczawszy od czasu Récamier (1846), rozebrał 2 przypadki przez autora jako typowe podane i doszedł do wniosku, iż są one niedostateczne aby dowieść założenia autora i że w każdym z nich łyżeczkę można było zastąpić ręką. Konkluduje, iż ponieważ autor okazał się pomyslowym (*sic*), poleca więc go na członka Towarzystwa.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— *Kraków.* Po zmarłym prof. Janikowskim wykład medycyny sądowej w uniwersytecie tutejszym powierzono dotychczasowemu docentowi D-rowi K. Grabowskiemu.

Zmarł tu D-r Erazm Majewski, znany lekarz-praktyk warszawski, który tu osiedlił się przed kilku laty.

— *Berlin.* Po śmierci Waldenburga redakcyję pisma „Berliner klinische Wochenschrift“ objął D-r Ewald, docent tutejszego uniwersytetu.

Na pomnik dla Mickiewicza: D-r Burzyński złożył rs. 3.

Do N-ru dzisiejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Gazety Lekarskiej“: „Sprawozdanie lekarskie z chorych leczonych w Busku w r. 1880“ przez D-ra J. Majkowskiego.

Wydawca Dr. St Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 30 Апрелья 1881 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска Nr. 23.