

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1874 do 1 lipca 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1874 r. rsr. 138 (z przesyłką).

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

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. — Postrzeżenia Dra. Wygrzywalskiego (z Piotrkowa). — Prace naukowe. Pogląd na rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy w ciągu ubiegłych lat siedmnaście (1858—1873). Skreślił Dr. Michał Zieleniewski, Lekarz Rządowy c. k. zakładu w Krynicy (ciąg dalszy). — Kronika zagraniczna. O przyczynach gnileca (*scorbutus*) i zapobieganiu tej choroby. Przez Dra. Krausa. Podał Józef Nowak (z Garwolina). — Korespondencya z Paryża. Dra. Federowicza. Wiadomości bieżące. Lekarze zdrojowi. — Dodatek. Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 42 i 43. — Chemii lekarskiej ark. 9.

Ze Szpitala.

Postrzeżenia Dra. Wygrzywalskiego (z Piotrkowa).

A) Z ł a m a n i a.

Dział ten spostrzeżeń szpitalnych mało może przedstawiać ogólnego zajęcia; wypadnie więc go okraszyć kilkoma obserwacyami wypadków rzadszych i zacząć skreśleniem jednego, który nam dał sposobność wykonania operacyi barbarzyńską nazwą „Dysmorphosteopalinclastia,” oznaczonej, po polsku, po prostu: złamania powtórnego źle zrosniętej kości.

Wiele od dawna odzywało się potępiających głosów przeciw temu, jak nazywano barbarzyńskiemu i niebezpiecznemu rękoczynowi. Myśmy wszystkiego trzy razy mieli sposobność tę operacyę wykonać: dwa razy u młodych z zupełnym powodzeniem; raz u starego, alkoholem przesiąkniętego indywiduum bez szkody ale też bez korzyści, bo skrócenie kończyny pozostało, może nie zupełnie z naszej winy, lecz z winy stanu szczególnego po obcemu *vulnerabilitas* zwanego.

W mającym się opisać wypadku powiedzieliśmy sobie *si finis bonus, laudabile totum*, tém bardziej, że zachodziły niektóre łagodzące okoliczności, a choćby nawet i tych nie było, takie postępowanie zda się w niektórych wypad-

kach więcej usprawiedliwionem, niżeli pewnego włoskiego autora który (1873) swoją metodą wykonywa i do naśladowania zaleca. Polega ona nie mniej nie więcej jak na tem, aby przy znacznem skróceniu jednej kończyny dolnej, drugą resp. zdrową, l. a. złamać i dać się jej z takiem skróceniem zrosnąć, aby ją z poprzednio złamaną zrównać. *Quod licet Jovi.*

Wypadek ten ma jeszcze inną pouczającą stronę, która mogłaby służyć za naukę samozwańcom w chirurgii, a lekarzom sumieunym dać do myślenia, mianowicie pytanie: czy w pewnych razach gdzie rozpoznanie indywidualne lub bezwzględnie jest trudnem czy wątpliwem, a właściwe postępowanie chirurgiczne nie jasno się myśli lekarza przedstawia, nie lepiej jest nie robić, zostawić chorobę (przypuśćmy nawet: złamanie) sobie samcej, niżeli nie-wcześnie i niedorzecznie interweniować?

Angielskie *Peppermint treatment*, *To let alone*, mają nieraz dobre zastosowanie.

In concreto co do złamań: bardzo mi ta myśl utkwiała gdy miałem w r. z. sposobność zwiedzać gabinet porównawczej anatomii profesora H y r t l a w Wiedniu.

H y r t l przedstawił nam znaczną liczbę okazów złamań kości ze skróceniem od 2—4 jeden nawet do sześciu cali wynoszącem. W ostatniem (6 cali mającém) po latach 20 kość udowa miała też samą długość co i kość udowa strony zdrowej. W innych wydłużenie kości, ma się rozumieć kosztem jej zbitości (przez rarefakcyę), do równości ze zdrową nastąpiło w stosunkowo krótszym czasie. Przykłady te były jeszcze więcej uderzającemi na kościach małp, których szkieletów H y r t l około 80 okazów posiada, a twierdzeniem jego mało który jest bez złamanej jakiejś kości, gdyż te zwierzęta już to ze sposobu życia już to w bójkach między sobą lub z swemi nieprzyjaciołmi bardzo często ulegają złamaniom. Znaczniejszych skróceń złamanych kości nie widzieliśmy.

Gdy małpa złamie rękę (opowiada H.), chowa się w najspokojniejszą kryjówkę j prędzejby może z głodu zdechła, gdyby ją koleżanki nie żywiły, niżeliby próbowała na złamanej kończynie postąpić lub ją do dźwigania ciała użyć.

Nie będąc dosłownie Darwinistą, nie chcę tutaj zestawień dalekonośnych a chciałbym żeby można częściej napotykać tak się rozsądnie zachowujących pacjentów jak owi Darwinowscy kuzynkowie, a mam w tej chwili na myśli zamożnego i niby inteligentnego pacjenta, którego jeden raz tylko *in consilio* widziałem, i który złamawszy kość udową poprzecznie i prawie bez skrócenia po dniach dwunastu chodził o kulach z nogą na temblaku (!), później o dwóch laskach i dziwił się, że po trzech miesiącach nie może się bez nich obejść. Moje wymaganie unieruchomienia kończyny i spokojnego leżenia przez kilka naście tygodni znalazł on niedorzecznem, lecz za to u L a n g e n b e c k'a „*ivory pegs*“ z następczą ropnicą objaśniły go *apud inferos* o trafności zachowania się jego przy początkowem leczeniu.

Po tym wstępie wracam do mojego wypadku.

1) Złamanie od siedmiu miesięcy kości udowej ze skróceniem, zgorzel kości stopy, miękkich części przedudzia, powtórne złamanie, tenotomia, używalność kończyny.

S. E. chłopczyk 9cio-tetni przed 7 miesiącami (właściwie 27 tygodniami) uległ złamaniu kości udowej w górnej trzeciej części. Przyzwani dwaj lekarze ¹⁾ uznali za stosowne założyć, właściwie kazać założyć, opatrunek gipsowy, który obejmował dolną część uda poniżej miejsca złamania, staw kolanowy i dwie trzecie górne części przedudzia, zostawiając dalszą część jego i stopę wolnymi. Opaski zostały bardzo silnie obciągniętymi tak, iż chłopiec z bólu bezustannie płakał i krzyczał, lecz rodzice zapewniani byli, że to inaczey być nie może. Gdy czwartego dnia stopa i dolna część przedudzia poprzędnio już sina teraz okazała się prawie zimną i białami pokrytą, opatrunek ów został wreszcie dnia 5go zdjęty i kończyna dalej bez żadnego unieruchomienia, swobodnie sobie samej zostawioną. Następstwa niedługo dały na siebie czekać. Zgorzelą dotknięta była niemal cała skóra grzbietu stopy, na dolnej przedniej części przedudzia powstała znaczna, na tylnej aż ścięgno Achillesa odsłaniająca rana. W dalszym ciągu drobniejsze kości stępu i w części stopowe uległy również zgorzeli i przez otwory w podeszwie powstałe wydobyto kilka martwaków różnej wielkości.

Długość stopy była o $\frac{1}{3}$ krótszą, niżeli zdrowej. Powierzchnia podeszwy nie była płasko wklęsłą, ale zupełnie półkulistą, kość piętowa, działaniem ścięgna Achillesa, dotykała tylnej powierzchni przedudzia, grzbiet stopy przedstawiał podobnie kształt półkulisty, palce ledwie dosięgały dolnej trzeciej części przedudzia zdrowego. W tym mniej więcej stanie chorego, zasiągnięto rady kompetentniejszej.

Orzeczonem było, że nie pozostaje w tym wypadku jak tylko kończynę amputować, i zastąpić ją sztuczną, lecz rodzice się na to nie zgadzali. Jeszcze parę miesięcy później, to jest w 27 tygodni po wypadku dostałem małego pacyenta w moją opiekę.

By się nie powtarzać, powiem, że stan stopy i przedudzia był ten sam jak wyżej wspomniano, z różnicą, że na grzbiecie stopy były szerokie blizny, otwory w podeszwie ropiejące również i skóra w okolicy ścięgna Achillesa, kość piętowa była, jeżeli można, jeszcze więcej ku tyłowi i górze pociągnięta. Stosunek skrócenia stopy i całej kończyny ten sam.

Śledząc kość udową znalazłem, iż jest w górnej połowie złamaną. Górny odłam siedział na dolnym od wewnątrz, dolnego ostrawy koniec przez mięśnie wyczuć się dawał. Skrócenie wynosiło nieco nad trzy cale. Ruchy bierne były w stawie biodrowym i kolanowym bez bólu możliwemi, lecz przy niespokojnem zachowaniu się małego pacyenta i silnem ściąganiu się mięśni, niepodobna było stanowczo orzec, czyli zrośnięcie odłamów było kostnem lub nie. Śledząc jednak wzajemne położenie odłamów kości, wykryłem obok koń-

¹⁾ To wspomnienie ich nie obrazi, obadwaj nie należą dzisiaj do żyjących.

czystości dolnego odłamu, między mięśniami guzełek twarda wy, nieco elastyczny, dający się cokolwiek przesuwać, i nie mający z kością stałego związku. Guziczek ten dozwolił mi stawić dobrą przepowiednię, i zapewnił dobry wypadek przyszłego postępowania. Był on bowiem przypadkowo torebką mazistą (*bursa mucosa accessoria*), a wiadomą jest rzeczą, że te tylko tam *a priori* istnieją, gdzie ma być tarcie się kości o części miękkie i *a posteriori* powstają w nieprawidłowym miejscu, gdzie się kość trze o sąsiednie tkanki. Ztąd wnosilem że w moim wypadku zrośnięcie odłamów nie jest kostnem, chociaż poruszalności (bez chloroformu) żadnej nie wykryłem.

Postępowanie dalsze było następującem:

Miałem najpierw na myśli, że powtórne złamanie zrośnięcia kostnego, a choćby i ścięgnistego (*callus provisori*) może obrazić naczynia krwionośne większe, lub nerwy, a co najmniej w miękkich częściach sprawić znaczne spustoszenia; poddałem pacyenta zupełnemu działaniu chloroformu, i wiedząc że wyciąganiem w osi ciała ważniejszych obrażeń uniknę, użyłem bloków z punktem przyczepienia do kolana, lecz ich działanie tak silne, że się obawiać należało wyrwania ze stawu biodrowego (siły w cyfrach nieoznaczam bo nie posiadam dynamometru) nie zrywało zrośnięcia, nawet (przy trwającym wyciągnięciu) ucisku dłońmi z góry na dół, który zdał się najracjonalniejszym, ani od zewnątrz ku wewnątrz, dopiero przy nawet bardzo lekkim nacisku od wewnątrz ku zewnątrz, zrośnięcie z trzaskiem zostało zerwanem i prawidłowa długość uda przywróconą.

Opatrunek nieporuszalny, gipsowy, od biodra do końca palców sięgający utrzymał prawidłowe położenie. Opatrunek ten nie był dosłownie do końca palców, bo podeszwa i pięta były zaraz odsuniętymi, gdyż mieliśmy z tyłu, nad piętą ranę (raczej owrzodzenie) a w podeszwie kilka otworów, z którychśmy dwa martwaki kości stopy (od podstawy) i jeden z którejsz kości klinowatych wydobyli.

Podeszwę mającą wygląd półkulisty, w ciągu unieruchomienia staraliśmy się w płaszczyznę zamienić uciskając ją przystosowaną ku temu deszczułka, co się też po dziewięciu tygodniach powiodło, w których i gipsowy opatrunek został odrzuconym; pozostało jeszcze zmienić zadarcie pięty ku tyłowi (*pes equinus*). Wykonaliśmy na ten cel achilleotomię, która w tkankach bliźnawych zrobiona nie dała od razu żadanego wyprostowania, tem mniej że drobne kości stępu (raczej ich szczątki) złane jakby w jedną łukowato ukształtowaną masę, znaczny przeciw temu stawiały opór. Stopniowem prostowaniem i powtórna tenotomię (raczej przecięciem twardej tkaniny około ścięgna Achillesa) doprowadziliśmy kończynę do tego, że pięta tylko coś nad sześć linii (pół cala) ziemi nie dosięgała, i pacjent po niespełna czterech miesiącach o wyższym obcasie na swojej na amputację skazanej kończynie zdrów do domu powrócił.

2. Dwa samoistne złamania kości (*fracturae spontaneae*). Tą nazwą oznaczane są wypadki w których bez działania nadmiernej, a nawet nie odpowiedniej siły kość będąca w pewnych chorobnych warunkach, ulega złamaniu.

Usposabiają do tego nowotwory złośliwe kości, zgorzel, zanik wiekowy i t. p. lecz prócz tego zdarzają się one także z nieznanых powodów, a nawet przy małej stosunkowo wywartej sile i w zdrowych kościach przez działanie mięśni np. przy rzuceniu kamienia, obróceniu się w łóżku i t. p. ¹⁾.

Nasze dwa wypadki odnoszą się do tej drugiej kategorii.

Jednym był silnie zbudowany mężczyzna 22 lat mający. Idąc po lodzie poślizgnął się prawą nogą, chcąc się od upadnięcia uchronić, powstrzymał się lewą tak silnie, że poczuł w kolanie chrupnięcie, i gwałtowny ból zmusił go usiąść na lodzie aby się już o swojej mocy nie podnieść. Widzieliśmy go dopiero w sześć miesięcy później. Kość czepkowa lewej kończyny była poprzecznie pęknięta, odłamy jej były od siebie na cał blisko oddalone, kończyna cała wyglądała nieco ku tyłowi wygięta (*in hyperextensione*) chód był niepełnym. Lecz nie dla tej przyczyny i niedogodność, którą pacjent uważał za nieuleczalną, zasięgał naszej rady, lecz z powodu opuchnięcia stawu kolanowego drugiej strony, które w skutek większego jednostronnego utrudzenia kończyny zdrowej powstało.

Drugi tutaj należący wypadek mieliśmy sposobność obserwować u J. E. dziesięcioletniego wątro zbudowanego chłopczyka, u którego jak się później okazało, formacja kości była wadliwą, choć wówczas oznak krzywicy, zółtów i t. p. wykryć nie było można. Jadąc z matką swoją powozem drugiej klasy stał sobie na ławce i wyglądał oknem trzymając się wiszącej tam taśmy. Gdy pociąg dochodząc na stację z dość szybkiego ruchu nagle się zatrzymał, chłopiec ruchem wstecznym pchnięty, zachwiał się, raczej drgnął tylko, nie puszczając z ręki taśmy, i krzyknął, że go coś gwałtownie w udzie zabolalo nie mogąc się o własnej sile z miejsca poruszyć. Gdyśmy go widzieli znaleźliśmy kość udową lewą w połowie złamaną. Zrośnięcie dostateczne nastąpiło w zwykłym czasie, lecz słyszeliśmy, że w pół roku później złamał on znów kość udową prawą, przy małej przyczynie bo skacząc bez upadnięcia, rokiem później uległ temuż samemu wypadkowi, łamiąc powtórnie kość udową lewą.

W ogóle rodzaj złamań w ciągu lat dwóch mieliśmy jak następuje.

a) Jedno złamanie dwóch kręgów szyjnych przez przewrócony obładowany wóz. Zagłębienie 5 i 6 kręgu szyjnego, porażenie kończyn górnych i dolnych, naprężenie członka męzkiego; wstrzymanie moczu, oddech 16, tętno 58, ciepłota 36. Dwóch następnych dni stan ten sam, tętno 108, oddech 18, ciepłota jak pierwiej, przyapizm. Od 3go do 6go dnia t. j. dnia śmierci ciepłota 35½, tętno 48. Przy pośmiertnym badaniu okazały się łuki piątego i szóstego kręgu szyjnego w mlecze pacierzowy wtłoczonemi, sam mlecze w miejscu tym w miazgę brunatną zamienionym, wylew krwi sięgał od 7go kręgu

¹⁾ E. Sutherland opowiada o sławnym tenorzycie Rubinim, iż tenże śpiewając w La Scala przy wysileniu jakiego użył by wydobyć wysokie B z piersi, złamał kość obojczykową.

aż do kręgu obrotowego. Na przedniej powierzchni kręgosłupa od 2go do 6go kręgu pod okostną, znaczny wylew krwisty nerw błędny otaczający.

b) Jedno złamanie trzeciego kręgu lędźwiowego przez przygniecenie ściętym padającym drzewem. Śmierć w dni dwanaście. Po śmierci znaleziono łuk 3go kręgu złamany bez wtłoczenia, wylew krwisty w błony mleczu i zewnątrz na długości czterech kręgów.

c) Jedno złamanie kości obojczykowej.

d) Dwa złamania żeber z rozedmą.

e) Jedno złamanie kości mostkowej na połączeniu trzonu z rękojęścią, przez spadnięcie z drzewa.

f) Dwa złamania obydwóch kości przedkarku.

g) Jedno złamanie samej kości łokciowej.

h) Siedm złamań kości barkowej, między temi jedno z wywichnieniem.

i) Jedno pęknięcie kości miednicy w przedniej części przez uderzenie upadającego drzewa.

k) Dziesięć złamań prostych przedudzia, jedno z powikłaniem.

l) Jedno złamanie kości przedudzia pod samemi kłykciami.

m) Pięć złamań kości udowej.

n) Dwa złamania kości udowej.

3) Z w i e h n i e ń barku nastawiono siedm, z tych dwa po 8iu jedno po 7iu jedno po 6ciu tygodniach.

W stawie łokciowym (świeże) jedno.

W stawie biodrowym jedno.

Chociaż nie nowość, ani nie szczególnego, ale może nie od rzeczy będzie wspomnieć nieco o opatrunkach jakicześmy w naszych wypadkach używali. Głównym materiałem był gips. Robiliśmy próby z płynnym szkłem z wielu stron do opatrunków zachwalanem, lecz nie odpowiedziało oczekiwaniom. Wyszła ono dopiero po 28 do 48 godzinach, niższem więc pod tym względem jest od gipsu, powtóre lepkość i ciągliwość jego robi go przy manipulacjach nieprzyjemnym.

Gipsowe opatrunki zakładaliśmy w znany sposób, najpierw powiązkę flanelową, następnie paski grubego muślinu (*ptyfeniu*) nasypane gipsem i zwilżone a na to warstwę gipsu rozrobionego. W potrzebie silniejszego opatrunku jeszcze jeden lub dwa pokłady ptyfeniu i na wierzch warstwę gipsu drugą. Opatrunek taki choćby najdokładniej założony, okazuje się już po dniach kilku za przestronnym, choć był po zniknięciu opuchnięcia założonym. Samo unieruchomienie i ubezwładnienie mięśni robi to, iż one wioteczają i tracą na objętości, tem więciej jeżeli nieco opuchliny pozostało, po paru dniach zmieniać jest z zachodem połączone. Pomijamy go w ten sposób, że wypilowujemy na wewnętrznej i zewnętrznej stronie w podłuż opatrunku pół cała lub więcej szeroki pasek, resztę przecinamy nożyczkami, wierzchnia część zdejmujemy się na kształt wieka i daje zbadać stan kończyny. Wypełniwszy, jeżeli tego potrzeba, wszystkie luki watą przykładamy owe wieko napowrót i przymocowujemy go gipsowemi opaskami.

Drugi sposób poprawienia opatrunku jest jeszcze dogodniejszym. Jeżeli opatrunek staje się luźnym i podejrzujemy że przez to (szczególnie przy mocno skośnych złamaniach) odłamy się mogły po sobie zesunąć przepiłujemy opatrunek już nie w podłuż, ale poprzecznie w miejscu złamania na około, zrobiwszy poprzednio podłużną linię, czyli markę np. atramentem w celu ażeby powstałym połowom opatrunku nie nadać nieprawidłowego odmiennego od poprzedniego kierunku. Następnie ujmujemy górną część opatrunku robiąc za dolną wyciąganie, przez co robi się w miejscu przepiłowania większa lub mniejsza szpara, tę wypełniamy mokremi nagipsowanymi paskami, przez co opatrunek się wydłuża staje się szczelniejszym, a możliwe zesunięcie odłamów zostaje usunięciem.

Trzecia odmiana opatrunku której nieco rzadziej używamy, zależy na tem: że dwa płaty flaneli, tak wielkie, ażeby kończynę otoczyć mogły, na sobie położone zeszywamy podłużnie w środku dwoma rzędami szwów, jeden od drugiego na pół cala odległy. Na tak zeszytej flaneli kładziemy złamaną kończynę, tak że np. łydka przypada na szew podwójny, wierzchni płat zeszywamy w kształcie pończochy środkiem na przodzie odcinając zbyteczną flanelę i wycinamy taką samą figurę z spodniego płatu. Następnie robimy wyciąganie, a zwilżywszy nieco flanelę nakładamy na ową niby pończochę grubą warstwę rozrobionego gipsu i przykrywamy go spodnim płatem flaneli. Opatrunek taki ma tę dogodność, że nie robi na skórze nieprzyjemnych odcisków jakie robi okólna opaska, daje się łatwo dla sprawdzenia stanu kończyny otworzyć, bo przeciąwszy go w przednim szwie flanela między tylnymi dwoma szwami (gipsem nie sklejona) tworzy rodzaj zawiasy. Daje się on przy obluźowaniu i łatwo zacieśnić w ten sposób, że zrobiwszy po obu stronach przecięcia dziurki i przeciągnąwszy w nie tasiemki można go tem rodzajem sznurowadła dowolnie dociągnąć.

Czwartą modyfikacją opatrunku gipsowego przez nas używanego przy złamaniach z powikłaniem jest znany opatrunek przerywany drutami lub sztabkami żelaznymi.

Przy całej użyteczności opatrunku przerywanego mieliśmy w ostatnich czasach sposobność przekonać się, że i on ma swoje niedogodności. Przy złamaniu z powikłaniem środkowej części przedudzia z ogromną raną miękkich części, długość drutów (właściwie odsłoniętego przedudzia) wynosiła 10 — 12 cali.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Pogląd na rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy w ciągu ubiegłych lat siedmnastu (1857—1873 r.).

Skreślił Dr. Michał Zieleniewski. Lekarz Rządowy c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy.

(Ciąg dalszy 1).

1) Patrz Nr. 16 Gaz. Lek.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O przyczynach gnilca (*scorbutus*) i zapobieganiu tej chorobie.

Przez Dra J. Kraus.

Podał Dr J. Nowak (z Garwolina).

Wielu lekarzy obecnie, a szczególnie młodszych, uważa kwestyę gnilca już za skończoną, nie wymagającą żadnych dalszych badań. Do podobnego mniemania uprawili ich najprzód rzadko zdarzające się epidemie tej choroby przy dzisiejszych higienicznych i administracyjnych warunkach, dalej lekkie sporadyczne wypadki, nie wymagające innego środka, nad dobre pożywienie, wreszcie zdania poważnych autorów, jak Niemeyer'a, mówiącego, że już „o zapobiegawczych środkach przeciwgnilcowi lądowemu mowy być nie może“ i Kirchner'a, dowodzącego, że najważniejszym etiologicznym czynnikiem gnilca, jest niedostatek roślinnego pożywienia i że z wprowadzeniem użycia soku cytrynowego, przy końcu zeszłego stulecia na okrętach angielskich, gnilec morski tylko wyjątkowo jeszcze się zdarza. Pierwszy dopiero Duchek w chirurgii Billrotha i Pith'a zachwiał tę pewność, mówiąc, że przedewszystkiem zadaniem nauki jest poznać środki i warunki będące w stanie zapobiedz rozwojowi gnilca lub go ograniczyć, co w ogóle nie jest możliwem, dowodzą tego bowiem pojawiające się niekiedy i dzisiaj epidemie tej choroby na lądzie i morzu; powtóre ta okoliczność, że dokładne zapobieganie nie zawsze da się przeprowadzić (na okrętach, w fortcach i t. d.). Według Duchek'a cudowny skutek soku cytrynowego nie ziścił się na marynarzach angielskich i w Austrii został zupełnie usunięty; radzi on również teorię, uważającą niedostatek świeżej roślinnej żywności za przyczynę gnilca, przyjmować wielce ostrożnie, zdarzają się bowiem wypadki tej choroby i u ludzi, obficie roślinną strawą żywionych.

Ażeby pomiędzy temi wprost przeciwnemi pojęciami zaprowadzić równowagę, nie pozostaje nam nic innego, jak odpowiedzieć na następujące pytania:

- 1) Jak się rozwijał gnilec w ciągu wieków pod względem przestrzeni i natężenia.
- 2) Jaki jest jego stosunek pod temiż względami w obecnym czasie?
- 3) Jaka jest jego etiologia ze względu na oba te pytania?
- 4) Jakie było i co jest zapobieganie (*prophylaxis*) w gnilecu i na czem ono polega?

Przeglądając literaturę starożytną znajdujemy już u Hippokrates'a, Pliniusza, Strabona, Cels'a i innych wzmianki o gnilecu; opisana przez Marc'ellusa „*Obscedo*“ jest również niczem innem jak tylko gnilecem. Następnie dopiero z pism XIII wieku, z czasów wyprawy krzyżowej Ludwika IX Ś-go (1249), który sam tej chorobie uległ, dowiadujemy się, że podczas oblężenia Damaszku w skutek dżdży, niedostatku żywności, morowego powietrza, nagromadzonych trupów i zepsutej wody, gnilec licznych ofiar dostarczył. Odtąd nie mamy znów żadnych wiadomości do 1846 roku, w którym gnilec zapanował w Saksonii, Turynii, a później w Czechach i na Śląsku. W wieku szesnastym literatura tej choroby bardzo się ożywiła; występuje z jej opisem E. Cordus nazywając ją „*Scharbock*“, E. Ehtius, Olaus Magnus, donoszący o rozszerzeniu się jej w Skandynawii, Ronsseus i Wier—w północnej Hollandyi i Frieslandzie, Dodencus i Brucelus—na brzegach morza Wschodniego. W pracach Eugalenu's'a (1588), widzimy już dopatrywanie w rozmaitych chorobach coś „gnilcowego, gnilcowe powikłanie lub przeobrażenie“ a Bontequoi (1689) nazywa gnilec nawet: „*radicem et causam omnium morborum*.“ W siedemnastym wieku pomimo niezliczonej liczby piszących, nic nowego o gnilecu nie powiedziano; dopiero osmnasty wiek dostarczył nam nowych wiadomości w skutek zasadniczych poszukiwań Engalau's'a, Sydenhama's'a, Rouppe'go, Lind'a, Macbride'a, Bachera'ch't'a, Fro'tter'a, Blanc'a, F. Milmana's'a, Black'a, przyszło nawet w rozpoznawaniu gnilca do przesady, zwykłej modnym chorobom, tak, że już ówczesny tłumacz Rouppe'go skarży się na ciemnotę praktyków, w oczach i umyśle których każdy wyrzut na skórze jest gnilcowym. Tylko znakomite prace Fr. Hoffmanna's'a, Boerhaave'go i van Swieten'a zawierają wierne opisy tej choroby i ważne o niej uwagi. Na początku bieżącego wieku niewiele pracowano nad gnilecem; do pism tego czasu należą: v. Schraan'd'a, Késandren'a,

Balmè'a, Köchlin'a, Bouchiera, Doepp'a, K. Sprengel-Kre-
bela Forget'a, Gripon'a i w. innych.

W najnowszym czasie w skutek klinicznych postrzeżeń, badań krwi i moczu cho-
rych na gnilec, zaczęto znów zajmować się tą chorobą i pojawiło się mnóstwo prac,
a mianowicie: W. S. i P. Himmelstirna, Radius'a, Reussa, Cejki,
Fouvet'a, Becquerela, Rodiera, Garrod'a, Aldridge'a, A. Lili-
enfeld'a, Lichtenstädt'a, Schmidt'a, Kierulfa, Simona,
Schleissner'a, Kirk'a, Greenhova, Chrastina. Hirsch'a, Hol-
land'a, Armstrong'a, Duchek'a, Majera, Haspela, Skody, Opitz'a,
v. Schwartz'a, Berengera, Feranda, Bekler'a, Pechoya, Dick-
son'a, Coopera, Friedela, Rose'a, Marotta, Bouchuta, Heno-
ch'a, Bauera, Senftleben'a, Bourdon'a, Taylor'a, Kolaczka
i Delpech'a. Literatura gnileca najnowszych czasów jest jednak znacznie mniejszą
od literatury wieków średnich, a szczególnie w szesnastym i siedemnastym często bra-
no za gnilec choroby, które w rzeczywistości nim nie były, jako to: choroby wysypko-
we, dysenterya, chroniczne zatrucia ołowiem, rtęcią, arsenikiem, sporyszem, wiele
dyskrazji jak syfilis, wyniszczenie zimnicze, starcze, blednicę, podagrę, i że w rozma-
itych cierpieniach błony śluzowej, skóry i przewodu pokarmowego, gnilec odgrywał ta-
ką wówczas rolę, jak np. dzisiaj żółty.

Chcąc przedstawić obraz szerzenia się gnileca, musimy ustanowić pewne
grupy. Podział gnileca na lądowy i morski słusznie potępiają Wunderlich i Du-
chek, my jednak jako powszechnie dzisiaj przyjęty chcemy utrzymać. Obie formy są
wynikiem niesprzyjających socyalnych, higienicznych, państwowych, i klimatycznych sto-
sunków, którym podpadają albo całe narody, albo pewne ich klasy, albo wreszcie po-
jedyncze osoby, nie mogące się usunąć od swych własności lub służebnych zobowiązań.
Stosownie do większego lub mniejszego srożenia się wspomnianych stosunków i ilości
dotkniętych indywidualów rozwijały się większe lub mniejsze en—i epidemie gnileca.

1. Gnilec lądowy. Pod tę grupę podciągamy:

a) Gnilec w oblężonych twierdzach i w czasie wojny o którym już Olaus Ma-
gnus powiedział: „*est enim morbus castrensis, qui vexat inclusos*“. Oprócz wspomnianej już
epidemii tego rodzaju przy oblężeniu Damaszku, znanych jest jeszcze według Kirchn-
ner'a około 40 epidemii, srożących się zarówno pomiędzy wojskami jak i oblężonemi
mieszkańcami; do znaczniejszych należą: w oblężonej twierdzy Breda (1625), pomiędzy
Norymbergę oblegającemi Szwedami (1631), w Augsburgu po zdobyciu go przez Szwed-
dów (1632), w Temesvar (1635), przy oblężeniu Torunia w załodze szwedzkiej (1703),
pośród angielskich wojsk w Kanadzie (1760), w Bremie (1762), pośród wojsk francuz-
kich w Aleksandryi (1801), Modenie (1806 i 1807), Prussach i Dalmacyi, dalej po-
między angielskimi wojskami w Caplande podczas wojny indyjskiej (1848—49). We-
dług Kirchner'a gnilec był główną chorobą w czasie wojny krymskiej (1854—55),
zmieniającą i pogorszającą wszystkie choroby; podczas wojny północno-amerykańskiej
(1863), gnilec prawie stale panował to w jednej to w drugiej armii. W 1870 i 1871
podczas wojny niemiecko-francuzkiej w zakładzie „La Santé“ w Paryżu.

b) Gnilec jako epidemia na znacznej przestrzeni rozszerzona. Według Hirsch'a
zaznaczono 41 tego rodzaju epidemii; w roku 1446 w Saksonii, Turynii, Czechach
i na Szlązku; w szesnastym wieku na północnych wybrzeżach niemieckich, w Niderlan-
dach i Skandynawii; północnej Hollandyi, Frieslandzie i na brzegach morza wschodniego;
w Londynie od 1861—76. Obserwowano także podobną epidemię w Indyach, Kalifornii,
w południowej części Texas, południowej Rosyi, w Krymie, w Australii, w Capland, zda-
rza się dzisiaj jeszcze endemicznie w północnej Rosyi, Finlandyi i Islandyi. W 1836
i 37 pojawił się gnilec epidemicznie jako tak zwana zaraza głodowa w Islandyi i Finlan-
dyi, wyłącznie tylko pomiędzy Kwanami i Normannami; epidemicznie dalej wystąpił on
w Kopenhadze (1846 i 1847).

(Dalszy ciąg nastąpi).

KORRESPONDENCYA.

Paryż 15 Maja 1874 roku.

Fermenta, zarodki zarazków, któremi p. Pasteur powietrze zapelniał, które jak błędne duchy tułają się po świecie, szukając pomyslnego gruntu gdzieby spokojnie zasiać i rozwijać się mogły, tworząc raz grzyby, to wymoczki lub zarodki straszliwych chorób, znowu zaczynają wychodzić na scenę lecz tą razą nie o *generatio spontanea* tu chodzi.

P. Alf. Guérin wprowadził fermenta do chirurgii i im przypisuje owe najzłośliwsze komplikacye ran jak: ropnie przenośne (*abscessus metastaticus*), zapalenia żył, wessania ropy, gorączki ropniaste i t. p. a co wszystko razem wzięte on tyfusem chirurgicznym nazywa. Jaka jest przyczyna tego tyfusu który naturalnie jak wszystkie tyfusy zaraźliwym być musi? Nie embolie i trombozy Virchow'a, zatkania mechaniczne naczyń przez skrzepy krwi lub oderwane ich kawałki, nie zapalenia żył, któremi szkoła francuzka tak długo nas raczyła, nie wessanie ropy lub przenikanie jej przez otwarte w ranie żyły, nie wydzielana przez rany sepsyna, którą niedawno Niemcy wynaleźli a której działanie ma być trującym—ale po prostu fermenta, któremi p. Pasteur powietrze napelniał.

P. Alf. Guérin teorię swoją opiera na prostej indukcyi, na podobieństwie jakie zachodzi między pierwszym napadem zimnicy (*febris intermittens*) a rozwijającym się tyfusem chirurgicznym; jak w jednym tak w drugim razie gwałtowne dreszcze połączone ze szczękaniem zębów, gęsią skórą i t. d. są pierwszym objawem choroby, cały symptomatologiczny obraz w obu wypadkach tak jest podobnym że trudno, nie podobno prawie wyrzec w pierwszej chwili, z jaką chorobą ma się do czynienia. Otóż wiadomo, że zimnice powstają w skutek wydzielających się miazmatów, powstałych z guicia istot organicznych dla czegożby więc tyfus chirurgiczny z podobnych miazmatów powstać nie mógł. Jedną przyczyną, jeden skutek, różnica w tem jest tylko, że miazmata, które zimnice powodują, wywiązują się z bagnisk a miazmata sprowadzające tyfus chirurgiczny sam organizm ludzki wydziela.

Tak wyrozumowawszy powstawanie tyfusu chirurgicznego, nic łatwiejszego jak do leczenia jego przystąpić a lepiej jeszcze rozwijaniu się jego zupełnie zapobiedz. Należało tylko przyczynę usunąć, stosownie do dawno znanego axiomu: *sublata causa tollitur affectus*, ponieważ zaś przyczyną są miazmata zwierzęce bujające w powietrzu, należało więc sprzeciwić się, żeby powietrze takie nie było w bezpośrednim zetknięciu z raną lub przynajmniej jeżeli to wykonać się nieda, żeby powietrze, zanim do rany się dostanie, przepuszczonem było przez filtr jakiś delikatny, który mógłby, zawieszony w niem, i nawet gołem okiem niedostrzegalne cząsteczki zatrzymać i tak dopiero oczyszczone powietrze do rany prowadzić. Filtrem takim jest wata. p. Pasteur robiąc swoje doświadczenia przekonał się że powietrze przepuszczane przez watę pozostawia w niej wszystkie cząsteczki organiczne i inne jakie w niem były zawieszony, p. Guérin doświadczenia te do chirurgii stosuje. Według niego nie powietrze samo, które zupełnie jest nieszkodliwym wpływa na rozkład ropy, ale zawieszony w niem organiczne fermenta; one to ropę czystą i dobrej natury *pus bonum et laudabile* przekształcają w szkodliwą posokę, one powodują, że rany zdrowe i pięknie ziarunujące pokrywają się zgnilizną szpitalną, one wreszcie sprowadzają zatrucia ropniaste i posocznicę organizmu.

Dwa szczególnie wypadki z praktyki p. Guérin podczas ostatniej wojny (1870—1871) wyjęte, rozumowanie to wyprowadzone a priori potwierdzać się zdają. W obu razach chorzy ulegli wielkiej operacyi; jednemu amputowano udo, drugiemu wycięto część kości ramieniowej, oba zaraz po operacyi obandażowani zostali w sposób jak to niżej podamy nie doznając ani bólów, ani żadnych z tych przypadłości, które tak często po wielkich operacyach objawiać się zwykły i przedstawiając szczególniejszy kontrast z innemi choremi znajdującymi się na sali, a którzy opatrzeni byli w sposób zwyczajny. Stan ten pomyslny trwał przez dni piętnaście i tak obu operowanych zachęcił, że jeden z nich, czując się prawie zupełnie zdrowym, zamierzył powrócić do swojej familii, żeby tam dalej kuracyę prowadzić. Jednak przed wystąpieniem ze szpitala żądał, żeby opatrunek, który od piętnastu dni to jest od chwili samej operacyi wcale nie był zmieniony, odjęto i przyłożono nowy, na co p. Guérin chętnie się zgodził. Drugi operowany widząc, że towarzyszo wi jego zmieniają opatrunek, także prosił o zmianę, czemu również zadosyć uczyniono. Po odjęciu bandażu, rany obu operowanych przedstawiały widok od którego p. Guérin jak

sam zeznaje, i pomocnicy jego, oddawna odwykli. Powierzchnia ran była czysta, pokryta ziarnistością czerwoną, ropa gęsta, dobrej natury i wydzielana w bardzo małej ilości, słowem rany szybko postępowały do zupełnego zagojenia. Niestety stan podobny nie trwał długo. Zaraz nazajutrz jeden z operowanych doznał silnych dreszczy połączonych ze szczykaniem zębów, gęsią skórą i t. p. u drugiego podobne przypadłości objawiły się we dwa dni później i oba w końcu umarli w skutek ropnistego zatrucia.

Czemu przypisać to nie pomyślnie zejście kiedy ani stan rany, ani ogólne zdrowie operowanych nie podobnego przypuszczać nie pozwalały? Zapewne fermenta błękały się po sali, przepełnionej choremi, szukając odpowiedniego gruntu, gdzieby zasiąść i rozwinąć się mogły, szukając dobrej ropy, którąby rozłożyły. Póki rany okryte były nie przepuszczalną przepaską, która je zabezpieczała od szkodliwego działania fermentów, filtrując tylko czyste powietrze, utrzymując stałą temperaturę około rany i wykonywając jednostajne ciśnienie na otaczające ją części wszystko szło dobrze: i rana ziarnowata, szybko zmniejszając swoją powierzchnię i ropa w małej tylko wydzielala się ilości i bóle pooperacyjne ustaly i stan ogólny chorych nie zostawiał do życzenia, jak tylko przepaskę odjęto, złośliwe fermenta rzuciły się z chciwością na przedstawioną im pastwę, jedna chwila wystarczyła aby wszystko zmienić do niepoznania i już nałożenie nowej podobnej przepaski nie pomódz nie mogło.

Wypadek ten podług p. Guérin jest przekonywającym, wszelkie tłómaczenie byłoby zbyt czynnem, przed nim więc kornie należy uchylić czoła i poddać się oczywistości.

Opatrunek, który takie cuda wykonać potrafi, który tyfus chirurgiczny na zawsze usuwa bardzo jest prosty: na ranę, jakakolwiek by ona była, przykładają się bezpośrednio grubą warstwę waty, żeby zaś powietrze nie mogło przechodzić między brzegami rany, a położoną na niej watą, ta ostatnia znacznie brzegi przewyższać powinna i jeżeli rana jest na kończynie, całą, kończynę otaczać. Gruba warstwa waty tak nałożona podtrzymuje się bandą, która całą kończynę od palców otacza i opatrunek pozostawia bez żadnej zmiany od 25 do 30 dni.

Opatrunek za pomocą waty jest znanym oddawna, już Burggrave, professor chirurgii w Gand od roku 1850 używał go do leczenia złamań i zapaleń stawów, za nim poszli inni chirurgowie: Jungken w Berlinie zastosowywał watę do leczenia ran, Nela-ton wielkie pochwały oddaje opatrunkom za pomocą waty szczególnie przy złamaniach kości, my sami używamy waty do osuszania wezykatoryi przykładając ją bezpośrednio na miejsce, na którym wezykatorya postawiona została i pozostawiając tak, póki sama nie odpadnie, co po dwóch lub najwyżej trzech dniach ma miejsce. Opatrunek watowy przedstawia pewne korzyści, których inne bandaż nie mają. Najprzód wata sama nadzwyczaj jest elastyczną, wykonywa więc ciągle i jednostajne ciśnienie na miejsce na które przyłożoną została, zwłaszcza jeżeli przywiąże się ją bandą lekko powleczonej dekstryną, jak to robił Burggrave.

Wszędzie więc gdzie napotykać się dają rozmaitego rodzaju opuchnienia i nabrzmiałości, słowem, gdzie stałe ciśnienie jest pożytecznem, tam bandaż watowy jest najzupełniej wskazanym, stałe ciśnienie, jakie wata wywiera, sprzeciwia się zbyt czynnemu napływowi krwi do zapalonych lub zranionych części; utrzymuje brzegi rany w ciągłym z sobą zetknięciu, nie pozwala, żeby one rozsuwały się przy ruchach, jakie chory wykonywa i to tłómaczy dla czego rany pod opaską watową dosyć prędko się goją. Dalej wata jako zły przewodnik ciepła, utrzymuje stałą temperaturę około zranionej części, uspokaja znacznie ból jak to okazało się na operowanych Jungken'a i Guérin'a, ten ostatni dodaje, że operowani jego, zaraz po nałożeniu opatrunku watowego, mogli być przenieszeni z wielką łatwością z miejsca na miejsce, poruszać nawet operowane członki nie doznając żadnego bólu. Wreszcie wata zmniejsza wydzielanie się ropy. Okoliczność ta szczególnie jest ważną. Długie i obfite ropienia, jak to przy wielkich ranach ma miejsce, znacznie osłabiają siły chorego, sprowadzają go do tego stanu wycieńczenia, z którego już później podnieść mu się trudno, zmuszają do częstej przemiany bandażów, co, gdy wielu rannych ma się do opatrywania, nadzwyczaj jest trudnem, wszystkiemu za pomocą waty zapobiedz można.

Korzyści więc opatrunków watowych i tak już są wielkie, jeżeli teraz jest prawda, jak to mieć chce p. Guérin, że wata filtrując powietrze, zatrzymuje w sobie szkodliwe fermenty i miazmy, że sprzeciwia się rozkładowi ropy i zapobiega zatruciom ropnistym i posoczniczym, niezaprzeczenie opatrunek taki wielką ma przyszłość przed sobą, bo znosi jedyny szkopał, o który rozbijały się dotąd usiłowania najbieglejszych chirurgów. Czy je-

dnak jest tak w istocie, o tem wątpić przynajmniej można. Czy dowód na kilku wypadkach oparty, już tak niezbitą ma wartość? *Post hoc ergo propter hoc* nie zawsze jest prawdą nawet w medycynie. Że rany czysto i dobrze ziarnujące, zaraz po odjęciu opatrunku zmieniły się do niepoznania, że ropa ich dobrej natury rozłożona została i chorzy umarli w skutek ropniastego zatrucia, nie idzie jeszcze zatem, żeby wypadek ten odjęcie opatrunku spowodować miało. Być może, że oddziaływały tam inne przyczyny, których najbieglejszym badaczom dopatrzeć niekiedy trudno.

P. G u e r i n rozumowanie swoje opiera na prostym podobieństwie, ponieważ pierwsze stadyum zimnicy w taki sam rozpoczyna się sposób, jak zakażenie krwi ropą, to jeszcze nie dowodzi, żeby choroby te były do siebie pod względem etiologicznym zbliżone, wszak i przy ukazującym się zwyczajnym zapaleniu płuc, u najzdrowszego nawet człowieka, żyjącego w dobrych warunkach higienicznych, czystym odychającego powietrzem, gwałtowne dreszcze, gęsia skóra, szczykanie zębami najprzód się objawiają, nikomu jednak na myśl nie przyszło przypisywać zapalenie płuc jakiemuś fermentowi, który do organizmu przeniknął, chyba żebyśmy powrócili do dawnej teorii p. R a s p a i l, który we wszystkich chorobach pasożyty tylko widział i na nie kamforę zalecał. Symptomata takie jak dreszcze, szczykanie zębami, gęsia skóra i t. p. wspólne wszystkim rozpoczynającym się gorączkom tak symptomatycznym jak i idiopatycznym, dowodzą, że organizm w jednakowy oddziaływa sposób na wszystkie chorobliwe przyczyny, jak zmysły czucia w jeden oddziaływają sposób na zewnętrzne bodźce; i tak zmysł wzroku, na przykład, drażniony albo przez światło albo przez inny jaki bodziec: elektryczność, uderzenie i t. p. zawsze tylko wrażenie światła odsyła do mózgu.

Kwestya fermentów i zarodków bujających w powietrzu, nie rozstrzygnięta i nie zbadana dotąd, bardzo jest trudną do rozwiązania, partyzanci jej zawsze będą mieli rację, bo przypuszczając, że rany w najgorszych znajdujące się warunkach nie przestaną wydzielać dobrej i gęstej ropy, to partyzanci fermentów utrzymywać będą, że w powietrzu otaczającym ranę fermentów tych zupełnie nie ma, gdy ponieważ rany, choćby najlepiej opatrywane, pokryją się zgnilizną szpitalną lub ropa ich czysta i gęsta przemieni się w cuchnącą i wodnistą; nie prostszego jeszcze, fermenta znajdujące się w powietrzu, przeniknęły do rany i wszystkie dostrzegane zaburzenia spowodowały. A w końcu przypuszczając, że owe nie widoczne i nie uchwycone niczem fermenta tak szkodliwe działanie na nerwy wywierają, że rozkładają ropę dobrej natury i tworzą z niej złośliwą posokę, która organizm cały zatrue jest w stanie, to opatrunek watowy na niewiele się przyda, fermenta zaraz po operacyi i zanim jeszcze opatrunek przyłożony został, do rany dostać się mogą, nie sama zresztą rana stoi dla nich otworem, każda powierzchnia ogolona ze swego naskórka lub zdolna absorbować, wszystkie otwory naturalne stanowią tyleż wrot otwartych, przez które fermenta mogą do organizmu przeniknąć, a raz już dostawszy się do środka nie łatwiejszego dla nich jak znaleźć jakiś zaledwie okiem dostrzegalny woreczek śluzowy, którego mikroskopowa powierzchnia ogolona została ze swego naskórka, przez te drobne powierzchnie ferment dostaje się do krwi żeby dalej swoje spustoszenia prowadzić.

Teorya więc fermentów i patologicznych zarodków nie bardzo jest bogatą w terapeutyczne następstwa, nie doprowadzi ona do żadnych świetnych rezultatów, chyba żeby cały organizm z zewnątrz i wewnątrz watą wyłożyć. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Dr. W. Federowicz.

Wiadomości bieżące.

— Lekarze zdrojowi. W Karlsbadzie Dr. H a s s e w i c z Stanisław mieszka w domu t. z. „*Zum Marktbrunn*“ (obok źródła tegoż imienia) i udziela porady chorym u siebie od godziny 8 do 9 z rana i od 2 do 3 po południu. We Franzensbadzie Dr. P r z e z d z i e c k i Hipolit mieszka w domu t. z. „*Goldener Stern*.“

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia 1874 do 1 lipca 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1874 r. rsr. 138 (z przesyłką).

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

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. — Postrzeżenia Dra. Wygrzywalskiego (z Piotrkowa). — Prace naukowe. Pogląd na rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy w ciągu ubiegłych lat siedmnaście (1858—1873). Skreślił Dr. Michał Zieleniewski, Lekarz Rządowy c. k. zakładu w Krynicy (ciąg dalszy). — Kronika zagraniczna. O przyczynach gnileca (*scorbutus*) i zapobieganiu tej choroby. Przez Dra. Krausa. Podał Józef Nowak (z Garwolina). — Korespondencya z Paryża. Dra. Federowicza. Wiadomości bieżące. Lekarze zdrojowi. — Dodatek. Choroby przyrządów jamy brzusznej ark. 42 i 43. — Chemii lekarskiej ark. 9.

Ze Szpitala.

Postrzeżenia Dra. Wygrzywalskiego (z Piotrkowa).

A) Z ł a m a n i a.

Dział ten spostrzeżeń szpitalnych mało może przedstawiać ogólnego znaczenia; wypadnie więc go okraszyć kilkoma obserwacyami wypadków rzadszych i zacząć skreśleniem jednego, który nam dał sposobność wykonania operacyi barbarzyńską nazwą „Dysmorphosteopalinclastia,” oznaczonej, po polsku, po prostu: złamania powtórnego źle zrosniętej kości.

Wiele od dawna odzywało się potępiających głosów przeciw temu, jak nazywano barbarzyńskiemu i niebezpiecznemu rękoczynowi. Myśmy wszystkiego trzy razy mieli sposobność tę operacyę wykonać: dwa razy u młodych z zupełnym powodzeniem; raz u starego, alkoholem przesiąkniętego indywiduum bez szkody ale też bez korzyści, bo skrócenie kończyny pozostało, może nie zupełnie z naszej winy, lecz z winy stanu szczególnego po obcemu *vulnerabilitas* zwanego.

W mającym się opisać wypadku powiedzieliśmy sobie *si finis bonus, laudabile totum*, tém bardziej, że zachodziły niektóre łagodzące okoliczności, a choćby nawet i tych nie było, takie postępowanie zda się w niektórych wypad-

kach więcej usprawiedliwionem, niżeli pewnego włoskiego autora który (1873) swoją metodą wykonywa i do naśladowania zaleca. Polega ona nie mniej nie więcej jak na tem, aby przy znacznem skróceniu jednej kończyny dolnej, drugą resp. zdrową, l. a. złamać i dać się jej z takiem skróceniem zrosnąć, aby ją z poprzednio złamaną zrównać. *Quod licet Jovi.*

Wypadek ten ma jeszcze inną pouczającą stronę, która mogłaby służyć za naukę samozwańcom w chirurgii, a lekarzom sumieunym dać do myślenia, mianowicie pytanie: czy w pewnych razach gdzie rozpoznanie indywidualne lub bezwzględnie jest trudnem czy wątpliwem, a właściwe postępowanie chirurgiczne nie jasno się myśli lekarza przedstawia, nie lepiej jest nie robić, zostawić chorobę (przypuśćmy nawet: złamanie) sobie samcej, niżeli nie-wcześnie i nedorzecznie interweniować?

Angielskie *Peppermint treatment*, *To let alone*, mają nieraz dobre zastosowanie.

In concreto co do złamań: bardzo mi ta myśl utkwiała gdy miałem w r. z. sposobność zwiedzać gabinet porównawczej anatomii profesora H y r t l a w Wiedniu.

H y r t l przedstawił nam znaczną liczbę okazów złamań kości ze skróceniem od 2—4 jeden nawet do sześciu cali wynoszącem. W ostatniem (6 cali mającym) po latach 20 kość udowa miała też samą długość co i kość udowa strony zdrowej. W innych wydłużenie kości, ma się rozumieć kosztem jej zbitości (przez rarefakcyę), do równości ze zdrową nastąpiło w stosunkowo krótszym czasie. Przykłady te były jeszcze więcej uderzającemi na kościach małych, których szkieletów H y r t l około 80 okazów posiada, a twierdzeniem jego mało który jest bez złamanej jakiejś kości, gdyż te zwierzęta już to ze sposobu życia już to w bójkach między sobą lub z swemi nieprzyjaciołmi bardzo często ulegają złamaniom. Znaczniejszych skróceń złamanych kości nie widzieliśmy.

Gdy mała złamała rękę (opowiada H.), chowa się w najspokojniejszą kryjówkę j przedzejby może z głodu zdechła, gdyby ją koleżanki nie żywiły, ni-żeliby próbowała na złamanej kończynie postąpić lub ją do dźwigania ciała użyć.

Nie będąc dosłownie Darwinistą, nie chcę tutaj zestawień dalekonośnych a chciałbym żeby można częściej napotykać tak się rozsądnie zachowujących pacjentów jak owi Darwinowscy kuzynkowie, a mam w tej chwili na myśli zamożnego i niby inteligentnego pacjenta, którego jeden raz tylko *in consilio* widziałem, i który złamawszy kość udową poprzecznie i prawie bez skrócenia po dniach dwunastu chodził o kulach z nogą na temblaku (!), później o dwóch laskach i dziwił się, że po trzech miesiącach nie może się bez nich obejść. Moje wymaganie unieruchomienia kończyny i spokojnego leżenia przez kilka naście tygodni znalazł on nedorzecznem, lecz za to u L a n g e n b e c k'a „*ivory pegs*“ z następczą ropnicą objaśniły go *apud inferos* o trafności zachowania się jego przy początkowem leczeniu.

Po tym wstępie wracam do mojego wypadku.

1) Złamanie od siedmiu miesięcy kości udowej ze skróceniem, zgorzel kości stopy, miękkich części przedudzia, powtórne złamanie, tenotomia, używalność kończyny.

S. E. chłopczyk 9cio-tetni przed 7 miesiącami (właściwie 27 tygodniami) uległ złamaniu kości udowej w górnej trzeciej części. Przyzwani dwaj lekarze ¹⁾ uznali za stosowne założyć, właściwie kazać założyć, opatrunek gipsowy, który obejmował dolną część uda poniżej miejsca złamania, staw kolanowy i dwie trzecie górne części przedudzia, zostawiając dalszą część jego i stopę wolnymi. Opaski zostały bardzo silnie obciążone tak, iż chłopiec z bólu bezustannie płakał i krzyczał, lecz rodzice zapewniani byli, że to inaczey być nie może. Gdy czwartego dnia stopa i dolna część przedudzia poprzędnio już sina teraz okazała się prawie zimną i białami pokrytą, opatrunek ów został wreszcie dnia 5go zdjęty i kończyna dalej bez żadnego unieruchomienia, swobodnie sobie samej zostawioną. Następstwa niedługo dały na siebie czekać. Zgorzelą dotknięta była niemal cała skóra grzbietu stopy, na dolnej przedniej części przedudzia powstała znaczna, na tylnej aż ścięgno Achillesa odsłaniająca rana. W dalszym ciągu drobniejsze kości stępu i w części stopowe uległy również zgorzeli i przez otwory w podeszwie powstałe wydobyto kilka martwaków różnej wielkości.

Długość stopy była o $\frac{1}{3}$ krótszą, niżeli zdrowej. Powierzchnia podeszwy nie była płasko wklęsłą, ale zupełnie półkulistą, kość piętowa, działaniem ścięgna Achillesa, dotykała tylnej powierzchni przedudzia, grzbiet stopy przedstawiał podobnie kształt półkulisty, palce ledwie dosięgały dolnej trzeciej części przedudzia zdrowego. W tym mniej więcej stanie chorego, zasiągnięto rady kompetentniejszej.

Orzeczonem było, że nie pozostaje w tym wypadku jak tylko kończynę amputować, i zastąpić ją sztuczną, lecz rodzice się na to nie zgadzali. Jeszcze parę miesięcy później, to jest w 27 tygodni po wypadku dostałem małego pacyenta w moją opiekę.

By się nie powtarzać, powiem, że stan stopy i przedudzia był ten sam jak wyżej wspomniano, z różnicą, że na grzbiecie stopy były szerokie blizny, otwory w podeszwie ropiejące również i skóra w okolicy ścięgna Achillesa, kość piętowa była, jeżeli można, jeszcze więcej ku tyłowi i górze pociągnięta. Stosunek skrócenia stopy i całej kończyny ten sam.

Śledząc kość udową znalazłem, iż jest w górnej połowie złamaną. Górny odłam siedział na dolnym od wewnątrz, dolnego ostrawy koniec przez mięśnie wyczuć się dawał. Skrócenie wynosiło nieco nad trzy cale. Ruchy bierne były w stawie biodrowym i kolanowym bez bólu możliwemi, lecz przy niespokojnem zachowaniu się małego pacyenta i silnem ściąganiu się mięśni, niepodobna było stanowczo orzec, czyli zrośnięcie odłamów było kostnem lub nie. Śledząc jednak wzajemne położenie odłamów kości, wykryłem obok koń-

¹⁾ To wspomnienie ich nie obrazi, obadwaj nie należą dzisiaj do żyjących.

czystości dolnego odłamu, między mięśniami guzełek twarda wy, nieco elastyczny, dający się cokolwiek przesuwać, i nie mający z kością stałego związku. Guziczek ten dozwolił mi stawić dobrą przepowiednię, i zapewnił dobry wypadek przyszłego postępowania. Był on bowiem przypadkowo torebką mazistą (*bursa mucosa accessoria*), a wiadomą jest rzeczą, że te tylko tam *a priori* istnieją, gdzie ma być tarcie się kości o części miękkie i *a posteriori* powstają w nieprawidłowym miejscu, gdzie się kość trze o sąsiednie tkanki. Ztąd wnosilem że w moim wypadku zrośnięcie odłamów nie jest kostnem, chociaż poruszalności (bez chloroformu) żadnej nie wykryłem.

Postępowanie dalsze było następującem:

Miałem najpierw na myśli, że powtórne złamanie zrośnięcia kostnego, a choćby i ścięgnistego (*callus provisori*) może obrazić naczynia krwionośne większe, lub nerwy, a co najmniej w miękkich częściach sprawić znaczne spustoszenia; poddałem pacyenta zupełnemu działaniu chloroformu, i wiedząc że wyciąganiem w osi ciała ważniejszych obrażeń uniknę, użyłem bloków z punktem przyczepienia do kolana, lecz ich działanie tak silne, że się obawiać należało wyrwania ze stawu biodrowego (siły w cyfrach nieoznaczam bo nie posiadam dynamometru) nie zrywało zrośnięcia, nawet (przy trwającym wyciągnięciu) ucisku dłońmi z góry na dół, który zdał się najracjonalniejszym, ani od zewnątrz ku wewnątrz, dopiero przy nawet bardzo lekkim nacisku od wewnątrz ku zewnątrz, zrośnięcie z trzaskiem zostało zerwanem i prawidłowa długość uda przywróconą.

Opatrunek nieporuszalny, gipsowy, od biodra do końca palców sięgający utrzymał prawidłowe położenie. Opatrunek ten nie był dosłownie do końca palców, bo podeszwa i pięta były zaraz odsuniętymi, gdyż mieliśmy z tyłu, nad piętą ranę (raczej owrzodzenie) a w podeszwie kilka otworów, z którychśmy dwa martwaki kości stopy (od podstawy) i jeden z którejsz kości klinowatych wydobyli.

Podeszwę mającą wygląd półkulisty, w ciągu unieruchomienia staraliśmy się w płaszczyznę zamienić uciskając ją przystosowaną ku temu deszczułka, co się też po dziewięciu tygodniach powiodło, w których i gipsowy opatrunek został odrzuconym; pozostało jeszcze zmienić zadarcie pięty ku tyłowi (*pes equinus*). Wykonaliśmy na ten cel achilleotomię, która w tkankach bliźnawych zrobiona nie dała od razu żadanego wyprostowania, tem mniej że drobne kości stępu (raczej ich szczątki) złane jakby w jedną łukowato ukształtowaną masę, znaczny przeciw temu stawiały opór. Stopniowem prostowaniem i powtórna tenotomię (raczej przecięciem twardej tkaniny około ścięgna Achillesa) doprowadziliśmy kończynę do tego, że pięta tylko coś nad sześć linii (pół cala) ziemi nie dosięgała, i pacjent po niespełna czterech miesiącach o wyższym obcasie na swojej na amputację skazanej kończynie zdrów do domu powrócił.

2. Dwa samoistne złamania kości (*fracturae spontaneae*). Tą nazwą oznaczane są wypadki w których bez działania nadmiernej, a nawet nie odpowiedniej siły kość będąca w pewnych chorobnych warunkach, ulega złamaniu.

Usposabiają do tego nowotwory złośliwe kości, zgorzel, zanik wiekowy i t. p. lecz prócz tego zdarzają się one także z nieznanых powodów, a nawet przy małej stosunkowo wywartej sile i w zdrowych kościach przez działanie mięśni np. przy rzuceniu kamienia, obróceniu się w łóżku i t. p. ¹⁾.

Nasze dwa wypadki odnoszą się do tej drugiej kategorii.

Jednym był silnie zbudowany mężczyzna 22 lat mający. Idąc po lodzie poślizgnął się prawą nogą, chcąc się od upadnięcia uchronić, powstrzymał się lewą tak silnie, że poczuł w kolanie chrupnięcie, i gwałtowny ból zmusił go usiąść na lodzie aby się już o swojej mocy nie podnieść. Widzieliśmy go dopiero w sześć miesięcy później. Kość czepkowa lewej kończyny była poprzecznie pęknięta, odłamy jej były od siebie na cał blisko oddalone, kończyna cała wyglądała nieco ku tyłowi wygięta (*in hyperextensione*) chód był niepełnym. Lecz nie dla tej przyczyny i niedogodność, którą pacjent uważał za nieuleczalną, zasięgał naszej rady, lecz z powodu opuchnięcia stawu kolanowego drugiej strony, które w skutek większego jednostronnego utrudzenia kończyny zdrowej powstało.

Drugi tutaj należący wypadek mieliśmy sposobność obserwować u J. E. dziesięcioletniego wątro zbudowanego chłopczyka, u którego jak się później okazało, formacja kości była wadliwą, choć wówczas oznak krzywicy, zółtów i t. p. wykryć nie było można. Jadąc z matką swoją powozem drugiej klasy stał sobie na ławce i wyglądał oknem trzymając się wiszącej tam taśmy. Gdy pociąg dochodząc na stację z dość szybkiego ruchu nagle się zatrzymał, chłopiec ruchem wstecznym pchnięty, zachwiał się, raczej drgnął tylko, nie puszczając z ręki taśmy, i krzyknął, że go coś gwałtownie w udzie zabolalo nie mogąc się o własnej sile z miejsca poruszyć. Gdyśmy go widzieli znaleźliśmy kość udową lewą w połowie złamaną. Zrośnięcie dostateczne nastąpiło w zwykłym czasie, lecz słyszeliśmy, że w pół roku później złamał on znów kość udową prawą, przy małej przyczynie bo skacząc bez upadnięcia, rokiem później uległ temuż samemu wypadkowi, łamiąc powtórnie kość udową lewą.

W ogóle rodzaj złamań w ciągu lat dwóch mieliśmy jak następuje.

a) Jedno złamanie dwóch kręgów szyjnych przez przewrócony obładowany wóz. Zagłębienie 5 i 6 kręgu szyjnego, porażenie kończyn górnych i dolnych, naprężenie członka męzkiego; wstrzymanie moczu, oddech 16, tętno 58, ciepłota 36. Dwóch następnych dni stan ten sam, tętno 108, oddech 18, ciepłota jak pierwiej, przyapizm. Od 3go do 6go dnia t. j. dnia śmierci ciepłota 35½, tętno 48. Przy pośmiertnym badaniu okazały się łuki piątego i szóstego kręgu szyjnego w mlecze pacierzowy wtłoczonemi, sam mlecze w miejscu tym w miazgę brunatną zamienionym, wylew krwi sięgał od 7go kręgu

¹⁾ E. Sutherland opowiada o sławnym tenorzyscie Rubinim, iż tenże śpiewając w La Scala przy wysileniu jakiego użył by wydobyć wysokie B z piersi, złamał kość obojczykową.

aż do kręgu obrotowego. Na przedniej powierzchni kręgosłupa od 2go do 6go kręgu pod okostną, znaczny wylew krwisty nerw błędny otaczający.

b) Jedno złamanie trzeciego kręgu lędźwiowego przez przygniecenie ściętym padającym drzewem. Śmierć w dni dwanaście. Po śmierci znaleziono łuk 3go kręgu złamany bez wtłoczenia, wylew krwisty w błony mleczu i zewnątrz na długości czterech kręgów.

c) Jedno złamanie kości obojczykowej.

d) Dwa złamania żeber z rozedmą.

e) Jedno złamanie kości mostkowej na połączeniu trzonu z rękojęścią, przez spadnięcie z drzewa.

f) Dwa złamania obydwóch kości przedkarku.

g) Jedno złamanie samej kości łokciowej.

h) Siedm złamań kości barkowej, między temi jedno z wywichnieniem.

i) Jedno pęknięcie kości miednicy w przedniej części przez uderzenie upadającego drzewa.

k) Dziesięć złamań prostych przedudzia, jedno z powikłaniem.

l) Jedno złamanie kości przedudzia pod samemi kłykciami.

m) Pięć złamań kości udowej.

n) Dwa złamania kości udowej.

3) Z w i e h n i e ń barku nastawiono siedm, z tych dwa po 8iu jedno po 7iu jedno po 6ciu tygodniach.

W stawie łokciowym (świeże) jedno.

W stawie biodrowym jedno.

Chociaż nie nowość, ani nie szczególnego, ale może nie od rzeczy będzie wspomnieć nieco o opatrunkach jakicześmy w naszych wypadkach używali. Głównym materiałem był gips. Robiliśmy próby z płynnym szkłem z wielu stron do opatrunków zachwalanem, lecz nie odpowiedziało oczekiwaniom. Wyszła ono dopiero po 28 do 48 godzinach, niższem więc pod tym względem jest od gipsu, powtóre lepkość i ciągliwość jego robi go przy manipulacjach nieprzyjemnym.

Gipsowe opatrunki zakładaliśmy w znany sposób, najpierw powiązkę flanelową, następnie paski grubego muślinu (*ptyfeniu*) nasypane gipsem i zwilżone a na to warstwę gipsu rozrobionego. W potrzebie silniejszego opatrunku jeszcze jeden lub dwa pokłady ptyfeniu i na wierzch warstwę gipsu drugą. Opatrunek taki choćby najdokładniej założony, okazuje się już po dniach kilku za przestronnym, choć był po zniknięciu opuchnięcia założonym. Samo unieruchomienie i ubezwładnienie mięśni robi to, iż one wiotczeją i tracą na objętości, tém więcęj jeżeli nieco opuchliny pozostało, po paru dniach zmieniać jest z zachodem połączone. Pomijamy go w ten sposób, że wypilowujemy na wewnętrznej i zewnętrznej stronie w podłuż opatrunku pół cała lub więcęj szeroki pasek, resztę przecinamy nożyczkami, wierzchnia część zdejmujemy na kształt wieka i daje zbadać stan kończyny. Wypełniwszy, jeżeli tego potrzeba, wszystkie luki watą przykładamy owe wieko napowrót i przymocowujemy go gipsowemi opaskami.

Drugi sposób poprawienia opatrunku jest jeszcze dogodniejszym. Jeżeli opatrunek staje się luźnym i podejrzujemy że przez to (szczególnie przy mocno skośnych złamaniach) odłamy się mogły po sobie zesunąć przepiłujemy opatrunek już nie w podłuż, ale poprzecznie w miejscu złamania na około, zrobiwszy poprzednio podłużną linię, czyli markę np. atramentem w celu ażeby powstałym połowom opatrunku nie nadać nieprawidłowego odmiennego od poprzedniego kierunku. Następnie ujmujemy górną część opatrunku robiąc za dolną wyciąganie, przez co robi się w miejscu przepiłowania większa lub mniejsza szpara, tę wypełniamy mokremi nagipsowanymi paskami, przez co opatrunek się wydłuża staje się szczelniejszym, a możliwe zesunięcie odłamów zostaje usunięciem.

Trzecia odmiana opatrunku której nieco rzadziej używamy, zależy na tem: że dwa płaty flaneli, tak wielkie, ażeby kończynę otoczyć mogły, na sobie położone zeszywamy podłużnie w środku dwoma rzędami szwów, jeden od drugiego na pół cala odległy. Na tak zeszytej flaneli kładziemy złamaną kończynę, tak że np. łydka przypada na szew podwójny, wierzchni płat zeszywamy w kształcie pończochy środkiem na przodzie odcinając zbyteczną flanelę i wycinamy taką samą figurę z spodniego płatu. Następnie robimy wyciąganie, a zwilżywszy nieco flanelę nakładamy na ową niby pończochę grubą warstwę rozrobionego gipsu i przykrywamy go spodnim płatem flaneli. Opatrunek taki ma tę dogodność, że nie robi na skórze nieprzyjemnych odcisków jakie robi okólna opaska, daje się łatwo dla sprawdzenia stanu kończyny otworzyć, bo przeciąwszy go w przednim szwie flanela między tylnymi dwoma szwami (gipsem nie sklejona) tworzy rodzaj zawiasy. Daje się on przy obluźowaniu i łatwo zacieśnić w ten sposób, że zrobiwszy po obu stronach przecięcia dziurki i przeciągnąwszy w nie tasiemki można go tem rodzajem sznurowadła dowolnie dociągnąć.

Czwartą modyfikacją opatrunku gipsowego przez nas używanego przy złamaniach z powikłaniem jest znany opatrunek przerywany drutami lub sztabkami żelaznymi.

Przy całej użyteczności opatrunku przerywanego mieliśmy w ostatnich czasach sposobność przekonać się, że i on ma swoje niedogodności. Przy złamaniu z powikłaniem środkowej części przedudzia z ogromną raną miękkich części, długość drutów (właściwie odsłoniętego przedudzia) wynosiła 10 — 12 cali.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Pogląd na rozwój zakładu zdrojowego w Krynicy w ciągu ubiegłych lat siedmnastu (1857—1873 r.).

Skreślił Dr. Michał Zieleniewski. Lekarz Rządowy c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy.

(Ciąg dalszy 1).

1) Patrz Nr. 16 Gaz. Lek.

S i p i e n.

Od dnia do dnia	Godziny spostrzeżeń	Rok	Stan nieba			Ciepłota rano o 6ej			Ciepłota w południe			Ciepłota w wieczór			Barometru, wysokość			Wilgotność		Ciepłota	
			Dni pogodnych	Dni pochmurn.	Dni dżdżystych	Srednia	Minim.	Maxim.	Srednia	Minim.	Maxim.	Srednia	Minim.	Maxim.	Srednia	Minim.	Maxim.	Srednia	Minim.	Srednia	Kraków
6-12	61857	1857	18	4	9	+10.50	+6.0	+13.0	+16.92	+13.0	+15.90	+12.0	+20.0	314.84	300.73	317.76	93.1	70	+14.44	+14.47	-0.03
6-2	101858	1858	8	6	17	+10.68	+4.8	+13.1	14.05	9.6	11.27	6.4	13.8	314.84	300.73	317.76	93.1	70	+12.00	13.94	-1.94
6-2	101859	1859	20	7	4	13.06	10.5	15.4	16.34	13.6	13.72	10.6	15.4	316.23	312.91	316.84	92.2	70	+14.37	15.60	-1.23
6-2	101860	1860	22	9	0	10.84	7.3	14.3	16.32	9.6	12.51	8.1	15.4	314.75	312.31	317.20	86.4	58	+13.22	13.71	-0.49
6-2	101861	1861	15	9	2	12.65	9.8	14.6	17.04	12.2	14.31	11.4	17.0	313.97	309.62	317.54	83.2	77	+14.67	14.60	+0.07
6-2	101862	1862	17	14	2	13.56		14.6	18.63		15.40			314.79			88.4		+15.86	13.41	+2.45
6-2	101863	1863	19	12	2	12.56	7.4	15.5	17.05	13.0	12.31	8.9	14.6	312.50	310.96	319.57			+14.00	14.72	-0.72
6-2	101864	1864	13	5	7	12.00	8.8	15.2	13.71	9.0	10.92	5.8	16.0	314.93	312.05	318.80			+12.21	12.30	-0.09
6-2	101865	1865	18	15	3	13.04	10.3	16.2	15.92	12.6	14.21	10.5	16.2	317.88	314.14	320.80	93.1	71	+14.39	13.52	+0.87
6-2	101866	1866	13	9	4	13.56	10.3	15.3	16.40	13.0	13.72	8.9	14.8	316.18	314.41	319.88	93.5	71	+14.59	13.10	+1.49
6-2	101867	1867	19	7	11	11.90	5.7	15.4	17.30	13.0	13.00	7.4	16.1	316.24	313.01	318.61	92.9	76	+14.07	14.07	-0.00
6-2	101868	1868	19	6	6	14.91	9.1	19.2	23.41	16.0	16.83	13.1	20.3	315.70	313.65	318.49	75.1	38	+18.38	15.07	+3.31
6-2	101869	1869	11	3	9	12.03	7.4	17.0	16.26	12.2	12.30	7.3	18.2	315.77	311.09	318.52			+13.53	13.55	-0.02
6-2	101871	1871	18	14	6	11.93	8.0	14.4	17.84	13.7	12.90	9.0	16.0	316.50	312.92	319.16			+14.22	14.20	
6-2	101871	1871	230	7	6	173.36	105.9	198.6	237.19	161.3	189.80	119.4	214.1	70.28	26.80	103.17	797.9	531	199.95	56.26	-4.32+8.21 = +3.89
			16	9	6	120.38	80.1	150.3	169.94	120.4	130.52	90.2	160.5	315.41	312.23	318.60	88.7	66	+14.28	+14.02	+0.26

W r s i e n.

1-21	6,12,6	1857	12	3	5	+7.71	3.0	+11.0	+15.73	+12.0	+12.01	+9.0	+15.0	316.54	313.13	319.38	78.6	74	+11.82	+10.98	+0.84
1-17	6,2,10	1858	9	3	5	9.72	6.5	3.0	13.05	9.8	10.09	8.0	12.8	314.85	311.69	316.69	93.3	80	+11.29	+11.36	-0.07
1-15	6,2,10	1859	3	9	3	10.52	6.5	13.8	12.10	8.2	9.85	7.3	12.0	314.85	311.37	319.44	87.5	66	+10.82	+9.82	+1.00
1-20	6,2,10	1860	13	7	0	8.01	0.2	13.4	15.45	7.5	9.26	3.5	14.6	315.41	311.87	319.44	83.0	66	+10.91	+11.10	-0.19
1-17	6,2,10	1861	7	7	3	11.12	6.6	13.3	15.45	12.3	12.43	10.7	15.5	314.92	312.57	317.58	83.0	67	+13.00	+11.11	+1.89
1-19	6,2,10	1862	8	8	3	10.51		13.3	16.54		13.54			315.99	309.02	319.76	88.0		+13.53	+11.19	+2.34
1-30	6,2,10	1863	23	4	3	9.05	2.4	15.2	15.15	10.6	11.05	9.0	15.4	312.42	314.15	318.88			+11.75	+12.56	-0.81
1-30	6,2,10	1864	20	6	4	9.04	5.0	13.1	13.65	9.1	10.36	8.0	13.6	315.44	314.80	320.70			+11.02	+10.99	+0.03
1-27	6,2,10	1865	17	7	2	8.80	4.4	13.4	14.56	11.1	13.46	7.5	15.2	316.44	313.80	319.90	93.8	79	+12.27	+10.29	+1.98
1-22	6,2,10	1866	20	1	1	11.12	5.0	15.2	16.54	3.4	10.03	2.6	14.4	316.14	315.47	319.22	93.6	79	+13.73	+13.51	-0.28
1-28	6,2,10	1867	19	4	5	8.58	0.8	15.2	15.25	11.0	14.25	8.0	15.3	317.81	311.40	319.29	93.1	73	+11.29	+10.64	+0.65
1-23	6,2,10	1868	19	1	3	12.10	8.4	16.3	22.27	15.2	14.25	11.1	17.0	316.08	312.45	319.12	75.0	43	+16.21	+12.20	+4.01
1-25	6,2,10	1869	15	7	3	9.45	2.6	12.9	16.21	9.7	10.98	7.4	13.7	315.85	311.41	319.68			+12.21	+11.62	+0.59
1-25	6,2,10	1871	17	4	4	8.22	2.6	13.6	15.21	10.6	9.72	4.3	15.3	315.91					+11.05	+10.28	+0.77
			202	+71	+44	134.95	+54.0	179.4	217.16	130.5	160.57	96.4	189.8	73.80	31.26	109.64	784.9	561	170.90	17.65	-1.07+14.05 = +13.29
			19	7	4	+9.64	+4.2	+13.8	+15.51	+10.0	+11.47	+7.4	+14.6	315.68	312.60	319.14	87.3	70	+12.21	+11.26	+0.95

(Dalszy ciąg nastąpi.)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O przyczynach gnilca (*scorbutus*) i zapobieganiu tej chorobie.

Przez Dra J. Kraus.

Podał Dr J. Nowak (z Garwolina).

Wielu lekarzy obecnie, a szczególnie młodszych, uważa kwestyę gnilca już za skończoną, nie wymagającą żadnych dalszych badań. Do podobnego mniemania uprawniły ich najprzód rzadko zdarzające się epidemie tej choroby przy dzisiejszych higienicznych i administracyjnych warunkach, dalej lekkie sporadyczne wypadki, nie wymagające innego środka, nad dobre pożywienie, wreszcie zdania poważnych autorów, jak Niemeyer'a, mówiącego, że już „o zapobiegawczych środkach przeciwgnilcowi lądowemu mowy być nie może“ i Kirchner'a, dowodzącego, że najważniejszym etiologicznym czynnikiem gnilca, jest niedostatek roślinnego pożywienia i że z wprowadzeniem użycia soku cytrynowego, przy końcu zeszłego stulecia na okrętach angielskich, gnilec morski tylko wyjątkowo jeszcze się zdarza. Pierwszy dopiero Duchek w chirurgii Billrotha i Pith'a zachwiał tę pewność, mówiąc, że przedewszystkiem zadaniem nauki jest poznać środki i warunki będące w stanie zapobiedz rozwojowi gnilca lub go ograniczyć, co w ogóle nie jest możliwem, dowodzą tego bowiem pojawiające się niekiedy i dzisiaj epidemie tej choroby na lądzie i morzu; powtóre ta okoliczność, że dokładne zapobieganie nie zawsze da się przeprowadzić (na okrętach, w fortcach i t. d.). Według Duchek'a cudowny skutek soku cytrynowego nie ziścił się na marynarzach angielskich i w Austrii został zupełnie usunięty; radzi on również teorię, uważającą niedostatek świeżej roślinnej żywności za przyczynę gnilca, przyjmować wielce ostrożnie, zdarzają się bowiem wypadki tej choroby i u ludzi, obficie roślinną strawą żywionych.

Ażeby pomiędzy temi wprost przeciwnemi pojęciami zaprowadzić równowagę, nie pozostaje nam nic innego, jak odpowiedzieć na następujące pytania:

- 1) Jak się rozwijał gnilec w ciągu wieków pod względem przestrzeni i natężenia.
- 2) Jaki jest jego stosunek pod temiż względami w obecnym czasie?
- 3) Jaka jest jego etiologia ze względu na oba te pytania?
- 4) Jakie było i co jest zapobieganie (*prophylaxis*) w gnilecu i na czem ono polega?

Przeglądając literaturę starożytną znajdujemy już u Hippokrates'a, Pliniusza, Strabona, Cels'a i innych wzmianki o gnilecu; opisana przez Marc'ellusa „*Obscedo*“ jest również niczem innem jak tylko gnilecem. Następnie dopiero z pism XIII wieku, z czasów wyprawy krzyżowej Ludwika IX Ś-go (1249), który sam tej chorobie uległ, dowiadujemy się, że podczas oblężenia Damaszku w skutek dżdży, niedostatku żywności, morowego powietrza, nagromadzonych trupów i zepsutej wody, gnilec licznych ofiar dostarczył. Odtąd nie mamy znów żadnych wiadomości do 1846 roku, w którym gnilec zapanował w Saksonii, Turynii, a później w Czechach i na Śląsku. W wieku szesnastym literatura tej choroby bardzo się ożywiła; występuje z jej opisem E. Cordus nazywając ją „*Scharbock*“, E. Ehtius, Olaus Magnus, donoszący o rozszerzeniu się jej w Skandynawii, Ronsseus i Wier—w północnej Hollandyi i Frieslandzie, Dodencus i Brucelus—na brzegach morza Wschodniego. W pracach Eugalenu's'a (1588), widzimy już dopatrywanie w rozmaitych chorobach coś „gnilcowego, gnilcowe powikłanie lub przeobrażenie“ a Bontequoi (1689) nazywa gnilec nawet: „*radicem et causam omnium morborum*.“ W siedemnastym wieku pomimo niezliczonej liczby piszących, nic nowego o gnilecu nie powiedziano; dopiero osmnasty wiek dostarczył nam nowych wiadomości w skutek zasadniczych poszukiwań Engalau's'a, Sydenhama's'a, Rouppe'go, Lind'a, Macbride'a, Bachera'ch't'a, Fro'tter'a, Blanc'a, F. Milmana's'a, Black'a, przyszło nawet w rozpoznawaniu gnilca do przesady, zwykłej modnym chorobom, tak, że już ówczesny tłumacz Rouppe'go skarży się na ciemnotę praktyków, w oczach i umyśle których każdy wyrzut na skórze jest gnilcowym. Tylko znakomite prace Fr. Hoffmanna's'a, Boerhaave'go i van Swieten'a zawierają wierne opisy tej choroby i ważne o niej uwagi. Na początku bieżącego wieku niewiele pracowano nad gnilecem; do pism tego czasu należą: v. Schraand'a, Késandren'a,

Balmè'a, Köchlin'a, Bouchiera, Doepp'a, K. Sprengel-Kre-
bela Forget'a, Gripon'a i w. innych.

W najnowszym czasie w skutek klinicznych postrzeżeń, badań krwi i moczu cho-
rych na gnilec, zaczęto znów zajmować się tą chorobą i pojawiło się mnóstwo prac,
a mianowicie: W. S. i P. Himmelstirna, Radius'a, Reussa, Cejki,
Fouvet'a, Becquerela, Rodiera, Garrod'a, Aldridge'a, A. Li-
lienfeld'a, Lichtenstädt'a, Schmidt'a, Kierulfa, Simona,
Schleissner'a, Kirk'a, Greenhova, Chrastina. Hirsch'a, Hol-
land'a, Armstrong'a, Duchek'a, Majera, Haspela, Skody, Opitz'a,
v. Schwartz'a, Berengera, Feranda, Bekler'a, Pecheya, Dick-
son'a, Cooper'a, Friedela, Rose'a, Marotta, Bouchuta, Heno-
ch'a, Bauera, Senftleben'a, Bourdon'a, Taylor'a, Kolaczka
i Delpech'a. Literatura gnileca najnowszych czasów jest jednak znacznie mniejszą
od literatury wieków średnich, a szczególnie w szesnastym i siedemnastym często bra-
no za gnilec choroby, które w rzeczywistości nim nie były, jako to: choroby wysypko-
we, dysenterya, chroniczne zatrucia ołowiem, rtęcią, arsenikiem, sporyszem, wiele
dyskrazji jak syfilis, wyniszczenie zimnicze, starcze, blednicę, podagrę, i że w rozma-
itych cierpieniach błony śluzowej, skóry i przewodu pokarmowego, gnilec odgrywał ta-
ką wówczas rolę, jak np. dzisiaj żółty.

Chcąc przedstawić obraz szerzenia się gnileca, musimy ustanowić pewne
grupy. Podział gnileca na lądowy i morski słusznie potępiają Wunderlich i Du-
chek, my jednak jako powszechnie dzisiaj przyjęty chcemy utrzymać. Obie formy są
wynikiem niesprzyjających socyalnych, higienicznych, państwowych, i klimatycznych sto-
sunków, którym podpadają albo całe narody, albo pewne ich klasy, albo wreszcie po-
jedyncze osoby, nie mogące się usunąć od swych własności lub służebnych zobowiązań.
Stosownie do większego lub mniejszego srożenia się wspomnianych stosunków i ilości
dotkniętych indywidualów rozwijały się większe lub mniejsze en—i epidemie gnileca.

1. Gnilec lądowy. Pod tę grupę podciągamy:

a) Gnilec w oblężonych twierdzach i w czasie wojny o którym już Olaus Ma-
gnus powiedział: „*est enim morbus castrensis, qui vexat inclusos*“. Oprócz wspomnianej już
epidemii tego rodzaju przy oblężeniu Damaszku, znanych jest jeszcze według Kir-
chner'a około 40 epidemii, srożących się zarówno pomiędzy wojskami jak i oblężonemi
mieszkańcami; do znaczniejszych należą: w oblężonej twierdzy Breda (1625), pomiędzy
Norymbergę oblegającemi Szwedami (1631), w Augsburgu po zdobyciu go przez Szwed-
dów (1632), w Temesvar (1635), przy oblężeniu Torunia w załodze szwedzkiej (1703),
pośród angielskich wojsk w Kanadzie (1760), w Bremie (1762), pośród wojsk francuz-
kich w Aleksandryi (1801), Modenie (1806 i 1807), Prussach i Dalmacyi, dalej po-
między angielskimi wojskami w Caplande podczas wojny indyjskiej (1848—49). We-
dług Kirchner'a gnilec był główną chorobą w czasie wojny krymskiej (1854—55),
zmieniającą i pogorszającą wszystkie choroby; podczas wojny północno-amerykańskiej
(1863), gnilec prawie stale panował to w jednej to w drugiej armii. W 1870 i 1871
podczas wojny niemiecko-francuzkiej w zakładzie „La Santé“ w Paryżu.

b) Gnilec jako epidemia na znacznej przestrzeni rozszerzona. Według Hirsch'a
zaznaczono 41 tego rodzaju epidemii; w roku 1446 w Saksonii, Turynii, Czechach
i na Szlązku; w szesnastym wieku na północnych wybrzeżach niemieckich, w Niderlan-
dach i Skandynawii; północnej Hollandyi, Frieslandzie i na brzegach morza wschodniego;
w Londynie od 1861—76. Obserwowano także podobną epidemię w Indyach, Kalifornii,
w południowej części Texas, południowej Rosyi, w Krymie, w Australii, w Capland, zda-
rza się dzisiaj jeszcze endemicznie w północnej Rosyi, Finlandyi i Islandyi. W 1836
i 37 pojawił się gnilec epidemicznie jako tak zwana zaraza głodowa w Islandyi i Finlan-
dyi, wyłącznie tylko pomiędzy Kwanami i Normannami; epidemicznie dalej wystąpił on
w Kopenhadze (1846 i 1847).

(Dalszy ciąg nastąpi).

KORRESPONDENCYA.

Paryż 15 Maja 1874 roku.

Fermenta, zarodki zarazków, któremi p. Pasteur powietrze zapelniał, które jak błędne duchy tułają się po świecie, szukając pomyslnego gruntu gdzieby spokojnie zasiać i rozwijać się mogły, tworząc raz grzyby, to wymoczki lub zarodki straszliwych chorób, znowu zaczynają wychodzić na scenę lecz tą razą nie o *generatio spontanea* tu chodzi.

P. Alf. Guérin wprowadził fermenta do chirurgii i im przypisuje owe najzłośliwsze komplikacye ran jak: ropnie przenośne (*abscessus metastaticus*), zapalenia żył, wessania ropy, gorączki ropniaste i t. p. a co wszystko razem wzięte on tyfusem chirurgicznym nazywa. Jaka jest przyczyna tego tyfusu który naturalnie jak wszystkie tyfusy zaraźliwym być musi? Nie embolie i trombozy Virchow'a, zatkania mechaniczne naczyń przez skrzepy krwi lub oderwane ich kawałki, nie zapalenia żył, któremi szkoła francuzka tak długo nas raczyła, nie wessanie ropy lub przenikanie jej przez otwarte w ranie żyły, nie wydzielana przez rany sepsyna, którą niedawno Niemcy wynaleźli a której działanie ma być trującym—ale po prostu fermenta, któremi p. Pasteur powietrze napelniał.

P. Alf. Guérin teorię swoją opiera na prostej indukcyi, na podobieństwie jakie zachodzi między pierwszym napadem zimnicy (*febris intermittens*) a rozwijającym się tyfusem chirurgicznym; jak w jednym tak w drugim razie gwałtowne dreszcze połączone ze szczękaniem zębów, gęsią skórą i t. d. są pierwszym objawem choroby, cały symptomatologiczny obraz w obu wypadkach tak jest podobnym że trudno, nie podobno prawie wyrzec w pierwszej chwili, z jaką chorobą ma się do czynienia. Otóż wiadomo, że zimnice powstają w skutek wydzielających się miazmatów, powstałych z guicia istot organicznych dla czegożby więc tyfus chirurgiczny z podobnych miazmatów powstać nie mógł. Jedną przyczyną, jeden skutek, różnica w tem jest tylko, że miazmata, które zimnice powodują, wywiązują się z bagnisk a miazmata sprowadzające tyfus chirurgiczny sam organizm ludzki wydziela.

Tak wyrozumowawszy powstawanie tyfusu chirurgicznego, nic łatwiejszego jak do leczenia jego przystąpić a lepiej jeszcze rozwijaniu się jego zupełnie zapobiedz. Należało tylko przyczynę usunąć, stosownie do dawno znanego axiomu: *sublata causa tollitur affectus*, ponieważ zaś przyczyną są miazmata zwierzęce bujające w powietrzu, należało więc sprzeciwić się, żeby powietrze takie nie było w bezpośrednim zetknięciu z raną lub przynajmniej jeżeli to wykonać się nieda, żeby powietrze, zanim do rany się dostanie, przepuszczonem było przez filtr jakiś delikatny, który mógłby, zawieszono w niem, i nawet gołem okiem niedostrzegalne cząsteczki zatrzymać i tak dopiero oczyszczone powietrze do rany prowadzić. Filtrzem takim jest wata. p. Pasteur robiąc swoje doświadczenia przekonał się że powietrze przepuszczane przez watę pozostawia w niej wszystkie cząsteczki organiczne i inne jakie w niem były zawieszono, p. Guérin doświadczenia te do chirurgii stosuje. Według niego nie powietrze samo, które zupełnie jest nieszkodliwym wpływa na rozkład ropy, ale zawieszono w niem organiczne fermenta; one to ropę czystą i dobrej natury *pus bonum et laudabile* przekształcają w szkodliwą posokę, one powodują, że rany zdrowe i pięknie ziarunujące pokrywają się zgnilizną szpitalną, one wreszcie sprowadzają zatrucia ropniaste i posocznicę organizmu.

Dwa szczególnie wypadki z praktyki p. Guérin podczas ostatniej wojny (1870—1871) wyjęte, rozumowanie to wyprowadzone a priori potwierdzać się zdają. W obu razach chorzy ulegli wielkiej operacyi; jednemu amputowano udo, drugiemu wycięto część kości ramieniowej, oba zaraz po operacyi obandażowani zostali w sposób jak to niżej podamy nie doznając ani bólów, ani żadnych z tych przypadłości, które tak często po wielkich operacyach objawiać się zwykły i przedstawiając szczególniejszy kontrast z innemi choremi znajdującymi się na sali, a którzy opatrzeni byli w sposób zwyczajny. Stan ten pomyslny trwał przez dni piętnaście i tak obu operowanych zachęcił, że jeden z nich, czując się prawie zupełnie zdrowym, zamierzył powrócić do swojej familii, żeby tam dalej kuracyę prowadzić. Jednak przed wystąpieniem ze szpitala żądał, żeby opatrunek, który od piętnastu dni to jest od chwili samej operacyi wcale nie był zmieniony, odjęto i przyłożono nowy, na co p. Guérin chętnie się zgodził. Drugi operowany widząc, że towarzyszo wi jego zmieniają opatrunek, także prosił o zmianę, czemu również zadosyć uczyniono. Po odjęciu bandażu, rany obu operowanych przedstawiały widok od którego p. Guérin jak

sam zeznaje, i pomocnicy jego, oddawna odwykli. Powierzchnia ran była czysta, pokryta ziarnistością czerwoną, ropa gęsta, dobrej natury i wydzielana w bardzo małej ilości, słowem rany szybko postępowały do zupełnego zagojenia. Niestety stan podobny nie trwał długo. Zaraz nazajutrz jeden z operowanych doznał silnych dreszczy połączonych ze szcękaniem zębów, gęsią skórą i t. p. u drugiego podobne przypadłości objawiły się we dwa dni później i oba w końcu umarli w skutek ropnistego zatrucia.

Czemu przypisać to nie pomyślnie zejście kiedy ani stan rany, ani ogólne zdrowie operowanych nie podobnego przypuszczać nie pozwalały? Zapewne fermenta błakały się po sali, przepełnionej choremi, szukając odpowiedniego gruntu, gdzieby zasiąść i rozwinąć się mogły, szukając dobrej ropy, którąby rozłożyły. Póki rany okryte były nie przepuszczalną przepaską, która je zabezpieczała od szkodliwego działania fermentów, filtrując tylko czyste powietrze, utrzymując stałą temperaturę około rany i wykonywając jednostajne ciśnienie na otaczające ją części wszystko szło dobrze: i rana ziarnowata, szybko zmniejszając swoją powierzchnię i ropa w małej tylko wydzielala się ilości i bóle pooperacyjne ustaly i stan ogólny chorych nie zostawiał do życzenia, jak tylko przepaskę odjęto, złośliwe fermenta rzuciły się z chciwością na przedstawioną im pastwę, jedna chwila wystarczyła aby wszystko zmienić do niepoznania i już nałożenie nowej podobnej przepaski nie pomódz nie mogło.

Wypadek ten podług p. Guérin jest przekonywającym, wszelkie tłómaczenie byłoby zbyt czynnem, przed nim więc kornie należy uchylić czoła i poddać się oczywistości.

Opatrunek, który takie cuda wykonać potrafi, który tyfus chirurgiczny na zawsze usuwa bardzo jest prosty: na ranę, jakakolwiek by ona była, przykładają się bezpośrednio grubą warstwę waty, żeby zaś powietrze nie mogło przechodzić między brzegami rany, a położoną na niej watą, ta ostatnia znacznie brzegi przewyższać powinna i jeżeli rana jest na kończynie, całą, kończynę otaczać. Gruba warstwa waty tak nałożona podtrzymuje się bandą, która całą kończynę od palców otacza i opatrunek pozostawia bez żadnej zmiany od 25 do 30 dni.

Opatrunek za pomocą waty jest znanym oddawna, już Burggrave, professor chirurgii w Gand od roku 1850 używał go do leczenia złamań i zapaleń stawów, za nim poszli inni chirurgowie: Jungken w Berlinie zastosowywał watę do leczenia ran, Nela-ton wielkie pochwały oddaje opatrunkom za pomocą waty szczególnie przy złamaniach kości, my sami używamy waty do osuszania wezykatoryi przykładając ją bezpośrednio na miejsce, na którym wezykatorya postawiona została i pozostawiając tak, póki sama nie odpadnie, co po dwóch lub najwyżej trzech dniach ma miejsce. Opatrunek watowy przedstawia pewne korzyści, których inne bandaż nie mają. Najprzód wata sama nadzwyczaj jest elastyczną, wykonywa więc ciągle i jednostajne ciśnienie na miejsce na które przyłożoną została, zwłaszcza jeżeli przywiąże się ją bandą lekko powleczonej dekstryną, jak to robił Burggrave.

Wszędzie więc gdzie napotykać się dają rozmaitego rodzaju opuchnienia i nabrzmiałości, słowem, gdzie stałe ciśnienie jest pożytecznem, tam bandaż watowy jest najzupełniej wskazanym, stałe ciśnienie, jakie wata wywiera, sprzeciwia się zbyt czynnemu napływowi krwi do zapalonych lub zranionych części; utrzymuje brzegi rany w ciągłym z sobą zetknięciu, nie pozwala, żeby one rozsuwały się przy ruchach, jakie chory wykonywa i to tłómaczy dla czego rany pod opaską watową dosyć prędko się goją. Dalej wata jako zły przewodnik ciepła, utrzymuje stałą temperaturę około zranionej części, uspokaja znacznie ból jak to okazało się na operowanych Jungken'a i Guérin'a, ten ostatni dodaje, że operowani jego, zaraz po nałożeniu opatrunku watowego, mogli być przenieszeni z wielką łatwością z miejsca na miejsce, poruszać nawet operowane członki nie doznając żadnego bólu. Wreszcie wata zmniejsza wydzielanie się ropy. Okoliczność ta szczególnie jest ważną. Długie i obfite ropienia, jak to przy wielkich ranach ma miejsce, znacznie osłabiają siły chorego, sprowadzają go do tego stanu wycieńczenia, z którego już później podnieść mu się trudno, zmuszają do częstej przemiany bandażów, co, gdy wielu rannych ma się do opatrywania, nadzwyczaj jest trudnem, wszystkiemu za pomocą waty zapobiedz można.

Korzyści więc opatrunków watowych i tak już są wielkie, jeżeli teraz jest prawda, jak to mieć chce p. Guérin, że wata filtrując powietrze, zatrzymuje w sobie szkodliwe fermenty i miazmy, że sprzeciwia się rozkładowi ropy i zapobiega zatruciom ropnistym i posoczniczym, niezaprzeczenie opatrunek taki wielką ma przyszłość przed sobą, bo znosi jedyny szkopuł, o który rozbijały się dotąd usiłowania najbieglejszych chirurgów. Czy je-

dnak jest tak w istocie, o tem wątpić przynajmniej można. Czy dowód na kilku wypadkach oparty, już tak niezbitą ma wartość? *Post hoc ergo propter hoc* nie zawsze jest prawdą nawet w medycynie. Że rany czysto i dobrze ziarnujące, zaraz po odjęciu opatrunku zmieniły się do niepoznania, że ropa ich dobrej natury rozłożona została i chorzy umarli w skutek ropniastego zatrucia, nie idzie jeszcze zatem, żeby wypadek ten odjęcie opatrunku spowodować miało. Być może, że oddziaływały tam inne przyczyny, których najbieglejszym badaczom dopatrzeć niekiedy trudno.

P. G u e r i n rozumowanie swoje opiera na prostym podobieństwie, ponieważ pierwsze stadyum zimnicy w taki sam rozpoczyna się sposób, jak zakażenie krwi ropą, to jeszcze nie dowodzi, żeby choroby te były do siebie pod względem etiologicznym zbliżone, wszak i przy ukazującym się zwyczajnym zapaleniu płuc, u najzdrowszego nawet człowieka, żyjącego w dobrych warunkach higienicznych, czystym odychającego powietrzem, gwałtowne dreszcze, gęsia skóra, szczykowanie zębami najprzód się objawiają, nikomu jednak na myśl nie przyszło przypisywać zapalenie płuc jakiemuś fermentowi, który do organizmu przeniknął, chyba żebyśmy powrócili do dawnej teorii p. R a s p a i l, który we wszystkich chorobach pasożyty tylko widział i na nie kamforę zalecał. Symptomata takie jak dreszcze, szczykowanie zębami, gęsia skóra i t. p. wspólne wszystkim rozpoczynającym się gorączkom tak symptomatycznym jak i idiopatycznym, dowodzą, że organizm w jednakowy oddziaływa sposób na wszystkie chorobliwe przyczyny, jak zmysły czucia w jeden oddziaływają sposób na zewnętrzne bodźce; i tak zmysł wzroku, na przykład, drażniony albo przez światło albo przez inny jaki bodziec: elektryczność, uderzenie i t. p. zawsze tylko wrażenie światła odsyła do mózgu.

Kwestya fermentów i zarodków bujających w powietrzu, nie rozstrzygnięta i nie zbadana dotąd, bardzo jest trudną do rozwiązania, partyzanci jej zawsze będą mieli rację, bo przypuszczając, że rany w najgorszych znajdujące się warunkach nie przestaną wydzielać dobrej i gęstej ropy, to partyzanci fermentów utrzymywać będą, że w powietrzu otaczającym ranę fermentów tych zupełnie nie ma, gdy ponieważ rany, choćby najlepiej opatrywane, pokryją się zgnilizną szpitalną lub ropa ich czysta i gęsta przemieni się w cuchnącą i wodnistą; nie prostszego jeszcze, fermenta znajdujące się w powietrzu, przeniknęły do rany i wszystkie dostrzegane zaburzenia spowodowały. A w końcu przypuszczając, że owe nie widoczne i nie uchwycone niczem fermenta tak szkodliwe działanie na nerwy wywierają, że rozkładają ropę dobrej natury i tworzą z niej złośliwą posokę, która organizm cały zatrue jest w stanie, to opatrunek watowy na niewiele się przyda, fermenta zaraz po operacyi i zanim jeszcze opatrunek przyłożony został, do rany dostać się mogą, nie sama zresztą rana stoi dla nich otworem, każda powierzchnia ogolona ze swego naskórka lub zdolna absorbować, wszystkie otwory naturalne stanowią tyleż wrot otwartych, przez które fermenta mogą do organizmu przeniknąć, a raz już dostawszy się do środka nie łatwiejszego dla nich jak znaleźć jakiś zaledwie okiem dostrzegalny woreczek śluzowy, którego mikroskopowa powierzchnia ogolona została ze swego naskórka, przez te drobne powierzchnie ferment dostaje się do krwi żeby dalej swoje spustoszenia prowadzić.

Teorya więc fermentów i patologicznych zarodków nie bardzo jest bogatą w terapeutyczne następstwa, nie doprowadzi ona do żadnych świetnych rezultatów, chyba żeby cały organizm z zewnątrz i wewnątrz watą wyłożyć. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Dr. W. Federowicz.

Wiadomości bieżące.

— Lekarze zdrojowi. W Karlsbadzie Dr. H a s s e w i c z Stanisław mieszka w domu t. z. „*Zum Marktbrunn*“ (obok źródła tegoż imienia) i udziela porady chorym u siebie od godziny 8 do 9 z rana i od 2 do 3 po południu. We Franzensbadzie Dr. P r z e z d z i e c k i Hipolit mieszka w domu t. z. „*Goldener Stern*.“

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

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

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою