

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego. Zestawił dr. A. Grünbaum. (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 62. O gojeniu się ran pod wilgotnym skrzepem krwi. 63. O etyologii tężca. 64. O działaniu kokainy przy odwyżnianiu się od użycia morfiny. 65. Jak lekarz powinien swoje ręce odwieźć. 66. Przyczynki do nauki o plethora. 67. O związku między chorea minor i gościem stawowym i zapaleniem wsierdzia. 68. Jednostronny obrzęk. 69. Przypadek ostrego zaparcia stołca u 18 tygodniowego dziecka. — Korrespondencje „Medycyny.“ Listy z Berlina. III. — Odcinek. Kilka uwag o teorii fermentacyjnej gorączki. Podał dr. J. Zejdowski. (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

## OGÓLNY POGLĄD

na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego.

PODŁUG NAJNOWSZYCH ŹRÓDEŁ.

Zestawił Dr. A. Grünbaum.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 29).

### Rany pęcherza moczowego.

Pęcherz, jako znajdujący się w jamie małej miednicy, za spojeniem łonowym, nad międzykrocem i pod jelitami, nie tak często podlega uszkodzeniom zewnętrznym.

Wszystkie przypadki ran pęcherza, w liczbie 504, opisane w literaturze i z rzadką ścisłością zebrane przez BARTELS'A (M. BARTELS. *Die Traumen der Harnblase, v. Langenbeck's Archiv.* Bd. XXII. str. 519—628 i 715—794) można podzielić na dwie grupy, 1) na rany drążące, które stosownie do sposobu, w jaki wywołane zostały, znowu dzielą się na cięte, klóte i postrzałowe i 2) na pęknięcie pęcherza bez rany przenikającej przez ścianę brzuszna, które znowu, stosownie do anatomicznego swego położenia, dzielą się na wewnątrz- i na zewnątrz otrzewnowe. Ostatnie to uszkodzenie zwykle powstaje, jeżeli, przy znacznym napięciu ścian pęcherza wskutek nadmiernego nagromadzenia się w nim moczu, nastąpiło silne w jego okolicę uderzenie, lub gwałtowne upadnięcie na brzuch i t. p., przy czem zewnętrzne części mogą być bardzo mało albo wcale nie obrażone. Wyżej wspomniane zebrane przez BARTELSA 504 przypadki ran pęcherza dały następujące zejścia: z 50 osób dotkniętych ranami ciętymi lub klótemi wyzdrowiało 39, a zmarło 11, z 285 dotkniętych ranami postrzałowymi zmarło 65, z 63 dotkniętych pęknięciem pęcherza zewnątrzotrzewnowem zmarło 46, z 94 dotkniętych pęknięciem pęcherza wewnątrz-otrzewnowem wyzdrowiał tylko jeden (przypadek Waltera), i nakoniec z 12 przypadków, w których miejsce pęknięcia nie zostało bliżej określone, żaden nie został się przy życiu. Cyfry podane w dziele P. MALTRAIT'A <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> P. Maltrait. Contribution á l'étude des traumatismes de la vessie. Paris 1881 r.



i pracy RIVINGTON'A <sup>2)</sup> prawie ten sam przedstawiają stosunek. Z przypadków pęknięcia pęcherza, w ostatnich latach ogłoszonych, znane mi są jeszcze dwa opisane przez BECK'A <sup>3)</sup>, z których jedno było wewnątrz a drugie zewnątrz-otrzewnowe i dwa przez J. ASSMUTH'A <sup>4)</sup>, oba te były wewnątrz-otrzewnowe. Wszystkie te 4 przypadki skończyły się śmiertelnie. Oprócz tego znany jeszcze jest jeden przypadek rozdarcia pęcherza, opisany przez JUILLARD'A <sup>5)</sup>. Ostatnie to uszkodzenie powstało przy oddzieleniu zrostów mocno łączących torbiel jajnikowy z pęcherzem. Otwór w tym ostatnim przypadku znajdował się na tylnej ścianie pęcherza, miał kierunek poprzeczny i długości około 12 ctm. Po zeszytciu brzegów rany i wprowadzeniu do pęcherza cewnika Nélaton'a, który przez dłuższy pozostał się przeciąg czasu, chora wyzdrowiała.

Jak widzimy więc, to pęknięcie pęcherza szczególnie wewnątrz-otrzewnowe, dawało dotychczas najsmutniejsze wyniki, gdyż ani jeden z chorych, przy zastosowaniu zwykle zalecanych w takich przypadkach sposobów—wprowadzenie cewnika przez otwór pęcherza do jamy otrzewnej, dla opróżnienia jej z wylanego moczu i dezynfekowania, przekłucie przez odbytnicę worka ślepego otrzewnej i t. d.—nie uszedł śmierci. Na natychmiastowe wykonanie otwarcia jamy otrzewnej, dla dokładnego oczyszczenia i zdezynfekowania takowej, a następnie zeszywania brzegów rany pęcherza, żaden z chirurgów do ostatniego dziesiątka lat nie zdecydował się. Dopiero przypadek, opisany przez WALTERA z Pittsburga, w którym chory z pękniętym pęcherzem, po otwarciu jamy otrzewnej, dokładnem oczyszczeniu takowej z całej ilości (około pinty) znajdującego się tam moczu i wprowadzeniu do pęcherza kateteru *à demeure*, zupełnie wyzdrowiał, zwrócił uwagę chirurgów na niestosowne dotychczasowe leczenie tego uszkodzenia. Otóż VINCENT <sup>6)</sup> dla stanowczego określenia, kiedy takie rany mogą jeszcze być skutecznie leczone podług wyżej wskazanego sposobu, przedsięwziął cały szereg doświadczeń na psach, u których, jak wiadomo, błona surowicza cały pokrywa pęcherz; na zasadzie tych doświadczeń przyszedł do przekonania, że nawet większe rany wewnątrz-otrzewnowe nie są bezwarunkowo śmiertelne, jeżeli tylko natychmiast lub po upływie 6—8 godzin, przy ścisłem zachowaniu wszelkich prawideł antyseptyki, przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej, dokładnego jej oczyszczenia z jeszcze nie rozłożonego moczu i ścisłego zeszytcia brzegów rany pęcherza. Psy zaś u których wykonał tylko co skreślony zabieg operacyjny po upływie 24-ch lub więcej godzin, pozdychały. Na zasadzie więc tego VINCENT domaga się, żeby natychmiast, po rozpoznaniu pęknięcia pęcherza, przystąpiono do otwarcia jamy otrzewnej, wyszukania

<sup>2)</sup> Centralbl. f. Chir. Nr. 41. 1882 r.

<sup>3)</sup> Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XIX. Zeszyt 5.

<sup>4)</sup> St. Petersburger Med. Wochenschr. Nr. 22, 1881 r.

<sup>5)</sup> v. Langenbeck's Archiv. Bd. 28.

<sup>6)</sup> Revue de Chirurgie 1881. — 6 i 7.



i zeszywania otworu z pęknięcia powstałego, i żeby przez dokładne oczyszczenie tej ostatniej jamy zapobiedz grożącemu zapaleniu. A jeżeli WILLET i HEAT, mimo zastosowania u swoich chorych tylko co opisanych zabiegów operacyjnych, otrzymali niepomysłne skutki, to było jedynie dla tego, że operowali po upływie 36—40 godzin i że szwy nie były dokładnie nałożone. Szew powinien być podług VINCENT'A dwurzędowy; pierwszy, służący do dokładnego zestawienia brzegów rany, nakłada się bardzo blisko ostatnich, przesywając tkanki surowiczą i mięśniową (*Suture par points sero-musculaire*), drugi zaś, służący do ściślejszego zespojenia obu listków błony surowiczej, nakłada się w nieznacznym od pierwszego oddaleniu, przesywając tylko błonę surowiczą (*Suture par points sero-serieuse*). W razie zaś nie możności stanowczego rozpoznania pęknięcia pęcherza, Vin. radzi, żeby nie zwlekać i natychmiast przystąpić do próbnej laparatomii.

A. FISCHER <sup>1)</sup> na międzynarodowym kongresie lekarskim w Londynie w 1881 r., komunikując swoje wyniki otrzymane przy wykonaniu tych samych na psach doświadczeń, domagał się, żeby otwierać jamę brzuszną, wycinać kawałki pęcherza i następnie zeszywać ich brzegi przy następujących przypadkach:

1) przy ranach szarpanych pęcherza z nierównymi i zmiążdżonymi brzegami,

2) przy istnieniu wypukleń, *resp.* jeżeli w nich siedzą kamienie;

3) przy znacznym rozszerzeniu (*ectasia*) pęcherza, jeżeli przyczyna, wywołująca to rozszerzenie, została w zupełności albo częściowo usunięta,

4) przy istnieniu nowotworów zarówno złośliwych, jak i łagodnych, jeżeli wnikają głęboko w ściany pęcherza,

5) przy istnieniu przetok pęcherzo-odbytnicowych, pochwowych, jak również przenikających przez ścianę brzuszną i nakoniec

6) przy istnieniu wrzodów, zagrażających pęknięciem pęcherza i nie dających się żadnym innym sposobem usunąć.

Że każdy postępowy chirurg powinien w zupełności zgodzić się ze zdaniem VINCENT'A, a po części i FISCHER'A, dosyć jest przytoczyć słowa prof. MIKULICZA <sup>2)</sup>, wypowiedziane na zjeździe przyrodników w Magdeburgu, w wykładzie „o laparatomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelita”; „laparatomia w przypadkach przedziurawienia żołądka lub jelita winna być tak ściśle wskazana, jak ściśle wskazaniem jest podwiązanie krwawiącego naczynia, w obu razach zabieg operacyjny stoi na wysokości *indicatio vitalis*”.

Co się tyczy leczenia zewnątrz-otrzewnowego pęknięcia pęcherza, to zdaje się, że BECK <sup>3)</sup> bardzo słusznie radzi, żeby zaraz po rozpoznaniu takowego, wprowadzić do pęcherza kateter *à demeure* i następnie bardzo często przemywać go za pomocą płynów antyseptycznych. Jeżeliliby zaś,

<sup>1)</sup> Centralbl. f. Chir. Nr. 40, 1881 r.

<sup>2)</sup> Przegląd lekarski. Nr. 7, 1885 r.

<sup>3)</sup> Deutsche Zeitschr. f. Chir. Tom XIX zeszyt 5.



przy wprowadzeniu kateteru, napotkano na drodze na jakąkolwiek bądź, nie dającą się usunąć przeszkodę, to należy wykonać uretrotomię *à la boutonnière* i przez ostatnią tę drogę wprowadzić do pęcherza wspomniany cewnik. Do nacięć, jak nad spojeniem łonowym, tak i w kroczu, należy tylko wtedy przystąpić, jeżeli nacieki moczowe stały się przyczyną uformowania ropni.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

62. MAX SCHEDE. O gojeniu się ran pod wilgotnym skrzepem krwi. Streszczenie odczytu na XV zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. (*Centralblatt für Chirurgie*. Nr. 24). Wiadomo, że krew, pozostająca w ranach, tylko wtedy nie gnije, nie posoczeje, lecz ulega zmianom, opisanym pod nazwą „organizacji skrzepów krwi” przez Lesser’a, Volkmann’a, Watson Cheyn’a i innych, jeżeli rana jest aseptyczna, w przeciwnym razie łatwo powstaje rozpad gnilny skrzepów, ropienie i liczne choroby przyranne. Zważywszy na powyższe powikłania, stało się dążeniem chirurgów usunąć z rany krew, jako materiał łatwo ulegający rozkładowi, za pomocą starannego zatrzymania krwawienia, dokładnego drenowania, uciskających opatrunków. W ostatnich czasach przeciwko użyciu drenów wystąpili Neuber, Esmarch, Schede i in. utrzymując, że dreny jako obce ciała drażnią ranę, radzą nie używać ich; ale podczas gdy Neuber radzi starać się za pomocą dokładnego zbliżenia ścian rany przeszkodzić nagromadzeniu się u niej krwi i wydzieliny, Max Schede podaje zupełnie odmienny sposób leczenia ran, który polega na ich wypełnieniu skrzepami krwi, skrzepy te, organizując się łatwo, są dla rany doskonałym plastycznym materiałem. Skrzepami krwi można wypełniać wszelkie rany, lecz najwłaściwszymi są rany z twardymi ścianami w kościach, stawach, co do ran w miękkich częściach to wogóle S. nie posiada dotąd dostatecznego doświadczenia. Sposób postępowania jest w głównych zarysach następujący: Operuje się jeżeli można przy sztucznem znieokrwieniu, szczególną uwagę potrzeba mieć na ścisłe stosowanie metody przeciwnilnej (S. dla dezynfekcyi ran używa roztworu sublimatu 1:1000); po usunięciu wszystkich chorych części, po podwiązaniu głównych większych naczyń krwawiących, ranę, stosownie do wypadku pozostawia się albo otwartą, albo też nakłada się szew, lecz nie ścisły, ale z pozostawieniem kilku szczelin długości 1—2 ctm., które służą do ułatwienia odpływu nadmiaru zbierającej się w ranie krwi, ponieważ chodzi o to, żeby rana była zupełnie wypełniona krwią, zatem wszelkie przeciwotwory powinny być nie w najniższej, lecz w najwyższej części rany. Na otwartą lub zaszytą w powyższy sposób ranę kładzie się kawałek silku nieprzedziurawionego, przechodzącego kilka ctm. po za brzeży rany, silk powinien bardzo dokładnie i równo przylegać, ponieważ tylko wtenczas pod nim rana wypełni się krwią, pochodzącą z mięszowego krwawienia, skrzepy krwi nie będą wysychać i tylko nadmiar krwi z pod silku będzie wysiękał do opatrunku, składającego się z kilku warstw równo ułożonej gazy sublimatowej, waty, poduszki z mehem; wreszcie trzeba dbać o dostarczenie ranie koniecznego spokoju, za pomocą stosownego ułożenia operowanej części ciała, opasek, szyn unieruchamiających etc. Przy takich warunkach cała jama rany wypełni się krwią, i jeżeli tylko rana jest aseptyczna, wszystkie chore części zostały usunięte, to skrzepy krwi organizują się, poczynając od ścian rany, wypełniają wszelkie braki organiczne, i są dla obnażonych kości



ścięgien doskonałą pokrywą, chroniącą te części od obumierania, rana w znacznej większości przypadków goi się prawidłowo, bez ropienia, bez reakcyi, lub z niewielką aseptyczną gorączką, a cała ta sprawa gojenia się przebiega dosyć prędko, np. w kościach goją się zupełnie bez fistułów małe jamy w przeciągu dwóch tygodni, większe po 3 do 6 tygodniach. Rezultaty funkcyjne są bardzo dobre. Opatrunek trzeba zmieniać jak najrzadziej po 8 dniach, a nawet po paru tygodniach, jeżeli w przebiegu nie ma powikłań. Jeżeli wystąpiło ropienie, rana wypełniła się grzybowatą ziarniną, to można, wyłęczkowawszy ziarninę, znów wypełnić ranę skrzepami krwi, w kilku przypadkach po tej wtórnej operacyi rana zupełnie się zagoiła. Gdy istnieje wątpliwość co do aseptycznego stanu rany, to bezpieczniej będzie po operacyi wypełnić najprzód ranę przeciwnilnym materiałem opatrunkowym, gazą jodoformową lub sublimatową, i dopiero po paru tygodniach, przez częściowe wyłęczkowanie ziarniny, wypełnić jamę rany skrzepami krwi, a wtedy wskutek ich organizacyi gojenie się rany nastąpi prędzej i będzie dokładniejsze. Podaną metodę leczenia ran zastosował Schede dotąd w 241 przypadkach, głównie po operacyach w kościach i stawach (168); a po rezekeyach stawów (40), wyłęczkowaniu gruźliczych serowatych ognisk w końcach stawowych lub trzonie kości (51), całkowitem wyłuszczeniu małych gruźlicą porażonych kości śródrezcza, śródstopia, stępu (30), przy wycięciu klinowatym kości goleniowej (1), po nekrotomiach (29), w ropniach w kości (11), przy powikłanych złamaniach i operacyach stawów wrzokowych (6); następnie przy przecięciu ścięgien z raną otwartą w skórze (31), szczególnie przy operacyi stopy szpotawej podług Phelps'a (przecięcie skóry, mięśni, ścięgien na wewnętrznej powierzchni stopy), po wyłęczkowaniu i wycięciu chorych części przy gruźliczym zapaleniu pochewki ścięgniowej (10), wreszcie przy ranach ciężkich ścięgien i nerwów na dłoni, po wyłuszczeniu nowotworów (24). Z liczby tych 241 przypadków w 216 rany zagoiły się bez ropienia, bez powikłań; ropienie było w 25 przypadkach, lecz z nich w 5 nastąpiło zagojenie po wyłęczkowaniu ziarniny, dwa przypadki śmierci wskutek gruźlicy. Najczęściej ropienie było przy powikłanych złamaniach, przy gruźlicy kości i stawów, S. zaznacza, że przy ciężkich formach gruźlicy skrzepy w ranie nie organizują się; po przecięciach ścięgien z otwartą raną w skórze we wszystkich przypadkach nie było ropienia; po wyłuszczeniu nowotworów ropienie rzadko (2). W dyskusyi po tym odczycie na uwagę zasługują zdania Bergmann'a i Volkmann'a, oni wyrazili, że jakkolwiek przy obecnym udoskonaleniu metody przeciwnilnej skrzepy krwi mogą często pozostawać w ranie aseptycznymi i zorganizować się, jednakże wogóle pozostawianie w ranie wilgotnych skrzepów krwi jest niebezpiecznym, bo łatwo mogą powstać ciężkie formy zakażenia.

T. Solman.

63. ROSENBACH. O etyologii tężca. Streszczenie odczytu na XV zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. (*Centralblatt für Chirurgie*. Nr. 24). Z wielu poglądów na etyologię tężca tylko teoria ROSER'A i HEIBERG'A, że tężec jest chorobą zakaźną, powstającą wskutek tego, że do rany dostaje się jakiś miazmat, wytwarzający substancye trujące, których wchłanianie wywołuje objawy silnego podrażnienia układu nerwowego, zyskała najwięcej zwolenników; jednakże dotąd brakowało tej teorii ważnego dowodu z dziedziny patologii doświadczalnej, a mianowicie pomyslnych wyników przeszczepiania tężca z ludzi na zwierzęta. W ostatnich czasach Carle i Rattone, szczepiąc 12 królikom wydzielinę trądzika, z którego powstała śmiercią zakończony tężec, u 11 wywołali tężec, a oprócz tego udawało się przeszczepianie z jednego zwierzęcia na drugie. Nicolaier, bada-



jąc drobnoustroje ziemne, w Instytucie Flüggego, zauważył, że szczepienie ziemi wywołuje u królików, świnek morskich i myszy oprócz złośliwego obrzęku także i objawy charakteryzujące *tetanus traumaticus*, co zależało od cienkiego, szecińkowatej formy lasecznika, znajdującego się w ziemi, użytej do szczepienia. Rosenbach szczepił 2 świnkom morskim cząstki wzięte poniżej linii demarkacyjnej przy zgorzeli z odmrożenia na kończynach dolnych u robotnika zmarłego wskutek tężca, u obydwóch zwierząt po 24 godzinach wystąpiły objawy tężca i wkrótce śmierć; następnie udało się przeszczepić tężec na 4 świnki morskie, 11 myszy i na króliki, ale tylko wtedy, jeżeli do szczepienia użyto materiału wziętego bezpośrednio z rany, która pociągnęła za sobą tężec. Okres inkubacji trwa od 24 do 48 godzin, objawy tężca występowały najprzód w okolicy miejsca, w którym dokonano szczepienie, a następnie stawały się ogólnymi, objawy te były zupełnie podobne do objawów tężca ziemnego Nicolaier'a i do tężca u ludzi szczególnie do tych form, które, jak zauważył König, zaczynają się nie od szczykocisk, lecz od stężenia mięśni w okolicy rany. W użytych do szczepienia cząstkach organizmu, Rosenbach znalazł oprócz rozmaitych mikrobów także i cienki lasecznik Nicolaier'a; hrdowle lasecznika na płytkach nie udają się, ponieważ lasecznik tężca należy do działu bezpowietrznych, w surowicy R. wyhodował cztery generacje, z których ostatnia działa tak samo jak i pierwsza, w hodowlach wytwarza się na końcu lasecznika zarodnik (Spore), wskutek czego powstaje forma szpilki lub pałeczki od bębna. Czyste hodowle nie udają się, lecz w połączeniu z lasecznikiem gnilnym; ponieważ samodzielnie wzięty lasecznik gnilny nie wywołuje tężca, zatem prawdopodobnie tężec zależy od owego drugiego lasecznika, analogicznego z lasecznikiem Nicolaier'a, to podwójne występowanie dostatecznie objaśnić może fakt, dla czego tężec bywa przeważnie przy ranach, w których powstało gnicie. Dokładnie wykazać sposobu działania lasecznika trudno, w tym względzie znajduje się Nicolaier na drodze do nowych ciekawych odkryć, albowiem, badając stosunek laseczników tężca do układu nerwowego, znalazł je raz w *n. ischiadicus* i 2 razy w rdzeniu pącierczowym. Dalsze doświadczenia potrzebne są dla wyjaśnienia, czy tylko rozwój samego grzybka może wywołać ogólne objawy podrażnienia układu nerwowego, czy też, co jest prawdopodobniejszem, laseczniki wytwarzają pewien rodzaj ciała trującego z działaniem podobnym do strychniny.

T. S.

64. O działaniu kokainy przy odzwyczajaniu się od użycia morfiny. Dr. ERLENMEYER (*Centralbl. f. Nervenkr.* 13—1885). Pierwsze o tem spostrzeżeniu mamy z Ameryki. Już w 1878—79 opisanych było 16 przypadków dodatnich leczenia, a jeden ujemny. BLUMENTHAL w jednym przypadku po zastrzyknięciu u morfinisty 0,01 kokainy zauważył wzmożenie odruchów, gadatliwość, zawrót, zwężenie źrenic, pot zimny i puls bardzo miękki. Obawiano się nagłej śmierci, ale po kwadransie chory przyszedł do siebie. ERLENMEYER robił 236 wstrzykiwań *cocainum muricatum* w roztworze. Pojedyncza dawka nie przewyższała 0,05, a ilość w 12 godzin wstrzykniętej kokainy nie przewyższała 0,1, a najczęściej 0,06—0,08. Z tych 236 wstrzykiwań 232 było zrobionych u 8 morfinistów (5 mężczyzn i 3 kobiety) a 4 wstrzyknięcia u chorych tylko nerwowych dla porównania (0,01—0,04). Działanie u morfinistów było jednakowe. Działanie nie zależy od dawki, często lepszy był skutek po mniejszych dawkach, niż po większych. Wyniki ERLENMEYERA są następujące: kokaina wstrzyknięta w ilości 0,1 *pro die* pozostaje bez wpływu na system mózgo-rdzeniowy, gdyż ośrodki czucia i ruchu dowolnego nie zdradzały żadnych zaburzeń; nie było ani kureczu, ani bezwładu, ani psychicznego pobudzenia, ani przy-



tepienia, ani snu. Kokaina wstrzyknięta w ilości 0,005 działała paraliżująco na system naczyńno-ruchowy, co się objawiało przyspieszeniem pulsu, rozszerzeniem tętnic, wystąpieniem potu, powiększeniem ciepłoty. To paraliżujące działanie było zawsze szybkie. Przyspieszenie tętna zaczynało się po 5—7 minutach po wstrzyknięciu, osiągało bardzo prędko maximum i po 15—25 minutach zupełnie znikało. Przyspieszenie było o 16—24 uderzeń na minutę. To przyspieszenie pulsu jest najprawidłowszym objawem w działaniu kokainy. Jeżeli wstrzykiwano morfinę z kokainą to przyspieszenie również występowało zawsze. Chory podczas działania kokainy czuje ciepło w żołądku, albo w czole, na dłoniach i czole występuje pot. Ciśnienie w naczyniach spada. Ciepłota podnosi się dopiero po kilku dniach używania kokainy. Przy pustym żołądku doznaje się bolesnego uczucia gniececia w żołądku. Po dawkach 0,05, lub po powtarzanych małych dawkach występowały objawy zemdlenia. Podmiotowo chorzy doznają uczucia ogólnego ciepła. Chorzy morfiniści przy użyciu kokainy czują się błogo i lepiej, doznają uczucia ciepła. Poprawa ta ogólnego stanu trwała zaledwie 10—15 minut. Działanie wogóle kokainy w pierwszych 6—8 dniach odzwyczajania od morfiny było negatywne. Na niepokój i bezsenność nie działała wcale, jak również na brak apetytu i biegunkę. Wszyscy morfiniści, którym wstrzykiwano kokainę wkrótce nie pozwalali sobie jej wstrzykiwać. Ponieważ zaś działanie kokainy jest przelotne i krótkotrwałe, a przytem jest dosyć drogie, więc lepiej używać innych środków przy odzwyczajaniu od morfiny tańszych, a pewniej i prędzej działających. Działanie kokainy u osób zdrowych po wstrzykiwaniu jest podobnem jak u morfinistów.

R-i.

65. Jak lekarz powinien swoje ręce odwieźać. Dr. KÜMMEL (*Centrbl. f. Chir.* 17—1886). Autor robił doświadczenia, jak się zachowują ręce odnośnie do żelatyny odżywecej w zwykłych warunkach, lub kiedy były w zetknięciu z materiami septycznemi. Doświadczenia z niezakażonemi rękami wykazały, że w większości przypadków wyszczotkowanie rąk przez 3 minuty mydłem i ciepłą wodą i wytarcie 6% roztworem tymolu, 1% sublimatu, 3% karbolu zupełnie wystarcza; zupełną pewność się ma po wymyciu 5% roztworem karbolu lub wodą chlorową z *aq. dest. aa.* Jeżeli ma się szereg opatrunków odrazu robić, to nie wystarcza jednorazowe gruntowne wymycie, a potem po każdym opatrunku przemycie rąk tylko płynem odwieźającym, lecz należy przed i po każdym opatrunku gruntownie ręce czyścić. Przy rękach, które były w zetknięciu z materiami zakażonemi, jeżeli będziemy przez 5 minut szcztokować ciepłą wodą i roztworem tymolu, kwasu bornego lub salicylowego, mydłem ichtyolu Unny lub mydłem sublimatowem, to jednak nie przeszkadzimy jeszcze rozwojowi kolonij na żelatynie; 5 minutowe zaś wyszczotkowanie rąk ciepłą wodą i mydłem a potem przez 2 minuty mycie wodą chlorową przeszkadza w zupełności rozwojowi grzybków. Dla rozstrzygnięcia, któremu z dwóch aktów oczyszczania mydleniu, czy odwieźaniu przypisać należy większą wartość, autor prawą rękę szcztokował przez 5 minut ciepłą wodą i mydłem, a potem przez 2 minuty 1% roztworem sublimatu. Tylko w jednym miejscu rozwinęły się dwie kolonie bakteryi, kiedy na lewej ręce, mniej gruntownie oczyszczonej, rozwinęły się rozmaitego rodzaju kolonie. Wogóle KÜMMEL znalazł, że przy sublimacie trudno otrzymać grunt odżywczy wolny od zarodków; 5% roztwór karbolu działa podobnie; tylko po poprzedniem gruntownem oczyszczeniu żelatyna pozostawała wolną od zarodków, wtedy już 3% roztwór wystarczał. Według KÜMMELA dla praktycznego celu wystarcza gruntowne wyszczotkowanie rąk ciepłą wodą i mydłem przez 3 minuty, następnie wymycie tymolem, 3% karbolem, lub 1% roztworem su-



blimatu. Dla zupełnej zaś dezynfekcyi potrzeba 5 minut szczotkować gruntownie, potem wycierać wodą chlorową lub 5% roztworem karbolu przez 2 minuty.

R-i.

66. **Przyczynek do nauki o plethora**, Dr. BOLLINGERA (*Prag. med. Woch.* 19—1886). Autorowi chodziło o zbadanie wachañ w ilości krwi. Zwierzę bywało ogłuszone przez uderzenie w głowę, następnie naczynia szyjowe otworzone i ilość krwi wypływającej zebrana i ważona. Następnie odejmowano wagę zawartości pęcherza i kiszek od wagi ciała. Z doświadczeń tych wypada, że świnie mają najmniejszą ilość krwi, a to bywa w związku z ich otyłością. Po świniach idzie bydło, owce, psy i konie. Ilość krwi u zwierząt pracujących jest większą, niż u stojących na stajni. Absolutna ilość krwi powiększa się z wagą ciała. Między rozwojem mięśni ciała a ilością krwi jest ścisły związek. Złe karmione zwierzęta mają mniejszą ilość krwi. Zwierzęta chude nie mają mniejszej ilości krwi, mogą zaś przedstawiać pewne zboczenia jakościowe. Otyłość prowadzi do bezkrwistości i odwrotnie. Wiek i płeć mają nieznaczny wpływ na ilość krwi. W późniejszym okresie ciąży u krów i owiec ilość krwi powiększa się. U ludzi obfite jedzenie i brak pracy mięśniowej częściej i silniej działają, niż u zwierząt. Prawdopodobnie jest i usposobienie dziedziczne do pełnokrwistości. Zwierzęta z silnie rozwiniętą muskulaturą i dużą ilością krwi mają i serce cięższe.

R-i.

67. **O związku między chorea minor i gośćcem stawowym i zapaleniem wsierdzia**. Dr. PRIOR (*Berl. klin. Woch.* 2—1886). Według autora w większości przypadków płasawicy nie bywa choroby serca. Jeżeli obie choroby są współczesne, to albo obie zależą od zakażenia wspólnego, albo też płasawica powstaje na drodze odruchu od spłotu sercowego, albo od podrażnienia nerwu przeponowego, albo od zatoru naczyń włosowatych.

68. **Jednostronny obrzęk**. Dr. BOSSI (*Med. Ch. Rundschau* 2 H.—1886). Autor opisuje przypadek jednostronnego obrzęku, który zwykle zjawiał się u pewnej wątej damy w okresie regularności. Obrzęk zajmował całą prawą stronę ciała, przytem ciepłota ciała, barwa skóry, czułość obu połów ciała były jednakowe, tylko skóra prawej połowy cokolwiek więcej była różową. W prawem płucu było przytem nacieczenie. Jajnik prawy był bolesny. Mocz białka nie zawierał. Chora zdradzała objawy hysteryczne. Przyczyna tego jednostronnego obrzęku pozostała niewyjaśnioną. Cierpienia naczynioruchowego nie można było przyjąć, ponieważ nie było ani zaczerwienienia, ani podniesienia ciepłoty. Po roku przy użyciu bromku żelaza objaw ten znikł.

69. **Przypadek ostrego zaparcia stolca u 18 tygodniowego dziecka**. (*Jahrb. f. Kinderh.* XXIV. Bd. 3 H.). Dziecko to przy objawach wiadomych ostrego zaparcia stolca przedstawiało na brzuchu w okolicy pachowej prawej guz, który rozciągał się ku górze; ku wewnątrz. Pod chloroformem wstrzyknięto do odbytnicy 1 litr letniej wody, poczem guz znikł, a w nocy dziecko wypróżniło znaczną ilość kału.

## KORRESPONDENCYE „MEDYCYNY”.

### Listy z Berlina.

#### III.

#### (SPÓZNIONY).

W czasie feryi wielkanocnych, kiedy wykłady w audytorjach i klinikach ustają, zwraca się działalność naukowo-lekarska w innym kierun-



ku: mianowicie odbywają się kursa lekarskie dla lekarzy, uczęszczane przeważnie przez cudzoziemców—Amerykanie i Rosyianie najwięcej przybywają—oraz rozmaite stowarzyszenia specjalne odbywają zjazdy, kongressy etc. Najwybitniejszymi są zjazdy balneologów i lekarzy zdrojowych i kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego.

Tegoroczny ósmy kongres Balneologów rozpoczął się odwiedzinami higienicznej pracowni prof. KOCHA. Ograniczę się na krótkiej wzmiance o tym instytucie, gdyż mam zamiar wkrótce obszerną o nim zdać relację. Znajduje się on obecnie w pierwszym okresie swojego rozwoju. Do mającego się otworzyć higienicznego Muzeum, ledwo pierwsze okazy złożone zostały. Oddział bakteryologiczny, który stanowić będzie punkt ciężkości, wzbogacony został ostatniemi czasy zbudowaniem zakładu fotograficznego sposobem bardzo praktycznym, na wzór takiegoż samego w Instytucie fizyologicznym istniejącego, mianowicie w aparatem zwyczajnym; do zdejmowania momentarnego i do fotografowania preparatów mikroskopowych. Prof. KOCH sam jest bardzo zręcznym fotografem i osobiście zajmuje się fotografowaniem bakterii w rozmaitych okresach ich rozwoju, oddając je potem do druku. Wobec gości swoich Balneologów KOCH był nadzwyczaj uprzejmym gospodarzem. Przedstawił gościom swoim cały zakład, mianowicie wspaniałe urządzone aule, następnie urządzone w szerokim stylu audytoryum oddziału bakteryologicznego i chemicznego, wreszcie demonstrował im cały szereg bardzo zajmujących preparatów różnych drobno-ustrojów, oraz narzędzi używanych do badań higienicznych. W krótkich słowach opisał im technikę rozmaitych metod badania, wykazał ważność otrzymanych rezultatów dla zdrowia publicznego i zastanawiał się dłużej nad metodami badania powietrza i wody do picia, mianowicie wody z wodociągów berlińskich.

Rozprawy Balneologów przedstawiają interes przeważnie dla ludzi fachowych. Każdy z mówców oczywiście bardzo dużo mówił o źródle, przy którym jest czynny i starał się je jaknajusilniej zalecać. W wykładach, mających więcej ogólny interes, nic nowego nie mówiono. I tak między innymi mówił Dr. v. SÖHLERN z Kissingen o rostrzeni żołądka, przyczem zalecał metodę badania oraz leczenia tego organu, znaną i od dawna przez naszych klinicystów używaną. Dyagnoza chorób żołądka nie może być ustanowioną—dowodził mówca—bez użycia zgłębnika żołądkowego, którego wysoką wartość starał się obszernie wykazać, a o fakcie tym nikt z obecnych ani na chwilę nie powątpiewał. Za najlepszy sposób leczenia tej choroby uważa S. płókanie żołądka, które wykonywać należy 2 razy dziennie: naczczo i przed wieczną; oczywiście iż metoda ta tylko w takim razie może być skuteczną, jeżeli się ją długo i konsekwentnie stosuje. Mówca zaleca przytem wbrew przyjętemu zwyczajowi tylko trzy razy dziennie spożywać. Kwestya leczenia chorób serca metodą Oertla, zamieszczona na porządku dziennym kongressu, była w ostatnich czasach często dyskutowana. Zgodzono się ogólnie na to, iż metoda Oertla stanowi niemałe wzbogacenie naszej terapii, jednakże ryczałtowe zastosowanie tej metody we wszystkich przypadkach jest niemożliwe i lekarz winien starannie indywidualizować. Dr. GROEDEL z Naubeimu, miejscowości uczęszczanej bardzo przez chorych sercowych, przedstawił nader zajmujące spostrzeżenia o wpływie metody leczenia Oertla na choroby serca. Osoby dotknięte stwardnieniem tętnic, puchliną wodną nóg, metody tej absolutnie nie znoszą i jest ona dla nich niebezpieczną.

Bez porównania więcej zajęcia budził XV-ty kongres niemieckich chirurgów. Obecnością swoją uświetnili koryfeusze niemieckiej chirurgii,



i tak z Berlina udział brali: BERGMANN, ROSE, GUOLT, WOLFF, SONNENBURG, HAHN, ISRAEL, LANGENBUCH, FEHLEISEN etc. Prof. BARDELEBEN był podówczas we Włoszech. Z innych uniwersytetów przybyli na kongres: KOENIG—(Goettingen), ESMARCH—(Kiel), SCHÖNBORN—(Królewice), MIKULICZ—(Kraków), TRENDELENBURG—(Bonn), ROSER—(Marburg), THERSCH—(Lipsk). Oprócz wymienionych byli jeszcze obecni chirurgowie z Wiednia, Dorpatu, Kopenhagi, Neapolu etc. W nieobecności pierwszego przewodniczącego LANGENBECKA, zagał kongres drugi przewodniczący VOLKMANN (Halle). „Pierwszy to raz — mówił — od czasu istnienia naszego Towarzystwa, prof. LANGENBECK nie może nam przewodniczyć. W ostatnich latach prosił on kilkakrotnie żeby go od tych obowiązków uwolnić, a obecnie przybycie jego do nas było absolutnie niepodobnem.“ Na podziękowanie za przewodniczenie kongresowi przez lat 14, na wniosek Volkmana wszyscy obecni powstali i obrali go raz na zawsze honorowym przewodniczącym kongresu.

Towarzystwo chirurgów, które w liczbie 200 zebrało się na tegoroczny kongres, utraciło czterech członków, którzy w ciągu roku zmarli, a zyskało nowych członków 18-tu. Na pierwszego przewodniczącego wybrano jednogłośnie prof. VOLKMANN, a na drugiego prof. BERGMANN. Wybór przewodniczącego wypadł bardzo szczęśliwie, zajmuje on bowiem nietylko bardzo wybitne stanowisko naukowe, ale nadto jest jednym z najmiłszych i najuczynniejszych uczonych. Szerszym kołom znany jest z powodu swoich poezyi, oraz dzieła bardzo zajmującego p. t. „*Planderein am französischen Kamın*“, które wyszło już w 12-tu wydaniach, a w którym opisuje rozmaite zdarzenia z czasów wojny francuskiej. Podał on je do druku pod bardzo przezroczytym pseudonimem „Leander.“

Dla przedyskutowania w czasie kongresu nagromadził się bardzo obfity materiał. Przecięciowo 25 odczytów zamieszczano każdego dnia na porządku dziennym. Pomimo pośpiechu i zredukowania dyskusyi do minimum, mała tylko część zapowiedzianych odczytów mogła być mieć miejsce. Dyskusyę o operacyach na pęcherzu moczowym zagał prof. KOENIG, który na zasadzie obfitych danych statystycznych zastanawiał się nad znaczeniem t. zw. *Boutonniere* i *Sectio alta*. Ostateczna teza, do której przyszedł jest, iż cięcie głębokie (*tiefer Steinschnitt*) może być zastosowany tam tylko, gdzie są kamienie małe i w niewielkiej liczbie, do operacyi *sectio alta* która zawsze życiu poważnie zagraża, uciekać się należy tylko wtedy, gdy kamień jest duży.

Przeciwnie zaś v. BERGMANN oddaje pierwszeństwo cięciu wysokiemu; zaprzeczył on iżby było ono tak dla życia pacjenta niebezpiecznym i twierdził iż najlepsze z tego rodzaju operacyi otrzymywał rezultaty. W rzeczy samej w ostatnich czasach B. kilkakrotnie wykonywał tę operacyę i zawsze uzyskał zagojenie *per primam*. Prof. SONNENBURG i dr. ISRAEL potwierdzali jego wywody jednakże pierwszy z nich przytoczył przypadki ze swojej praktyki, w których pomimo bardzo starannego szwu pęcherza, utworzyła się fistuła, która w żaden sposób zagoić się nie chciała a dr. ISRAEL opisał przypadek, w którym skutkiem zrosnięcia otrzewnej ze spojeniem kości łonowych, musiano przeciąć tę ostatnią. VOLKMANN przechylił się na stronę Koeniga i twierdził iż przez *Boutonniere* tak duże kamienie mógł być wydalac, że nie można było o nich nigdy przypuszczać iż mogą one przejść przez *sphincter urethrae*; przyznał też że cięcie wysokie jest zabiegiem bardziej eleganckim, jednakże dotychczas otrzymywane rezultaty tej operacyi nie są wystarczające dla polecenia częstego wykonywania tej operacyi. Tylko w kwestyi leczenia pooperacyjnego nie zgadza



się w zupełności z Koenigem, każe bowiem zakładać cewnik *à demeure*, kiedy K. wbrew pojęciom antyseptyki każe wypróżniać urynę bez cewnika. W rezultacie długa nad tym przedmiotem dyskusja nie przedstawiała wysokiego interesu i wszyscy przyznać musieli słuszność Kuesterowi (Berlin), który twierdził iż każdy operator wybierać powinien ten sposób operacji, który najlepiej wykonywa i do którego jest najwięcej przyzwyczajony.

Odkładając na później inne szczegóły kongresu wspomnę o dwóch faktach przedstawiających ogólne znaczenie i rzucających pewne światło na niektóre nasze lekarskie stosunki. Prof. Maas z Freiburga, który dla poratowania swego zdrowia w jednej z miejscowości Rivieri bawi i dlatego nie mógł brać udziału w czynnościach kongresu, listownie przedstawił obraz postępowania niektórych lekarzy w południowych Niemczech przy szczepieniu ospy. To co pisał było prawie niedo-uwierzenia. O pewnym lekarzu donosi iż przy szczepieniu ma zwyczaj dokonywać głębokiego cięcia od *regio deltoidea* aż do łokcia, poczem wciera limfę obiema rękoma do rany. Najgroźniejsze objawy bywają naturalnie następstwem takiego postępowania. Jakkolwiek taki fakt do wyjątków zaliczyć należy, to jednakże wszyscy się zgadzają na to iż kwestya szczepienia ospy jest u nas bardzo zaniedbana. Kiedy w naszym Uniwersytecie więcej niż 10 docentów wyklada auskultację i perskussję, zapowiedziany jest tylko jeden odczyt o szczepieniu ospy, a i ten bardzo mało jest uczęszczany. To też lekarz właściwie dopiero w praktyce swojej uczy się szczepić ospę. Ponieważ szczepienie ospy ochronnej jest operacją wysoce niepopularną i budzi wielką nieufność w ludzie, państwo powinno wszelkich dokładać starań żeby lekarze wykwalifikowani byli wyćwiczeni w technice szczepienia ospy i nawet przez odpowiedni examini udowodnili swojej znajomości tego przedmiotu. Sądzę iż wszyscy zgodzą się na propozycją prof. Maasa żeby wystąpić z odpowiedniem podaniem do Urzędu zdrowia państwa.

Młody lekarz zajmujący się specjalnie masażem dr. Landerer z Lipska, który dał się poznać gruntownemi w tej specjalności studjami, miał odczyt o leczeniu skoliozy masażem. Podług niego fizyologiczne skrzywienie w postaci litery S. kręgosłupa, który jest zupełnie prosty u noworodków, powstaje skutkiem kurczenia się mięśni, które w części szyjowej i lędźwiowej kręgosłupa najbardziej są rozwinięte. Skolioza powstaje też według niego skutkiem niejednostajnego ciśnienia i naciągania muskulatury z obu stron. Ponieważ wynika stąd zanik mięśni po jednej stronie, zatem starał się on leczyć ten zanik zapomocą masażu. Jakkolwiek zdania w tej kwestyi były bardzo sprzeczne, to jednakże faktem jest uderzającym iż Landerer w 20 przypadkach skoliozy tym sposobem leczenia doszedł w stosunkowo krótkim przeciągu czasu do zadziwiająco dobrych rezultatów. Pomimo bardzo widocznych i z demonstracją chorych połączonych wywodów, wykład ten przyjęty został bardzo chłodno, a nawet przewodniczący ironicznie się odezwał, iż jego pacyenci także gorsetem i masażem się leczą, on jednakże masowanie pozostawia swoim służącym. Odezwanie się takie o metodzie leczniczej, która na tory ścisłej obserwacji naukowej wstąpiła i która tak wielkie rokuje nadzieje naprzyszłość jak masaż, uważać należy za niewłaściwe w wysokim stopniu. Nieprzecywno iż porządny posługacz szpitalny potrafi masować, ale to bynajmniej nie przeszkadza temu żeby ludzie tacy jak Mosengeil w Bonn, Bergmann w Stokholmie, Busch w Berlinie z wielką dla chorych korzyścią tę gałąź medycyny uprawiali.



## ODCINEK.

### Kilka uwag o teorii fermentacyjnej gorączki.

Podał Dr. J. Zejdowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 29).

Zmniejszenie funkcjonalnej czynności gruczołów wykazane przez doświadczenia LEUBE, VELDEN'A, UFFELMAN'A, FRERICHS'A—doświadczenia ALBERT'A nad temperaturą krwi żyłnej wyciekającej z mięśni dolnych kończyn które wykazują że takowa (temperatura) nie jest wyższą od arteryalnej, a przytem doświadczenia pneumo i dynamometryczne u gorączkujących dowodzące osłabienia funkcjonalnej czynności mięśni, każą wykluczyć tak systemat gruczołowy albo mięśniowy jako główne źródła wytwarzanego ciepłika.

Natomiast w gorączce jeżeli weźmiemy na uwagę, hydratacyę białka we krwi, powiększenie ilości wody, zmniejszenie ilości soli nieorganicznych, węglowodanów, zmniejszenie ilości O we krwi, nieodpowiednie powiększenie ilości CO<sub>2</sub> (BERNARD, COZE i FELTZ, BRANARDEL, VALIN, FINKLER), większą lub mniejszą ilość niedotlenionych wytworów we krwi w pewnych okresach gorączki i przytem znaczne ilości wytwarzanego ciepłika, specyficznosc i cykliczny przebieg gorączek zakaźnych, to znajdziemy wielkie podobienstwo z objawami fermentacyi.

Przyjmując pogląd Cl. BERNARDA że fermentacya jest głównym procesem charakteryzującym chemię życiową i w zdrowym stanie, wypada nam przyjąć przy powiększonym wyrobieniu ciepła w czasie gorączki i nie źródła fermentacyi aniżeli przy normalnych warunkach.

Tylko przy takim poglądzie, znajdzie objaśnienie, osłabienie wszystkich funkcji u gorączkującego w silę tego co nam wiadomo o przyczynach pojawiania się, najlepszego rozwoju i następczości różnych rodzajów fermentacyi.

Już starożytni porównywali gorączkę z fermentacyą. Ogólne i niejasne poglądy istniały do średnich wieków, kiedy STAHL pierwszy położył podwalinę dla chemicznej teorii fermentacyi, następnie rozwiniętej przez LIEBIGA i podtrzymywanej do naszych czasów przez BERTHELOTA i HOPPE-SEYLER'A.

BAYLE przed 200 laty zwracał uwagę na ważność studiowania procesów fermentacyjnych dla objaśnienia objawów chorobnych.

Postawienie kwestyi w takim sensie, który może mieć znaczenie dla objaśnienia ciepła gorączkowego ustanowionem zostało właściwie w 1861 r. przez PASTEUR'A (w Niemczech przez jego następcę HALLIER'A) a później przez NÄEGELI (*Theorie der Gährung*).

Po badaniach PASTEUR'A wiążących objawy fermentacyi z życiem ustrojów roślinnych, zarodkowa teorya otrzymała pewne podstawy (GRIE-SINGER). W następstwie COZE i FELTZ, pierwsi skorzystali z jego idei dla objaśnienia powiękzenia temperatury w gorączce tyfusowej i septycznej. Dowiodłszy w obu przypadkach obecności niższych ustrojów we krwi, przekonawszy się szczepieniami tej ostatniej na zwierzętach o podobienstwie chorobnych objawów i nie mając danych przyznawać podwyższenia temperatury w skutek wzmożonej przemiany materii, przyszli do następującego określenia gorączki: „*Cette temperature est due probablement au developement rapide de ces éléments*” (str. 161).

Potem jak DEVAINE wykazał stałe pojawianie się bakteryi we krwi



zwierząt przy karbunkule, TIGZI, TAYON, przy tyfusie u ludzi, LEMAIRE w 1868 r. starał się ustanowić teorię, według której wszystkie miazmatyczne i zaraźliwe choroby są tylko odmianą jednego i tego samego procesu — wstąpienia do krwi i rozmnożenia się w niej mikroskopijnych organizmów. Dalsze rozwinięcie tej teorii znajdujemy u HALLIERA że każda zaraźliwa choroba ma swój odrębny grzybek.

W obecnym czasie kiedy ostatni fakt został stwierdzony szczepieniem na zwierzętach i ludziach, mamy zatem pełne prawo rozpatrywać objawy w zależności od życia niższych roślinnych organizmów.

Badania DAVAINE, KOCH'A, PASTEUR'A nad bakteriami karbunkułu; OBERMEJERA, MOCZUTKOWSKIEGO, MUENCHA zespierillami gorączki powrotnej; KOCHA, laseczniakiem suchót; FEHLEISENA, mikrokokkami róży; SCHUTZ'A i LÖFFLER'A, bakteriami nosacizny; BOCKARDA, gonokokkami gonorrhoei; PASTEUR'A, bakteriami wścieklizny, gnilnemi, kurzej cholery; EBERTH'A, LE-TZERICH'A nad bakteriami tyfusu brzuszego; BURGÉR'A, bacillami kokluszki; LEYDEN'A, mikrokokkami *meningitis cerebrospinalis*; MACKENZIE, bakteriami dyfterytu; FRIEDLÄNDER'A, mikrokokkami zapalenia płuc — wykazują konieczności wypowiedzianego wniosku o pochodzeniu ciepła gorączkowego.

Dane przekonujące o rozwijaniu się ciepła przy fermentacji spotykamy u ATKINSON'A (Uniwersytet Japoński) w jego doświadczeniach nad fermentacją ryżu z dodatkiem spor, *eurotium oryzae*. Ilość ciepła oswobodzonego przy fermentacji była tak znaczną, że temperatura ryżu mogła być podtrzymywana w ciągu kilku dni na wysokości 103,9° Fahr. a temperatura pokoju została podniesioną do 82,7° t. j. prawie dwa razy wyżej od temp. powietrza zewnętrznego. Przytem temp. masy fermentującej spadła w 2-gim dniu na 1/2° niżej temp. otaczającego środka, następnie temp. masy podnosiła się z rozwijaniem się zarodków. HARLEY zwraca tu uwagę na podobieństwo tablicy temp. z tablicą temp. u człowieka gorączkującego, mianowicie na analogię w spadku temp. z dreszczem w początku chorób zakaźnych. Zresztą spadek temp. w peryodzie inkubacyjnym gorączek zakaźnych stwierdzili BOTKIN, WEBER, a przy doświadczeniach FINKLER, NAUNYN i inni.

Pomnożeniu zarodków towarzyszy wzmoczone potrzebowanie O i powiększone wydzielanie CO<sub>2</sub>. Niedostatek O lub nadmiar CO<sub>2</sub> w środku otaczającym wstrzymuje rozwój zarodków. Jednocześnie z rozwijaniem się zarodków w ryżu ma miejsce powiększenie ilości wody i rozpuszczonego białka, zmniejszenie ilości soli nieorganicznych i wodorów węgla.

Takim sposobem, ryż służąc za podstawę dla rozwoju spor *Eurotium* pod względem chemicznym przechodzi przez przemiany analogiczne z odbywającymi się we krwi w czasie gorączki. W obu razach mamy przy sobą: powiększenie ilości wody, hydratację białka, zmniejszenie ilości węglowodanów i soli nieorganicznych, powiększenie ilości CO<sub>2</sub>, zmniejszenie ilości O w środku otaczającym i przy tem wszystkiem wzmoczone tworzenie się ciepła.

Jeżeli zestawimy rozwój spor w ryżu z rozwojem zarodków innych roślin, to okaże się że rozszczenie tworów białkowatych pod wpływem rozwoju spor *Eurotium* ma miejsce w sposób analogiczny i przy rozwoju innych zarodków.

Zmiany jakim ulega białko, przy rozwoju zarodków wskazuje nam po 1-sze że charakter przemiany azotowej przy tyfusach, może być warunkowanym przez zarodki bez udziału ustroju a po 2-re że wytworzone ciepło oswobadza się mianowicie w peryodzie przejścia zarodków w skończoną formę (TYNDALL).



Falowanie temp. w czasie gorączek zakaźnych bez widocznych przyczyn znajduje tłumaczenie w peryodyczności rozwoju spor. Doświadczenia HARLEYA ze szczeniakiem *filariae sanguinis hominis* potwierdzają ten pogląd.

Cykliczność przebiegu gorączek zakaźnych również znajduje tłumaczenie z punktu widzenia teorii fermentacyjnej. Z ustaniem życia zarodków kończy się i gorączka.

Wstrzymanie się processu fermentacji, zależy z jednej strony od niedostatku pokarmu potrzebnego dla życia niższych organów, lub też jak to przypuszcza MIECZNIKOW od przeciwdziałania tak zwanych fagocytów <sup>1)</sup> z drugiej zaś że wytwory rozpadu i wydzielin mikrokwów (ptomainy, podług HERICOURT'A) jeżeli nie są wydzielane działają w sposób jadowity i wstrzymują rozwój zarodków (BLAUKEUHORN, BREFFELD, PASTEUR i inni).

Przemiana materji przy tyfusach charakteryzowana przez różnorodne wytwory hydratacji białka a przy nadmiarze jego w ustroju, przewagą w wydzielinie dotlenionych tworów, jest z punktu widzenia teorii fermentacyjnej, rezultatem rozwoju i życia niższych organizmów i podniesionej temperatury. Nagromadzenie się we krwi niedotlenionych wytworów jest następstwem niedostatku tlenu we krwi, w znacznej części zużytkowywanego przez pasożyty roślinne, co też i wywołuje rozpad ciałek czerwonych krwi. Tylko ze śmiercią pasożytów, O zostaje znowu zużytkowywanym przez ustrój i dlatego też przy końcu gorączek spotykamy się z epikrytycznym wydzieleniem mocznika.

BOTKIN przypuszcza że możliwe nagromadzenie się niedotlenionych tworów we krwi, wstrzymuje fermentację.

Nakoniec teorya fermentacyjna najlepiej tłumaczy bystre padanie temperatury przy końcu chorób zakaźnych oraz pośmiertne podwyższenie temperatury.

Ponieważ śmierć może nastąpić przed wyczerpaniem materiału pokarmowego dla pasożytów, to i podwyższenie temp. wkrótce po śmierci znajduje swoje objaśnienie. Jeżeli widzimy że życie zgasło, krążenie krwi ustało, wpływ systematu nerwowego został wstrzymanym, to czyż możliwym jest wprowadzanie podwyższenia temperatury jako skutek przemiany materji lub wpływu systematu nerwowego?

O ile w przypadkach gorączek, w których wpływ niższych organizmów może być wykluczonym, jak np. w gorączce przy głodzeniu, wstrzyknięciu wody przekroplonej do krwi, złamaniach, mamy do czynienia z rzecząwiastą hyperprodukcyjną ciepłiką, jest kwestyą do rozstrzygnięcia.

Jak to wyżej widzieliśmy, przy gorączce głodowej ilość wydzielanego mocznika jest zmniejszoną; ponieważ działanie sił molekularnych t. j. processa fizyko-chemiczne w komórce pozostają pod wpływem systematu nerwowego (PAALZEW, MOLLESCHOTT, PLATEN, PFLÜGER), możliwym jest przypuszczenie, że oswobodzenie ciepłika po nad normę fizyologiczną w tych przypadkach jest następstwem niedostatecznego odżywienia ośrodków nerwowych, lub też tak zwanego „choc“, zmieniających napięcie sił molekularnych i warunkujących tym sposobem, oswobodzenie wzmiankowanych sił pod formą ciepłika po nad normę fizyologiczną. Jeżeli gorączkę uważamy jako nadmierny wyrób ciepłika, to w tych przypadkach, ściśle rzeczy biorąc takowego nie mamy przed sobą, albowiem źródło wywiązanego ciepłika jest fizyologiczne, gdy przy hyperprodukcyjnej cechującej gorączkę jest ono jak to wyżej widzieliśmy patologicznego pochodzenia.

<sup>1)</sup> Patrz ZEJDOWSKIEGO „Siła lecznicza ustroju ludzkiego w stosunku do cholery”.



Co do terapii gorączek, wypada, że zastosowana metoda o tyle będzie racjonalną o ile skierowaną będzie przeciwko pierwszej przyczynie t. j. nienormalnej fermentacji w ustroju.

Na tym punkcie, metody, przeciwwzapalna i przeciwgorączkowa, schodzą się.

Tak dobrze wstrzymany dostęp powietrza (przy zranieniach) zastosowanie zimna, dezynfekcyja ogniska, jak metoda antitermiczna (kąpiele ochładzające), chinina, arszenik, sublimat, kwas salicylowy i t. d. objawiają swój wpływ na obniżenie ciepłoty, przez powstrzymanie rozwoju niższych organizmów roślinnych powodujących nienormalną fermentacją, niezależnie od wpływu tych środków na funkcyje układu nerwowego.

Odporność ustroju warunkowaną jest z jednej strony, stanem narządów trawienia, w których wydzielane soki trawią pasożyty; ztąd też wypada że przestrzeganie sprawności funkcyi trawienia przy leczeniu gorączek jest momentem bardzo ważnym. Z drugiej strony, należy mieć na uwadze zdolność ameb (phagocytów podług MIECZNIKOWA) <sup>1)</sup> resp. białych ciałek krwi pochłaniania niższych organizmów roślinnych które się do ustroju człowieka dostały. Możliwy przebieg i zakończenie gorączki, warunkowanemi są w tej mierze indywidualnością chorego.

Rozwielenienie się nieproszonego gościa w ustroju wraz z następstwami t. j. nie z wyjątkiem wysoki stopień gorączki przy danej formie, będzie dowodem albo niedostatecznej odporności ustroju albo też niedostatecznej interwencji w początkach rozwoju procesu fermentacyjnego.

Uganiecie się lekarza za środkami antipyretycznymi sensu strictiori w tym okresie jak: kairyna, antipiryna i t. d. będzie działaniem spóźnionem i nieusprawiedliwionem, tembardziej że środki te jako wyczerpujące tonus systematu nerwowego tylko szkodę przynieść mogą, a funkcyje tego systematu manifestujące się między innymi przez porażenie serca, są w wysokim stopniu osłabione przez nagromadzenie się wytworów niedotlenionych we krwi jak: leucyna, tyrozyna (Frerichs, Murchison, Schottin, Zuelzer) oraz ich derywatów jak: ammoniak, kwasy: szczawiowy, butyrowy, waleryanowy (Neubauer) hippurowy (Maack) fenol, (Weyl, Brieger, Blenderman).

Znaczenie jakie odgrywa przy syphilis, merkuryusz; przy cholera— miedź (Burg, Graves); przy *intermittens, f. recurrens* arszenik; usprawiedliwiają przypuszczenie możliwości wzbogacenia pola terapeutycznego przy gorączkach zakaźnych przez zbadanie stosunku innych środków przeciwko rozmaitym pasożytom. Spostrzeżenia DESPLATS z salicylanem bizmutu oraz Imbert-Gourberge z arszenikiem przy tyfusie brzuszny, każą się spodziewać pomysłnych rezultatów na tej drodze.

---

Literatura w broszurze „K waprośu o lichoradkie“ Wasiljewa. St. Pet. 1884.

### Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, stosownie do warunku w testamencie ś. p. Jana Bęcwicza uczynionego, ogłasza, że na posiedzeniu swem w dniu 19 Czerwca r. b., działając z upoważnienia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przyznał wsparcia z legatu d-ra Bęcwicza za rok 1886 następującym 5-ciu wdowom, po lekarzach polakach wyznania Chrze-

<sup>1)</sup> Patrz: ZEJDOWSKIEGO: „Siła lecznicza ustroju w stosunku do cholery“. Warszawa 1885 r.



ściańskiego, dla każdej po rs. 90 a mianowicie: 1) Komaniewskiej Julii, wdowie po Franciszku Komaniewskim lekarzu powiatu Nowo-Mińskiego, 2) Kuczykowej Józefie wdowie po Franciszku Kuczyku, niegdy lekarzu dominijalnym w Międzyrzeczu, 3) Linhard Maryi, wdowie po Karolu Linhardzie lekarzu komendy inwalidów w m. Wolborzu. 4) Pędowskiej Julii, wdowie po Szymonie Pędowskim lekarzu praktykującym w m. Kielcach. 5) Wierzbickiej Maryi, wdowie po Andrzejku Wierzbickim lekarzu praktykującym w Warszawie. Wsparcia te wypłacone zostały w dniu 24 Czerwca r. b. jako w dniu imienia testatora.

Z upoważ. Komitetu, Członek Zarządzający funduszami *Dr. Szokalski.*

— Otrzymujemy z Beresteczka co następuje:

*Kokaina w dysenterji u dzieci.* Trzechletni chłopczyk P. Z. w pierwszych dniach Czerwca b. r. zapadł na krwawą biegunkę, poprzedzoną silnymi gorączkowemi stanami boleściowemi w brzuchu, wymiotami, — słowem, wystąpiły objawy zapalne umiejscowione w kiszce odходowej, z chorobotwórczemi wypróżnieniami dysenterycznymi. Po zadaniu kalomelu, Oleju rącznikowego, proszku z frach. Myrobolam. Chabat. objawy zapalne ustąpiły, ale parcia na stolec występowały tak często i były połączone z tak silnem dęciem się, że obawiałem się wysunięcia wyprostnej kiszeczki, co jak wiadomo u dzieci, przy pierwszej biegunce bywa częstym i nader niemiłym objawem i przytem bolesne parcia niesłychanie męczą dzieci, gdyż niedają mu zasnąć i wymiotują; ogromne rozdrażnienie nerwowe. Nie jestem zwolennikiem nawet w takich razach uciekać się do narkotyków u małych dzieci, szczególnie w obec ząbkowania, jak to tu miało miejsce, z doświadczenia zaś wiem że wszelkie enemaki krochmalne z oliwą i t. d., prędzej mają ujemny skutek, gdyż niemogą być wprowadzone do kiszki, bez jednoczesnego jej podrażnienia, że zaś przy dysenterji tak nader częste parcie na dół i dęcie zależy od podrażnienia zakończenia nerwów czuciowych na błonie śluzowej kiszki odходowej, i szczególnie ze samego jej wylotu, przeto opierając się na postrzeżeniach autorów oo do znieczulającego działania kokainy na błony śluzowe, postanowiłem w danym przypadku zastosować ten środek, a mianowicie, penzlować od czasu do czasu wylot kiszki odходowej 16<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworem *cocaini muriatci*, z dodaniem gliceryny. Skutek był nadszpiewany, gdyż już po kilku penzlowaniach w odstępach kilku-godzinnych parcie ustało, i stolce aczkolwiek częste, ale występowały bez objawu owego bolesnego dęcia się. Skurez kiszki został zniesiony, ewakuacja była obfita, kiszka uwolniona została od produktów dysenterycznych i w ten sposób rozpoczęła się stopniowo konwalescencya. Spostrzeżenie to nad zastosowaniem zewnętrznem kokainy w dysenterji u dzieci uważam za nader cenny nabytek, i dla tego spieszę podzielić z tymi z kolegami, którzy w obecnej porze zapewne nie w jednym wypadku będą mogli zastosować proponowany środek, i w ten sposób skonstatują ażali on rzeczywiście może mieć taką wartość w dysenterji u dzieci, jak to po tym jednym przypadku, chciałbym przypuszczać? Mając świeżo praktyczną doniosłość na uwadze tego środka, upraszam Szanowną Redakcję Medycyny o pomieszczenie w łamach swego pisma tego mojego spostrzeżenia, tem bardziej, że dotąd niespotykałem się nigdzie z opisem podobnego zastosowania kokainy!

*Dr. med. W. Zaborowski.*

**Zagraniczne.** We Lwowie odbyło się nadzwyczajne posiedzenie miejscowych lekarzy, na którem rozbievano kwestję czy nie należy odbyć Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w roku przyszłym zamiast we Lwowie, w Krakowie, z powodu iż w tem ostatniem miejscu projektowaną jest wystawa przemysłowa w tymże samym czasie. Na wniosek jednakże kolegi Paszkowskiego postanowiono nie zgodzić się na tę propozycję. Zjazd zatem odbędzie się w Krakowie.

— Prof. Marcelli NENCKI w Bernie został wybrany na Rektora Uniwersytetu.

**Sprostowanie.** W Nr. 29 na str. 483, wiersz 21, zamiast 1,5<sup>o</sup> C., powinno być 15<sup>o</sup> C. Na str. 484, wiersz 38 zamiast *nowotworów* powinno być *wytworów*.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. FRITSCHE.