

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	" 2 " 50			półrocznie.....	rs. 3
		kwartalnie.....	" 1 " 25				

TREŚĆ: Od Redakcyi. — Z pracowni fizyologicznej uniwersytetu Warszawskiego. Kilka słów o działaniu *pilocarpini muriatci* na ustrój zwierzęcy. Podał prof. F. NAWROCKI. — **Kazulistyka.** Kilka słów o atropinie jako leku przeciw nerwobólom. Podał dr. J. JANAKOWSKI, z Odessy. — **Wykłady kliniczne.** O gorączce przyrannej gnilnej i niegnilnej. Streszczenie wykładu GENZMER'a i VOLK-MANN'a, przez dra Wł. MATLAKOWSKIEGO. — **Streszczenia i wyciągi.** O wczesnym objawie władu rdzenia kręgowego. — **Przegląd biblijograficzny.** Odprowa p. KADLEROWI, autorowi broszury o leczeniu przyniotu bez pozostawania w mieszkaniu i t. d. Przez dra E. KLINKA. (c. d.) — **Wiadomości z medycyny publicznej.** Wadliwość kanalizacji Londynu. — **Korespondencyja Administracyi.** — **Ogłoszenia.**

OD REDAKCYI.

W ostatnim N-rze czasopisma naszego z roku ubiegłego przedstawiliśmy czytelnikom pobudki i sposób w jaki przy dzisiejszych szczyptych ramach „MEDYCYNY” postaramy się rozszerzyć dział medycyny publicznej i jakie mamy zamiary, w razie zapewnienia nam przez czytelników środków wydawniczych, na rok przyszły. Obecnie pragniemy zwrócić uwagę na dążenia nasze ku temu skierowane celowi, aby MEDYCYNA zaspakajała konieczne potrzeby naukowe lekarza praktycznego zupełnie, niż to dotąd miało miejsce.

Aczkolwiek tak dla nas jak dla naszych czytelników cały obszar wiedzy lekarskiej jest zarówno ważny i zajmujący, aczkolwiek żadne czasopismo lekarskie w naukowym kierunku prowadzone nie może więcej uwzględniać jednych, a pomijać całkiem innych jej działów; to jednak każdy z nami na to się zgodzi, że dla nas najcenniejszym wydawać się musi rozwój ojczystego piśmiennictwa lekarskiego, a zapoznawanie z jego postępowaniem jest nie tylko naukowym, lecz i obywatelskim obowiązkiem naszym. Niestety, nie posiadamy dotąd takiego wydawnictwa, któreby przedstawiało do kł a d n y obraz tego rozwoju i postępu. Za ledwie od lat kilku, dzięki kommissyi utworzonej w łonie Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, możemy zapoznać się z pracami polskich lekarzy z krótkich sprawozdań pomieszczanych w „Rocznikach HIRSCHE'a i VIRCHOW'a”. O ile z jednej strony cieszymy się z tego, że tą drogą zaznajamiamy cudzoziemców z plodami piśmiennictwa naszego, o tyle wielce ubolewamy nad tem, że *Jahresbericht* jest jedynym źródłem, z którego Polak dowiedzieć się może o tem co w ciągu roku rodacy jego drukiem ogłosili. Starając się temu upokarzającemu niedostatkowi zaradzić, po dwakroć powracaliśmy w MEDYCYNIE do przeglądu czasopism lekarskich polskich. Mimo to przyznajemy, że rzeczony przegląd nie obejmował wszystkich

prac polskich, a zabierał tyle miejsca że nie starczyło nam go na przegląd niejednej ważnej pracy cudzoziemskiej, którą nieraz zmuszeni byliśmy pomijać milczeniem. Obecnie postanowiliśmy braki te, przynoszące rzeczywistą szkodę czytelnikom, usunąć, w sposób następujący:

1. Dział przeglądu czasopism lekarskich polskich ograniczamy do przeglądu lub streszczeń jedynie ważnych i na rozpowszechnienie zasługujących dzieł, broszur lub artykułów dziennikarskich polskich, wkrótce po ich ogłoszeniu pomieszczanych; sprawozdań o tego rodzaju pracach dostarczać nam będą specyjalni sprawozdawcy niżej wymienieni.

2. Celem zaś przedstawienia czytelnikowi ca ł k o w i t e g o obrazu naszego piśmiennictwa lekarskiego, wydawać będziemy oddzielnie *R o c z n i k m e d y c y n y p o l s k i e j*, którego treść główną stanowić będzie przegląd wszystkich prac lekarskich polskich, w ciągu roku drukiem ogłoszonych; o układzie i wykonaniu zamierzonego wydania *R o c z n i k a w r. bież.*, w czasie właściwym szczegółowo pomówimy.

3. Tym sposobem dział przeglądu piśmiennictwa cudzoziemskiego rozszerzamy o tyle, aby żadna ważna praca nie została w nim pominięta. W tym celu zawiązaliśmy grono specyjalnych sprawozdawców, którzy z fachowego swego uzdolnienia i sumiennosci w wykonaniu przyjętych zobowiązań znani, dają nam wszelką rękojmię że w wyczerpującem sprawozdaniu lub streszczeniu, stosownie do ważności danej pracy, *MEDYCYNA* rychło swoich czytelników o tem wszystkim zawiadomi, co na uwagę lekarza praktycznego zasługuje.

Oto nazwiska tych kolegów, którzy z pojedynczych działów wiedzy lekarskiej zobowiązali się dostarczać nam co miesiąc sprawozdań, streszczeń lub wyciągów nietylko z prac polskich, ale i cudzoziemskich, dla naszych czytelników za odpowiednie uznanych:

Fizjylogia, choroby nerwowe i elektroterapia, prof. F. NAWROCKI.

Patologia i terapia ogólna, HERTZ Aleksander.

Choroby przyrzędu oddechowego, SOKOŁOWSKI, z Goerber sdoifu.

Choroby trzewiów brzusznych i układu krwionośnego, DUNIN.

Choroby zakaźne i Farmakologia, DOBRZYCKI, z Mieni.

Chirurgia ogólna, MODRZEJEWSKI.

Choroby chirurgiczne kończyn, ORŁOWSKI Władysław.

Choroby chirurgiczne tułowia, MATLAKOWSKI.

Choroby mózgowia i rdzenia kregowego, GAJKIEWICZ.

Położnictwo i choroby kobiece, ROGOWICZ.

Choroby dziecięce, SZNABL.

Choroby przyrzędu wzrokowego, KOŚMIŃSKI.

Choroby weneryczne i skórne, KLINK.

Choroby umysłowe, ROTHE.

Medycyna sądowa i choroby przyrzędu słuchowego, FRITSCHÉ.

Medycyna publiczna i Statystyka, MARKIEWICZ, z Soczewki.

Dyjetetyka i Balneoterapia, KRAJEWSKI Wł., z Teplitz.

Klimatoterapia, DOBIESZEWSKI, z Marienbadu.

Z PRACOWNI FIZYJOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

Kilka słów o działaniu pilocarpini muriatki na ustrój zwierzęcy.

Podał prof. F. Nawrocki.

Rozgłos, jaki pilokarpina (alkaloid *Jaborandi*) zyskał u wielu lekarzy jako środek napotny ($\frac{1}{3}$ grana w 16 gr. wody wstrzyknięta podskórnie wywołuje u zdrowego człowieka obfite poty), pobudził mnie do badania jej działania na ustrój zwierzęcy, tem więcej, że o tem w piśmiennictwie lekarskiem znajdujemy tylko krótkie podania, a mianowicie: S. A. POPOWA (*Medycyński Wiestnik* 1877. Nr. 23 i 24), J. N. LANGLEY'A (*Studies from the physiological Laboratory in the University of Cambridge*, Part III 1877 str. 43) i B. LUCHSINGER'A (*Pflüger's Archiv* 1877 Bd. XV str. 482).

POPOW wykazał na żabach, psach i królikach, że pilokarpina sprowadza spokój lub zwolnienie uderzeń sercowych, drażniąc zakończenia obwodowe nerwów błędnych; prócz tego zauważył, że zwiększa ona pobudzalność nerwów błędnych, gdyż po zadaniu tego środka znacznie słabsze prądy przerywane (indukcyjne) sprowadzają zupełny spokój serca. Pilocarpiną wywołane zwolnienie uderzeń sercowych możemy natychmiast znieść wstrzykując małe ilości atropiny, lecz jeżeli poprzednio przez atropinę końce obwodowe nerwów błędnych były porażone, to i znaczne ilości pilocarpiny nie są w stanie przywrócić ich pobudzalności. Tymczasem LANGLEY podaje, że u żaby można kilka razy naprzemian pilokarpiną wywołać spokój serca a atropiną ruchy jego wzbudzić.

Wyniki moich doświadczeń na psach, kotach i królikach zgadzają się zupełnie z podaniami POPOW'A; jedynie zwiększenia pobudzalności nerwów błędnych nie zdołałem w żadnym przypadku wykazać: zawsze widziałem, że po wprowadzeniu pilokarpiny do krwi pobudzalność tych nerwów znacznie się zmniejszała, gdyż potrzeba było daleko silniejszych prądów przerywanych by otrzymać wyraźne zwolnienie ruchów sercowych.

LANGLEY wykazał, że wstrzyknięcie małej ilości pilokarpiny do *v. saphena* po 30 sekundach wywołuje silne wydzielenie śliny z ślinianki podżuchwowej (*glandula submaxillaris*), nawet po przecięciu struny bębnekowej (*chorda tympani*) i szyjowej części nerwu spółczulnego (sympatycznego); wielkie ilości pilokarpiny wstrzymują zupełnie wydzielanie śliny. W moich doświadczeniach, jakie wykonałem na śliniance przyusznej (*parotis*) i podżuchwowej u kotów, po przecięciu odpowiednich nerwów wydzielniczych (t. j. *auriculotemporalis* dla *parotis*, *chorda tympani* dla *submaxillaris*, i *sympathicus colli* dla obydwóch tych gruczołów), widziałem, że po wstrzyknięciu 5 milgrm. pilokarpiny [w kilka sekund pojawiło się obfite wydzielenie śliny z przewodów STENON'A i WHARTON'A. Jeden milgrm. atropiny, natomiast wstrzymywał nadmierne wydzielanie śliny, a potem pobudzić już go nie mogłem, wstrzykując nawet znaczne ilości pilokarpiny, jak to LANGLEY w swej pracy utrzymuje. B. LUCHSINGER widział u młodego kota, z przeciętym jednym nerwem kulszowym (*n. ischiadicus*) któremu

wstrzyknął podskórnie jeden centigram pilokarpiny, że wszystkie cztery łapy zarówno pokryły się potem. Również, aczkolwiek słabsze wydzielanie potu widział LUCHSINGER na tylnej łapie, której nerw przed 2 dniami został przeciętym; lecz gdy po 6 dniach powtórzył to doświadczenie, to łapa z przeciętym nerwem pozostała suchą. Pomimo tych wyników LUCHSINGER zwraca uwagę na podobieństwo zachodzące między działaniem pilokarpiny, nikotyny i kalabaru, i stara się zapomocą bardzo skomplikowanego doświadczenia (zob. jego pracę str. 485) wykazać, że pilokarpina działa na ośrodek potowy, znajdujący się wedle jego zdania w rdzeniu kręgowym. Doświadczenia nad wpływem pilokarpiny na wydzielanie potu u kotów robiłem już dawniej, gdyż i ja sądziłem *a priori*, że pilokarpina działa na ośrodek nerwów pot wydzielających i dla tego chciałem użyć tego środka lekarskiego, ażeby oznaczyć miejsce wymienionego ośrodka. Lecz wkrótce przyszedłem do wyników wprost przeciwnych. Jeżeli przeciąłem na obwodzie nerwy potowe t. j. kulszowy dla tylnej łapy, pośrodkowy (*medianus*) i łokciowy (*ulnaris*) ¹⁾ dla przedniej, lub rdzeń kręgowy w rozmaitych miejscach (poczynając od 9 aż do 3 kręgu grzbietowego), i wstrzykiwałem pilokarpinę tego samego dnia, to wszystkie łapy jednakowo pokrywały się potem; następnego dnia skutek już nie był tak pewny: raz dodatni, drugi raz ujemny; lecz jeżeli 3, 4 lub więcej dni przeczekałem, to wtedy po wstrzyknięciu pilokarpiny oddzielone od ośrodka potowego kończyny już więcej nie wydzielaly potu. Z tego możemy tylko ten wyprowadzić wniosek że nerwy potowe, nie zostające już pod wpływem ich ośrodka nerwowego, bardzo szybko tracą swą pobudzalność.

Winienem jeszcze dodać, że po wstrzyknięciu pilokarpiny wydzielanie potu nie tak szybko i obficie występuje, jak wydzielanie śliny, łez, a przedewszystkiem śluzu z gruczołów oskrzelowych i tchawiczych. Przy tych doświadczeniach wstrzykiwałem zwykle 5 milgrm. pilokarpiny rozpuszczonej w 1 ctm. sześ. wody w żyłę zaskórną nogi lub szyjową zewnętrzną (*jugularis externa*). Użyte przy doświadczeniach *pilocarpinum muriaticum* sprowadziłem od TROMMSDORFF'A w Erfurcie.

Doświadczenia te dokonałem wspólnie z dr. HEYMANEM. Kolega HEYMAN dalej je prowadzi w mojej pracowni i poda o nich obszerne sprawozdanie.

¹⁾ Dalsze badania wykazały, że tylko niekiedy n. pośrodkowy (*medianus*) wyłącznie zawiera włókna potowe dla gołych miejsc przedniej łapy, najczęściej znajdują się one zarówno w n. pośrodkowym jak i łokciowym, a mianowicie: przy drażnieniu pośrodkowego otrzymujemy wydzielanie potu na gołych miejscach 1-go, 2-go, 3-go i pośrodkowej (*mediale*) połowy 4 palca, na dośrodkowym i środkowym dziale podeszwy trójdzielnej; przy drażnieniu zaś n. łokciowego otrzymujemy wydzielanie potu na bocznej (*laterale*) połowie 4-go palca, na 5-ym palcu i na bocznym dziale podeszwy.

K A Z U I S T Y K A.

Kilka słów o atropinie jako leku przeciw nerwobólom. Do najdawniejszych w medycynie leków zaliczyć należy *W i l c z ą j a g o d ę*, (*Atropa belladonna*), albowiem już PLINIUS wspomina o roślinach żrenięcą rozszerzających, a VAN SWIETEN potrafił zużytkować wileczą jagodę w chorobach oczu.

Dzięki postępom chemii organicznej usuniętemi zostały wszelkie niedokładności i trudności w ścisłem oznaczeniu dawki, a to przez otrzymanie atropiny i wytworzenie jej soli; liczne zaś z siarczanem atropiny czynione doświadczenia, przekonały o niezaprzeczonej działalności atropiny nie tylko w oftalmiatryce, ale i w cierpieniach tężeczowych i skurezowych.

W ogólności działanie atropiny ujawnia się na nerwach: rzęskowym, dodatkowym WILLIS'A, błędnym i spółczulnym. Ostatniemi czasy przetwórcę ten stosowany w nerwobólach okazał się mniej skutecznym niż morfina, jednak w r. 1874 pomieszczono w łamach „MEDYCYNY” doniesienie, że nerwoból międzyżebrowy (*neuralgia intercostalis*) nieustępujący działaniu różnych leków, nawet takich jak chloform i morfina, uleczony został dwukrotnem zastrzyknięciem pod skórę trzech kropli roztworu 1 gr. siarczanu atropiny w dwóch drachmach wody ($\frac{1}{90}$ gr.) z nadmienieniem, że ślady zatrucia szybko się pojawiły. Cztery razy stosowałem lek ten z powodu nerwobólu międzyżebrowego i nigdy nie dostrzegłem, ani śladów zatrucia ani też uśmierzenia bólu. Nierównie wybitniejszy dowód bezskuteczności atropiny w nerwobólach pozyskałem w miesiącu ubiegłym.

Przekonawszy się o prawdziwości rady TRINCKENHAUS'A, że dla uniknięcia nudności, a często i wymiotów dodawanie $\frac{1}{10}$ objętości strzykawki PRAWAZ'A 1% roztworu siarczanu atropiny (na $\frac{3}{10}$ 2% roztworu morfiny), w przypadku nerwobólu kulszowego (*ischias nervosa postica Coturni*) u mężczyzny 50 letniego, przepisałem obadwa te roztwory i pozostawiłem takowe u chorego, aby były pod ręką gdy doń przybędę, jak zwykle z rana, dla zrobienia zastrzykiwania podskórnego. Napady, zmienione w ból ciągły, to silniejszy, to słabszy dokuczały choremu ciągle, a ulga jakiej doznawał z początku leczenia po każdym wstrzyknięciu, zaledwie 12 do 14 godzin trwała tak, że wieczorem lub w nocy, zmuszony dolegliwym bólem chory sam sobie robił zastrzykiwania podskórne powyżej punktu bolącego (VALLEIX), jak w tym razie powyżej główki kości strzałkowej (*caput fibulae*). Dnia 18 Lipca r. z. między god. 12-ą a 1-ą w nocy przez omyłkę zamiast roztworem morfiny napełnił chory całą strzykawkę PRAWAZ'A roztworem siarczanu atropiny ($\frac{1}{3}$ grana) i takowy pod skórę sobie wstrzyknął. Rychło się opatrzył, przybiegł do mnie po ratunek z oznakami silnego zatrucia: oprócz ogromnego rozszerzenia źrenic, nabiegnięcia krwią naczyń spojówek ocznych, suchości w jamie ustnej, ściskania w gardle, zaledwie szeptem dozwalającego choremu opowiedzieć o tem, co zaszło, doświadczał on bólu głowy i odurzenia; tętno 104, drżenie i niemożność chodzenia, rzecby można, że ostatki tej władzy użył chory by przybieść do mnie. Dwa zastrzyknię-

cia 6%^o roztworu morfiny i okłady lodowe na głowę zażegnały niebezpieczeństwo zatrucia; chory wkrótce zasnął i spał spokojnie kilka godzin.

Chociaż przypadek ten raz jeszcze wymownie potwierdził przeciwnicze działanie morfiny na atropinę, to jednak stanowczo zaprzeczył skuteczności atropiny w nerwobólach, albowiem chorego z pokrzepiającego snu wyrwało właśnie nieznośne uczucie bólu w okolicy główki kości strzałkowej, jakiego poprzednio doznawał. Nie ośmieliłem się też, po wprowadzeniu do ustroju prawie równocześnie tak silnie działających leków i w tak znacznych ilościach dokonać zwykłego zastrzyknięcia morfiny. Z biegiem czasu przy łagodzących napady bólu zastrzykiwaniach morfiny, przy użyciu nadto przez dni 40 wcierań z błota limanowego i kąpeli limanowych, wreszcie przy użyciu *hyosciamini* podług przepisu d-ra OULMONT'A chory pozbył się swego cierpienia.

Szczegóły te przytaczam dla wykazania i wyświeetlenia małej (ba! nawet żadnej) skuteczności atropiny w nerwobólach. Chory nie skarżył się na ból tylko wtedy, gdy był atropiną zatruty, a jeżeli tak wielka dawka jak $\frac{1}{3}$ grana nie wywarła trwalszego działania na przebieg i natężenie nerwobólu kulszowego, to dla czegożby dwa zastrzyknięcia po $\frac{1}{60}$ grana miały być skuteczniejszymi w nerwobólu międzyżebrowym? Że zaś niewątpię ani na chwilę, że podobny skutek zauważano dopiero po zastosowaniu innych środków leczniczych, być więc może że działanie tamtych zostało przypisanem użytej nakoniec atropinie. Cztero-krotne użycie jej w nerwobólu międzyżebrowym całkiem mnie zawiodło; czy kto inny był szczęśliwszym i potwierdził spostrzeżenie ogłoszone w r. 1874, dotąd nieczytałem.

Radbym, ażeby koledzy, którzy atropinę w nerwobólach stosowali, spostrzeżenia swoje do powszechnej wiadomości podali; radbym, ażeby się sprawdziła tak świetna jej skuteczność w nerwobólu międzyżebrowym, który po 2-ch wstrzyknięciach $\frac{1}{60}$ grana ustąpił na całe pięć miesięcy. Pożądaną nadto jest rzeczą dokładne wskazanie miejsca robionych wstrzykiwań, czego w powołanej wiadomości w **MEDYCYNIE** nie znalazłem.

Odessa, d. 19 Sierpnia 1877 r.

Dr. J. Janakowski.

W Y K Ł A D Y K L I N I C Z N E.

O gorączce przyrannej gnilnej i niegnilnej.

Streszczenie odczytu GENZMERA i VOLKMANN'A ¹⁾

przez Wł. Matlakowskiego, asystenta kliniki chirurgicznej.

Na zasadzie licznych doświadczeń czynionych na zwierzętach, którym wstrzykiwano w tkankę podskórną, lub wprost do krwi ropę, posokę lub ciecze gnijące, BILLROTH i C. O. WEBER stworzyli swoją ogólnie przyjętą teorię gorączki traumatycznej. Według tej teorii gorączka przyrana powstaje skutkiem przedostania się do krwi ciał trujących. Ciała te do-

¹⁾ Ueber septisches und aseptisches Wundfieber. Sammlung klinischer Vorträge R. VOLKMANN'A. Nr. 121.

stawszy się do krwi, wywołują w niej zmiany, które poprostu uważać można za rodzaj fermentacji tej ostatniej. W ten sposób tłumaczono dotychczas gorączkę zarówno przy ranach, ogniskach zapalnych i ropnych, komunikujących swobodnie z otaczającą atmosferą, przeladowaną jak wiadomo zarodkami gnicia i rozkładu, jak również gorączkę towarzyszącą gojeniu się ran *per primam* i obrażeniom podskórnym, przy których nie ma zupełnie wydzieliny płynnej. W ten sposób posocznica, gorączka przyranna (*Reinigungsfeber*) i gorączka przy obrażeniach podskórnych się pojawiająca, są jedną i tą samą sprawą zatrucia krwi, różnica zaś między niemi zachodzi jedynie co do stopnia owego zakażenia. Pytanie czy nie ma jakichś jeszcze innych różnic między temi gorączkami, stosownie do tego czy rana swobodnie styka się z powietrzem, czy jest od niego zupełnie odcięta, pozostawało aż dotychczas nierozstrzygniętem. Według tej teorii zatem, każda gorączka przyranna posiada charakter gnilny i w gruncie rzeczy jest tożsamą co posocznica (*septicaemia*). Dalsze spostrzeżenia wykazały, że stopień i czas trwania tej gorączki, całkowicie zależą od natężenia zmian miejscowych, od stanu rany i jej otoczenia. Gorączka przyranna towarzyszy oczyszczaniu się rany i odczynowemu, zapalnemu obrzmieniu tkanek sąsiednich, a obniża się wraz z nastaniem prawidłowego ropienia i ustąpieniem obrzmienia zapalnego. W ogromnej większości przypadków natężenie gorączki w zupełności odpowiada wysokości i obszerności odczynu zapalnego, lub ilości i jakości wydzieliny. Przypadki, gdzie po stosunkowo małym obrażeniu następuje wysoka, lub śmiertelna nawet gorączka, zależąca od szybkiej, rozlanej i posuwającej się gwałtownie sprawy ropnej i posokowatej, dają się wytłomaczyć złośliwością jadu wniesionego, lub w samej powstałego ranie, zarówno jak szybkim jego wchłonięciem i rozejściem się po ustroju.

Tak stała ta sprawa, gdy Józef LISTER wynalazł opatrunek przeciwnilny. Po zastosowaniu tego ostatniego wkrótce się okazało, że w szczęśliwych przypadkach przy gojeniu się nie było żadnego odczynu zapalnego, ani śladu zaczerwienienia, ani śladu obrzmienia, ani podwyższenia ciepłoty miejscowej, w ranie. Wiele ran goi się *per primam*, lub pod „wilgotnym strupem” skrzepu krwi. W innych razach tworzy się wydzielina, lecz wydzielina skąpa, surowicza lub śluzowa, bez zapachu, uboga w białe ciała, nie trująca jak ciecze, powstające w ranach przy swobodnym dostępie doń powietrza. Wydzielina ta, tam nawet gdzie się zatrzymuje w ranie skutkiem wadliwego opatrunku, nigdy nie wywołuje zapalenia posokowatych, rozlanych, szybko się szerzących, a przeniesiona na świeżą ranę nie powoduje żadnych miejscowych zapaleń i ropień, jak to zwyczajna wydzielina sprawiać zwykła. Dalsze doświadczenie pokazało, że wiele operacji i ciężkich uszkodzeń przebiega zupełnie bez gorączki. Obecnie otwieramy zdrowe stawy, otrzewnią, czaszkę nawet, wprowadzamy w nie dreny, a ciepłota mimo to nie podnosi się ani jednego dnia ponad zwykłą normę. Nic więc dziwnego, że w pierwszej chwili spodziewano się, że wynikiem opatrunku Listerowskiego będzie nietylko, a septyczny bezodczynowy, ale i bezgorączkowy przebieg ran. Wkrótce jednakże przekonano się, że i przy największej ścisłości, pieczołowitości i staranności, zachodzą zaburzenia gorączkowe. Prawda, że wiele z tych przypadków policzyć wypada na karb pewnych okoliczności; i tak, do dziś dnia nie mamy dobrego materiału do zszywania ran, wszystkie bowiem dotychczasowe wywołują na miejscu zakłócia małe ropnie; to znowu przyczyną gorączki jest niedostateczne drenowanie, pociągające za sobą nagromadzenie się ropy; w innych razach przychodzi do obfitego ropienia, lub też skutkiem ciężkich uszkodzeń obumierają całe kawałki tkanek, lub brze-

gi ran, płaty pooperacyjne; to znów kwas karbolowy wywołuje zaczerwienienie (*erythema*), powstanie bąbli, zluszczenie naskórka i nawet ropienie. Otóż wszystko to może być powodem, że bez względu na opatrunek przeciwnilny, powstaje gorączka przyrana. Lecz odjąwszy nawet wszystkie przypadki tego rodzaju, odliczywszy wszystkie gdzie przypuszczać można pewne niedokładności w technice opatrunkowej, zawsze mimo to pozostanie spora liczba chorych, którzy gorączkują, choć u nich przebieg rany zupełnie jest aseptyczny, bezodczynowy choć żadnych nie ma powłok. Niezbyt oddalimy się od prawdy, jeśli przyjmujemy, że z 1000 poprawnie i z zupełnym skutkiem leczonych przeciwnilnie ranionych i operowanych, tylko $\frac{1}{3}$ część zupełnie nie gorączkuje, podczas gdy $\frac{1}{3}$ gorączkuje słabo, a $\frac{1}{3}$ nawet mocno. A zatem i przy opatrunku LISTERA, nawet klasycznie nałożonym, zdarza się gorączka przyrana. Niemniej jednak gorączka ta bywa przecięciowo bezporównania krótsza i słabsza. Właściwie jednak szybka obniżka (*Defervescenz*) i zupełny brak gorączki po przelotnym, krótkim, początkowym okresie gorączkowym stanowią daleko charakterystyczniejszą cechę opatrunku przeciwnilnego, niż bezwzględnie niższe stopnie jej największych natężeń. Nigdzie nie spotykamy tak rażącego niestosunku między wysoką, acz krótką gorączką odczynową pierwszych dni, a brakiem wszelkiego miejscowego odczynu i bólu jak przy opatrunku Listerowskim. W samej rzeczy, zachodzi pod tym względem bijąca w oczy różnica między sposobem przeciwnilnym, a innymi sposobami leczenia ran. Przy dawniejszem leczeniu, natężenie i czas trwania gorączki zależy od rodzaju i stopnia miejscowego odczynu; przy postępowaniu przeciwnilnem naodwrot, istnieje w tym względzie zupełna prawie niezależność. Liczne spostrzeżenia, czynione w ciągu 3 lat stwierdzające ten fakt godny uwagi, doprowadziły VOLKMANN'A do odróżnienia dwóch rodzajów gorączki przyraanej: gnilnej (*septische*) i niegnilnej (*aseptische*).

Pierwsza powstaje w okresie oczyszczania się rany pod wpływem zmian, jakie wywołuje w wydzielinie rany swobodny doń dostęp powietrza, pod którego działaniem powstaje rozwój bakteryj i cały szereg spraw, których dostatecznie nie znamy, a które oznaczamy wspólnem mianem rozpadu. Ropnie i ogniska zapalne, głębokie, nie łączące się z powietrzem nie uchylają się spod tego tłamaczenia i tam bowiem przenikną zarodki gnilne są w stanie. Różnica między gorączką gnilną i niegnilną da się zarysować w następującym obrazie. Dla pierwszej charakterystycznym jest zbiór objawów ogólnego zatrucia. Do wywołania tych objawów wystarczają nader małe ilości materji zakaźającej. Różnica między gorączką towarzyszącą blahemu jakiemuś czyrakowi, a posocznicą wybuchającą przy ostroropnym obrzęku (*oedema purulentum acutum*), jest tylko różnicą co do stopnia, nie co do jakości. Najważniejszym objawem owego zatrucia jest wpływ materji zakaźającej na ośrodk i nerwo we. W nim spoczywa źródło owego pognębiającego uczucia złego mienia się chorego, owo zajęcie świadomości, owa senność, owa apatia, ospałość umysłowa, niezdolność do pracy umysłowej, omamienia (*hallucinationes*), wreszcie śpiączka (*sopor*) i upadek sił (*prostratio*), przy wyższych stopniach gorączki. Ztąd także płynie zawieszenie czynności w narządzie trawienia, zmniejszenie wydzielin, brak laktienia.

Jakąż ogromna różnica od gorączki niegnilnej! Tutaj gdyby nie ciepłomierz, tobyśmy i nie wiedzieli, że istnieje tak wysoka gorączka. Chorzy chodzą, rozmawiają, palą, grają w karty; kobiety szyją, a przecież

gorączka u nich niekiedy dochodzi do 39^o.—40^o. V. przytacza trzy jeszcze dziwniejsze przykłady. Chory po odjęciu o b u r a m i o n, bez względu na to, że obie rany zagoiły się *per primam*, miał przez 2 dni po 40^o, a mimo to, bawił się i śpiewał. Drugi, u którego cieplomierz wskazywał 41^o, posiadał takie ląknienie, że go literalnie niepodobna było nasycić. Inni znowu, mając po 39—40^o ciepłoty przychodzili do kliniki z odległości jedno lub półtoramilowej po poradę.

A oto teraz w krótkości głównejsze szczegóły gorączki niegnilnej: Jęz y k niebywa nigdy suchy, czasami lekko obłożony. S k ó r a nigdy nie jest tak gorącą, jak przy postaci gnilnej; ręką trudno jest jej ciepłoty stopień oznaczyć. D os y ć często bywa p o t obfity. H os ę m o c z u przecięciowo bardzo duża; przy 40^o niekiedy bywa po 1800 grammów na dobę. H os ę chlorków prawie nie zmniejszona; podczas gdy przy gorączce gnilnej średniego nawet natężenia bywa po 2—3 grammy, przy 40 stopniowej, niegnilnej chory wydziela 8—11 grammów. Stosunek chlorków do mocznika przy niegnilnej bywa średnio jak 1 : 2—3, przy gnilnej jak 1 : 10—18. Z a z w y c z a j nie ma zaparcia stołca. Chorzy nader mało tracą na wadze.

Niemniej ważnym jest stosunek gorączki niegnilnej do stanu miejscowego. W większości przypadków gorączka taka, chociażby dochodziła do 40^o, nie świadczy o żadnym miejscowem powikłaniu. Możemy być pewni, że nie mamy przed sobą żadnej nowej sprawy, którą zastaliśmy w rozwoju, a która wymyka się jeszcze zpod naszego rozpoznania. Przechodzi dzień za dniem, a mimo to nie wychodzi na jaw żadne zaburzenie, a przebieg rany bywa taki, jak gdyby chory zupełnie nie gorączkował. Mamy przed oczyma przeszło 100 historyj chorób i tablic ciepłotnych: w żadnym przypadku nie przyszło ani do utworzenia się zatoki, lub innego powikłania rany, aczkolwiek ciepłota ciągle wysoko się trzymała. Z a z w y c z a j g o r a c z k a n i e g n i l n a bywa średniego natężenia i trwa 3, 5, do 7 dni.

Zaledwie dodać wypada, że bardzo często spotykamy typ gorączki miejscowej. Chociaż bowiem opatrunek zdaje się być bezwzględnie przeciwnilny, choć technikę doprowadzić można do wysokiej doskonałości, choć wydzieliną bywa bez zapachu, rana bez odczynu, a gojenie idzie *per primam*, mimo to wszystko dość często znajdujemy bakterje, rozkład acz nie znaczny ma miejsce i ten to właśnie ograniczony rozkład nadaje gorączce niegnilnej niektóre zarysy, lub nawet mniejszy lub większy odcień gorączki gnilnej.

Gorączka przyrana niegnilna nie jest bezwarunkowym towarzyszem opatrunku Listerowskiego. I przy opatrunku otwartym, lub innych sposobach nieprzeciwnilnych zdarzają się dziwne przypadki, przebiegające zupełnie aseptycznie. Są one jednakże rzadkie. Daleko częściej z gorączką niegnilną spotykamy się przy obrażeniach podskórnych, przy ciężkich stłuczeniach stawów, a przedewszystkiem przy podskórnych złamanich kości. Co się tyczy tych ostatnich gorączka bywa tak czysto aseptyczną, że powszechnie uważano dotąd, że chorzy ze złamaniami podskórnymi nie gorączkują. Mniemanie to jednak jest błędnem. Każdemu złamaniu grubszej kości, a zwłaszcza tam, gdzie są obszerne wynaczynienia, lub stłuczenia części miękkich, towarzyszy gorączka, lecz gorączka niegnilna. Na 14 chorych ze złamaniem uda, tylko 3 zupełnie niegorączkowało. U pięciu z pomiędzy nich dochodziła ciepłota do 39^o—40^o. Natomiast przy złamaniach goleni, gorączka wykazana była w połowie przypadków. Zapewne że i sposób leczenia znakomicie wpływa na tę różnicę: przy złamaniach bowiem goleni, zawsze prawie nakłada się opatrunek gipsowy, który wcześniej nałożony zapobiega dzięki uciskowi żywsemu nieco

odczynowi miejscowemu, a przez to obniża i skraca gorączkę; tymczasem większość złamań uda leczy się poprostu zapomocą wyciągania (*extensio*), skutkiem czego miejscowa sprawa zapalna rozwinąć się może do wyższego stopnia.

Według mniemania autorów przyczyną gorączki niegnilnej jest tak dobrze wchłonięcie jak i gnilnej, różnica jedynie zachodzi co do jakości wchłoniętej materji. Przy ostatniej wchłonięciu ulegają ciała trujące, gnilne, lub ciecze zawierające zarodki rozpadowe, gdy tymczasem gorączkę niegnilną wywołują ciała, które są wynikiem przemian wstecznych w tkankach i fizjologicznej przeróbki materji. Że ciała tego rodzaju znaczne podwyższenia ciepłoty spowodować są w stanie, o tem świadczą liczne doświadczenia czynione po przetoczeniu krwi (*transfusio*). Ciał tych zaś, gotowych do dostania się do krwi nie brak. Nawet przy obrażeniach podskórnych i gojeniu się *per primam* zachodzą mniej, lub więcej obszerne przemiany wsteczne pierwocin histologicznych, a nawet całych kawałków tkanek. Pochodne tych przemian i tej przeróbki, jakoteż wytwory wszelakich wysięków znikają jedynie na drodze wchłonięcia i dostania się w ogólny krwi obieg. Przy ciężkich i obszernejszych zmiażdżeniach tkanki tłuszczowej i mięsnej obumierają całe kawały, całe warstwy tych tkanek, a wytwory ich, choćbyśmy ograniczyli do *minimum* zapalenie odczynowe, muszą ulegać wchłonięciu. Przy *prima intentio* obumarłe pierwociny histologiczne całkowicie pozostają w ustroju, a opatrunek przeciwnilny zapobiega jedynie gnilnieniu ich rozpadowi, lub sprawę tę sprowadza do *minimum*. Z tego przedstawienia rzeczy wynika, że gorączka niegnilna głównie winna powstawać tam, gdzie ma miejsce obszerne wchłanianie względnie jednorodnych wytworów rozpadu lub przemiany wstecznej. I w rzeczy samej spostrzeżenia przekonywają, że gorączka ta całkiem inaczej zależy od wielkości i jakości obrażenia, niż gnilna. Małe obrażenia, zadane ostrem narzędziem bez obszernego zmiażdżenia tkanek, pod wpływem leczenia przeciwnilnego mają przebieg bezgorączkowy, bez względu na to, czy staw, lub wielka jama ciała jest otwarta, czy nie. To samo ma miejsce przy odjęciach ramion u osób ze słabą muskulaturą. Natomiast do ran stłuczonych, rwanych, jakoteż do operacyj, po których powstają obszerne rany przyłącza się gorączka, której natężenie i czas trwania zależą w ogóle od rozmiarów obrażenia.

W końcu autorowie tak streszczają swoją hipotezę: gorączka gnilna po wstaje tam, gdzie wchłonięciu ulegają materje z a p a l n o- (*phlogogone*) i g o r a c z k o r o d n e (*pyrogone*), a niegnilna tam, gdzie tylko te ostatnie do krwi obiegu się dostają.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

O wczesnym objawie władu rdzenia kręgowego (*Tabes dorsalis*). Pod tym tytułem (*Ueber ein früheres Symptom der Tabes dorsalis*) odczytał prof. C. WESTPHAL pracę w Towarzystwie lekarskiem Berlińskiem 7 Listopada 1877, pomieszczoną w *Berl. klin. Woch.* 1878. N. 1. Jest to raczej odezwa do lekarzy i zachęta do robienia spostrzeżeń, jak się zachowuje w początkach *tabes dorsalis*, odruch ścięgniasty. Nie obcym jest zapewne czytelnikom „MEDYCYNY” ten wyraz. Wiadomo iż w r. 1871 WESTPHAL i ERB okazali iż uderzanie ściągna pobudza do kureczenia się odpowiedni mięsień. Najlepiej to stwierdzić na więzie rzepkowym (*ligamentum patellare*) jako ścięgnię wszystkich mięśni wyprostnych goleni, a więc gdzie skutki występują bardzo wyraźnie. Jeśli u zdrowego człowieka, trzymającego staw kolanowy pod kątem, np. podczas siedzenia, uderzymy dość silnie palcem, lub młotkiem opukowym w wiązadło rzepkowe przy jego przyczepieniu na goleni i jeśli opór stawiony przez tarcie podeszwy o podłogę nie jest zbyt duży (najlepiej gdy goleń wisi), to następuje szybkie wyprostowanie goleni. Przy słabem uderzeniu, lub dużym wspomnianym oporze nie następuje wyprostowanie goleni, lecz tylko lekkie kureczenie się mięśni przedniej powierzchni uda. Jakiśmy powiedzieli w innym miejscu (MEDYCYNĄ 1876. Nr. 1) zachodzą

w tym względzie w stanie prawidłowym liczne osobnicze różnice. Z powodu iż najwyraźniej objaw ten występuje na wiazadłe rzepkowem, WESTPHAL, aby nie przesądzać nic o naturze tego objawu, nazwał go „*Knie oder Unterschenkelphänomen*”, ERB „*Sehnenreflex*”. Francuzi oddawna znali go pod nazwą „*épilepsie spinale*” nadaną przez BROWN-SÉQUARD'A. Po odkryciu tego objawu zaczęto badać zachowanie się go przy różnych cierpieniach nerwowych. WESTPHAL (*Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh.* V. 3. pag. 803) przekonał się, iż brak go najzupełniej w *tabes dorsalis* w przypadkach wybitnych klinicznie, to jest, w których istnieją już zaburzenia ruchu (*ataxia*), czucia i przyjęły udział w cierpieniu niektóre nerwy mózgowe (nerwy mięśni ocznych, nerwy wzrokowe i t. d.), a po śmierci znaleziono zmiany charakterystyczne w tylnych pęczkach rdzenia kręgowego. To samo stwierdzili ERB (*Ziemssen's Handbuch* XI. 2.) i O. BERGER (*Schles. Gesellsch. f. Vaterländ. Cultur.* 1875). Otóż na mocy pewnych danych które później przytoczymy, WESTPHAL w pracy niniejszej, zwraca uwagę, iż prawdopodobnie objawu tego brak już w przypadkach *tabes dorsalis*, które nie cechują się jeszcze żadnym z przytoczonych objawów. Ważność tej kwestyi łatwo pojmniemy, jeśli przypomni sobie, jakie trudności przedstawia rozpoznanie wiađu rdzeniowego w pierwszych jego początkach, lub w przypadkach nietypowo przebiegających. (Nieobeznanych z tym przedmiotem odsyłamy między innymi do: CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux.* 1874. T. II fasc. 1).

W przypadkach tak zwanych typowych, to jest najczęstszych, cierpienie zazwyczaj zaczyna się bólami w kończynach dolnych, bólami, których charakter strzykający, świrdrujący, strzelający, przelatujący w kształcie iskry elektrycznej, wielu uważa za swoisty. Jeśli jednak zważymy, iż mniej wykształceni chorzy nie umieją często opisać rodzaju bólu, jakiego doznają, a nadto iż w istocie ból ten niekiedy nosi inne znamiona, podobny więcej np. bywa do bólu gośćcowego; z drugiej zaś strony iż ból podawany za cechujący wiađu rdzeniowy, może istnieć nietylko wtedy, gdy przyczyna działa ośrodkowo, lecz bywa i przy zwykłych nerwobólach, to zrozumiemy iż często się jest w kłopotcie, w przypadkach, gdy nie ma innych objawów, któreby mogły rozstrzygnąć wątpliwość, wyrzec: czy mamy do czynienia z cierpieniem obwodowem, czy też ośrodkowem. Otóż wedle badań W. już i w tym, tak wczesnym, okresie cierpienia, brakuje odruchów ścięgniowych. Że autor miał do czynienia z przypadkami *tabes*, mówi to, iż po pewnym czasie, przyłączyły się inne objawy np. zanik n. wzrokowego. L. 36 letnia kobieta cierpiała na bóle strzelające (*dolores fulgurantes*) w kończynach dolnych. Napady bólu były szczególnie silne i częste w lewej nodze i podczas nich nadczułość skóry (*hyperalgesia*) występowała tak silna, iż najmniejsze dotknięcie stawało się bardzo bolesnem. W prawej kończynie bóle były mniej silne i mniej częste. Przy wielokrotnem badaniu w ciągu kilku miesięcy, brakowało zupełnie odruchu ścięgniowego na lewo, na prawo istniał on, chociaż słaby. Nie było jeszcze zaburzeń w chodzie, w czuciu skóry i mięśni, a jednak istnienie wiađu rdzeniowego nie ulegało wątpliwości, gdyż zanik. wzrokowego był już dość znaczny, wymiary zrenie nie jednakowe i napięcie częste do moczenia.

Jeśli typowe przypadki stawiają często przeszkody nie do zwalenia przy rozpoznaniu ich w pierwszych okresach, to o wiele jeszcze trudniej, gdy przypadki te mają bieg nietypowy. Niekiedy, jak wiadomo, pierwszym ich objawem są zaburzenia w obrębie pewnych nerwów mózgowych, zwłaszcza nerwów mięśni oka i wzrokowych. Zwłaszcza częstem jest bezwład (*paresis*) mięśni oka, powodujący dwuwzroczność (*diplopia*). Czy to jest początek wiađu rdzen., czy też inne jakie cierpienie mózgowia np. nowotwór (natury przymiotowej)? Oto pytanie, które często zostaje stawianem, a najczęściej zostaje bez rozstrzygnięcia, dopóki nie wystąpią inne objawy. Dalsze spostrzeżenia nad zachowaniem się w tych razach odruchu ścięgniowego i tutaj może oddać usługi. W. u 40-letniego mężczyzny, u którego wystąpiła dwuwzroczność, uczucie mrowienia w palcach prawej, a potem lewej ręki i podmiotowo stwierdzić się dające zaburzenie czucia palców, widział brak odruchu ścięgniowego. Zaburzeń ruchowych nie było. Przymiot (*syphilis*) dał się stanowczo wyłaczyć. Mimo iż tutaj pierwsze objawy czuciowe wystąpiły najpierw w kończynach górnych, co rzadziej bywa przy wiađu, W. opierając się tylko na braku odruchu ścięgniowego skłania się przyjąć przypadek ten za początek wiađu rdzeniowego. Tak samo, przy braku innych

objawów władu rdz., trudno w wielu przypadkach rozstrzygnąć, czy w danym razie, zanik nerwu wzrokowego jest samodzielnym, czy też następstwem cierpienia mózgu lub rdzenia. Pewna część tych trudności została usunięta, gdyby się okazało iż w istocie odruch ścięgniasty już w pierwszych zaczątkach władu ginie najzupełniej. W innych znów przypadkach, wład rdzeniowy zaczyna się silnemi nerwobolami w odbytnicy lub pęcherzu moczowym, występującymi dobrowolnie lub przy wydalaniu moczu i kału, lub przy spółkowaniu (*coitus*). Istnieją one niekiedy na długo, zanim pojawienie się zaburzeń uczucia i ruchu, wykaże ich naturę. W. widział świeżo 2 podobne przypadki, z których szczególniej drugi był niewątpliwie wiadem, brak w nich było odruchu ścięgniastego.

Dalej przy ataksyi będącej następstwem ostrych cierpień gorączkowych np. błonicy (*diphtheris*), istnienie odruchu ścięgniastego może rozstrzygnąć czy mamy do czynienia ze zwyrodnieniem rdzenia kręgowego lub nie.

Wreszcie objaw omawiany, może oddać wielkie usługi w pewnych przypadkach hypochondryi, które są uderzająco podobne do pierwszych okresów władu rdzen. Są przypadki hypochondryi w których istnieją trudno określić się dające uczucia ścięgnięcia, obumarcia, mrowienia, ziębienia w kończynach dolnych, nawet bywają bóle opasujące kształcie obręczy, bez podmiotowych zaburzeń uczucia, dalej osłabienie pęcherza moczowego i czynności płciowych, jednym słowem, powtarzamy, obraz zupełnie podobny do napotykanego w początkach suchot rdzeniowych. Jeśli w takich przypadkach, zdaniem W., przy kilkakrotnie powtórzonym badaniu brakuje odruchów ścięgniastych, to nim nawet wystąpią zaburzenia podmiotowe uczucia i ruchu, możemy wnosić o poczynającym się cierpieniu pęczków tylnych rdzenia.

Na mocy przytoczonego, WESTPHAL słusznie sądzi, iż jeśli dalsze spostrzeżenia okażą iż w istocie stale w początkach *tabes dorsalis* brak odruchów ścięgniastych, to objaw ten byłby daleko cenniejszym, niż objaw ROMBERG²A. zaburzenie ruchu przy zamknięciu oczów, bo ostatni występuje zwykle dopiero w późnych okresach cierpienia, gdy istniejące już inne objawy pozwalają z łatwością rozpoznać wład rdzeniowy. Naturalnie tak jak każdy objaw, tak i ten, nie jest sam przez się rozstrzygającym, lecz dopiero staje się nim w połączeniu z innymi, jak w danym razie nawet ujemnymi np. nie łatwiejszego do pojęcia, jak brak odruchów ścięgniastych przy porażeniu nerwów ruchowych w skutek cierpienia rdzenia kręgowego. Dalej nie trzeba zapominać, iż mogą być i są osoby, u których nawet w stanie prawidłowym, odruchy ścięgniaste są bardzo słabe, lub żadne i że kurczenie się mięśni występuje u nich dopiero wtedy, gdy uderzamy bezpośrednio sam mięsień. Okazanie iż stale brak odruchów ścięgniastych w początkach władu rdz., może oddać wielkie usługi nie tylko dla rozpoznania lecz i dla leczenia, które zaczęte w pierwszych chwilach cierpienia, a więc przy stosunkowo niewielkich jeszcze zmianach anatomicznych rdzenia, będzie mogło może zapobiedz dalszemu jego rozwijaniu się, jeśli nie zdoła sprowadzić doszczętnego rozejścia się (*restitutio ad integrum*).

W. Gajkiewicz.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Odprawa p. Kadlerowi,

Autorowi broszury p. n. O leczeniu przymiotu bez pozostawiania w mieszkaniu i odrywania się od codziennych zajęć.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1 i 2).

A. J. MICHAELIS¹⁾, na którego i p. K. się powołuje, opuszczając ustępy, które przemawiały przecząco jego założeniu — pisze: „Czyste i dobre powietrze jest niezbędnym warunkiem, aby leczenie za pomocą wcierań rtęciowych się powiodło.“ Kilka zaś wierszy niżej M. pisze: Z tego wypływa, że leczenie za pomocą wcierań rtęciowych przeprowadzić powinienśmy tylko w dobrze odwietrzanych pokojach. Jeżeli to okaże

1) *Compendium der Lehre von der Syphilis*. Wiedeń, 1859, str. 98.

się niemożliwym, to powinniśmy porzucić tę metodę leczenia. Niemniej jak głód i złe powietrze działa zbyt wysoka, lub zbyt niska ciepłota..... Musimy przeto starać się o średnią ciepłotę, nie niższą od 14°, ani wyższą nad 16° R. i taką ciepłotę w pokoju utrzymywać.¹⁾ Cały ten ustęp p. K. uznał za stosowne wypuścić, a przytoczyć następujący: „Latem nie można nic lepszego uczynić, jak pozwolić choremu od 8 rano do 8 wieczorem na świeżem powietrzu przebywać, jeżeli warunki miejscowe jak np. bliskość wysokich gór, nie wywołują wielkich i nagłych przeskoków w ciepłocie.“

Po przytoczeniu tego ustępu powtórnie p. K. uznał za właściwe i dogodne dla siebie następujący ustęp wypuścić:

„Rozumie się, że należy dobrze poznać swego chorego i nikomu wodzów nie popuszczać — jeśli kto ma skłonność do nadużycia. Jeżeliby który z chorych na innej jakiegokolwiek drodze był lekkomyślny, lub zbyt kochać sobie pozwolił, byłoby w najwyższym stopniu nie rozsądnem pozwolić mu z tej względnej wolności korzystać.“

C. L. SIGMUND¹⁾, mówiąc o wpływie klimatu na leczenie choroby przymiotowej, podaje co następuje: Ciepła, sucha, mało w nagle przemiany obfitująca pora roku, pełne lato i wczesna jesień, najbardziej nadają się do leczenia choroby przymiotowej, a także klimaty: południowy, południowo-wschodni i południowo-zachodni, w których korzyści wzmiankowanych pór roku daleko dłużej trwają. Nie jest tylko prostym przesądem mniemanie, że na północy bardzo krótkie i bardzo gorące lato dla leczenia choroby przymiotowej jest mniej korzystne; liczne spostrzeżenia czynione w tych krajach potwierdzają moje zdanie. Mówiąc zaś o leczeniu choroby przymiotowej — pisze na str. 27: „Podczas leczenia za pomocą wycierañ ręciovych powinien chory co najmniej 18 godzin dziennie w łóżku pozostawać. Zwykle kładą się chorzy spać o godzinie 5 wieczorem, a wstają o godz. 11 z rana; tylko bardzo ciepło będąc odzianym chory opuszcza łóżko, a mając dwa pokoje, przewietrza swój pokój sypialny i przez 6—8 godzin pozostaje w drugim pokoju, już poprzednio dobrze ogrzany; w tym czasie pokój sypialny jest dobrze przewietrzony, a gdy chory jeden pokój tylko posiada, należy przedsięwziąć ostrożnie jego przewietrzenie rano i wieczór. W dopisku na tejże stronnicy podaje, że podczas ciepłej pory roku pozwala chorym swoim wychodzić, którzy powyższym warunkom zadosyćczynić nie mogą, ale dodaje „zawsze jednak podobne przypadki należy być do wyjątkowych i ostrożnie i rozsądnie powinny być zalecane.“ Na str. zaś 44 mówiąc o przepisach, jakich chory powinien się trzymać po ukończeniu leczenia, podaje „wyjście chorego na świeże powietrze, powinno nastąpić z największą ostrożnością. W dniu zimne, wilgotne i wietrzne, rankiem i wieczorem chory stanowczo nie powinien wychodzić.“

F. W. MÜLLER²⁾, mówiąc o leczeniu choroby przymiotowej pisze: — „Systematyczne leczenie może być tylko przeprowadzone przy współdziałaniu lekarza i chorego razem. Zmiana w przyswajaniu (*assimilatio*) i odnowie (*reproductio*) nie będzie osiągnięta, jeżeli leczenie przeprowadzimy ambulatoryjnie, lub takowe będzie ulegać przerwom. Chory musi czas od 4—6 tygodni usuwając się od swoich zajęć, wyłącznie poświęcić dobrze przeprowadzonemu leczeniu, a lekarz powinien na tę okoliczność energicznie nastawać. A niżej jeszcze:.... Ciepłota dobrze przewietrzonego pokoju, nie powinna być niższą od 16° R.

Al. REBER³⁾, mówiąc o leczeniu choroby przymiotowej, podaje: „Przebieg przymiotu w zdrowym zkadinałd ustroju, tem bywa pomyślniejszym, im bardziej jednostajnymi i bardziej prawidłowymi są wpływy zewnętrzne, na urządzenie działające.

W tym względzie trzeba się starać: O jednostajną ciepłotę zewnętrzną, zatem podczas zimy chory na przymiot powinni pozostawać w mieszkaniach ogrzanych stale do 16° lub 17° R. Nawet przewietrzanie mieszkania w ten sposób odbywać się powinno, aby chory nie był wystawionym na przyplływający prąd powietrza. Latem, podczas pogody, cho-

¹⁾ *Die Einreibungscur bei Syphilisformen.* 3 wydanie. Wiedeń, 1866, str. 37 i następne.

²⁾ *Compendium der Geschichte, Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten.* Erlangen, 1869, str. 305.

³⁾ *Nauka o chorobach wenerycznych,* przekład z 2-go wydania. Warszawa, 1873, str. 334.

rzy mogą przez pewien czas, w ciągu dnia, pozostawać na świeżem powietrzu, zwłaszcza jeżeli to nie okaże się przeciwnem przedsięwziętemu leczeniu; jednakże podczas silnego wiatru, lub dżdżystej pory, chory nie powinien opuszczać mieszkania.“

ZEISSL. ¹⁾, podaje w rozdziale „Zasady leczenia wcieraniowego“ co następuje: „W czasie tego leczenia, chory ma zostawać w pokoju, a w cieplejszych tylko porach roku, przy pięknej pogodzie, może przebywać po kilka godzin, a jeżeli okoliczności tego wymagają to i większą połowę dnia na świeżem powietrzu. W porze zimowej pokój chorego powinien być do 15—16^o R. ogrzany, a tam gdzie to jest możliwem ostrożnie dwa razy dziennie przewietrzany.“

Chr. BAEUMLER ²⁾, mówiąc o leczeniu choroby przymiotowej pisze: „Pytanie, które się tu przedewszystkiem nasręcza jest następujące: czy chory przymiotem dotknięty podczas leczenia może zajmować się swoimi czynnościami, czy może opuszczać mieszkanie, czy też powinien pozostawać w mieszkaniu lub łóżku. Ponieważ przemawialiśmy za przeciągłym leczeniem przymiotu, to właśnie już w tem znajduje to pytanie swoją odpowiedź; jeżeli szczególne dane nie czynią konieczności pozostawania w łóżku (gorączka, objawy gośćcowe, pewne o bjawy jak *iritis*, *laryngitis* które wymagają szybkiego działania rtęcią), to można choremu pozwolić wychodzić podczas pięknej pogody. Podczas gorączki wysypkowej, jeżeli objawy choroby nie są lekkie i we wszystkich przypadkach podczas zimnej pory roku, najlepiej chorzy uczynią, jeżeli pozostaną przez czas kilku tygodni w domu, i przypuszczalnie nawet będą przebywać w łóżku. W innych przypadkach, podczas trwania leczenia możliwy spokój fizyczny i duchowy — mamy zaletę choremu“.

SCHUSTER ³⁾, lekarz kąpielowy w Aachen, w rozbieranej przez nas kwestyi — tak się wyraża: „Wedle mojego mniemania, leczenia ambulatoryjne dla chorych przymiotem dotkniętych, a mianowicie: zapomocą wcierań rtęciowych, nie jest właściwe.“

E. LANCERAUX ⁴⁾, na którego i p. KADLER się powołuje, wyrwawszy z niego tylko zdanie: „Powietrze to drugi pokarm, którego lekceważyć nie można“ a opuszczając następujący ustęp: „Chorým przymiotowym bezwzględnie należy zalecać spacery na świeżem powietrzu, na wsi — lecz żeby to powietrze było pożytecznem, potrzeba aby miało pewne własności. Wiadomo, że nie jest wszystko jedno mieszkać w tym lub innym klimacie. Ciepłe, suche, położone od strony słonecznej mieszkanie, nie jest rzeczą ostatnią dla chorego, który chce się wyleczyć z choroby przymiotowej.“

C. SIGMUND ⁵⁾, mówiąc o leczeniu choroby przymiotowej za pomocą wstrzykiwań podskórnych — powiada, że wprawdzie metoda ta pozwala na zwykłe zajęcia chorego, ale znajdujemy tu liczne zastrzeżenia, dla których chory powinien porzucić zwykłe swe zajęcia; między którymi największej wagi jest to, że chory może za pomocą owrzodzeń (*excoriatio*) rozprzestrzeniać chorobę przymiotową, poprzestając z osobami zdrowemi.

Podobnież AUSPITZ ⁶⁾, w polemice przeciwko prof. HEHRZE i D-rowsi WEINBERG'OWI, przemawiającemu za ambulatoryjnym leczeniem przymiotu, wyraża się przeciw ambulatoryjnemu leczeniu przymiotu (choć na nie niekiedy pozwala), a to z powodu, że przy takim leczeniu, chorzy mogą rozprzestrzeniać chorobę przymiotową i że mianowicie w niższej klasie ludzi leczenie tego rodzaju jest bezużyteczne.

Nie chcemy powiększać jeszcze większą liczbą przytoczeń z dzieł, równie poważnych jak powyższe i tak nadmiernie obszernej naszej odpowiedzi. (d. n.)

¹⁾ Wykład chorób wenerycznych. Warszawa, 1874, str. 877.

²⁾ *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* ZIESSLE'NA T. III Lipsk, 1874, str. 266 i następnie

³⁾ *Bemerkungen zur Behandlung und Heilung der Syphilis*. Berlin, 1874, str. 26.

⁴⁾ *Traité historique et pratique de la Syphilis*. Paryż, 1873, str. 576.

⁵⁾ *Ueber neuere Behandlungsweisen der Syphilis*. Wiedeń, 1876.

⁶⁾ *Ueber die ambulatorische Behandlung syphilitischer Kranker* — *Wiener Mediz. Wochens.* 1869. *Referat w Archiv für Dermat und Syphilis*. Praga, 1869, str. 623.

WIADOMOŚCI Z MEDYCYNY PUBLICZNEJ.

Wadliwość kanalizacji Londynu. Kapitan Calvert, jeden z konserwatorów rzeki Tamizy, wielce zaniepokoił w tych czasach mieszkańców Londynu. Wiadomo, że dawniej wszystkie nieczystości z całego miasta wpuszczano wprost do Tamizy; kiedy jednak wykazano, że nieczystości te osadzając się na dnie i brzegach rzeki, zanieczyszczają wodę i powietrze, postanowiono w inny sposób ich się pozbywać. W roku 1864 ukończono cały system kanałów miejskich, których długość wynosi nie mniej jak 1300 mil angielskich i utworzono z nich ostatecznie dwa główne kanały, z których jeden na północnej, a drugi na południowej stronie Tamizy daleko za obręb Londynu nieczystości wyprowadzał. Ponieważ dla nadania odpowiedniego spadku tym kanałom, poziom ich przyspadał coraz głębiej pod ziemią i ostatecznie wypadł niżej poziomu wody w rzece, więc zbudować musiano i z jednej i z drugiej strony Tamizy pompy, zapomocą których plyn zawarty w owych kanałach dźwigają w górę, a następnie wpuszczają do zbiorników, z których już wprost wylewa się on do Tamizy. Na południowym brzegu rzeki pomp takich jest dwie, a na północnym jedna. Takim sposobem na północnym brzegu w Barking, wpuszczają do Tamizy niemniej jak 10 milionów, a na południowym w Crossness 4 miliony stóp sześciennych odchodów płynnych dziennie. Ponieważ Crossness odległe jest o 10 mil angiels. od London-bridge, stanowiącego środek miasta (Barking jest nieco bliżej), przypuszczano, iż odległość tak wielka dostateczną będzie gwarancją przeciwko wszelkiemu możliwemu zanieczyszczeniu wody i powietrza w mieście i że wpuszczone tam odchody porwane będą prądem Tamizy wprost do morza, gdzie oczywiście w tak ogromnej masie wody zginą i o żadnej ich szkodliwości mowy być nie może. Koszta tego urządzenia były kolosalne, gdyż wynosiły 4100000 funtów szterlingów, to jest 24600000 rubli srebrem. Przypuszczano, powiadam, iż dostatecznie zaradzono złemu; tymczasem z sprawozdania konserwatorów Tamizy, zredagowanego przez wyżej wzmiankowanego kapitana Calvert'a dowiadujemy się różnych wcale nieciekawych rzeczy. Panowie ci w raporcie swoim dowodzą, że koryto Tamizy się zmienia, staje się ona z każdym rokiem płytszą, dno jej wznosi się do góry w taki sposób, iż już teraz żegluga w niektórych jej miejscach jest utrudnioną. Najciekawsze ale zarazem najfatalniejsze jest to: że niedogodność ta najwięcej czuć się daje w okolicy London-bridge, a zatem tam gdzie ruch okrętów jest największy i gdzie jest najznaczniejsze nagromadzenie mieszkańców. Z dna rzeki wydobywano w rozmaitych miejscowościach tę masę zanieczyszczającą rzekę i poddawano ją dokładnemu rozbiorowi chemicznemu. Otóż przekonano się, że składa się ona wyłącznie z nieczystości, które w Barking i w Crossnes wpuszczają do rzeki. Raport ten w dalszym ciągu twierdzi, iż wiele gatunków ryb, które się dawniej w wielkiej ilości w Tamizie poławiały, skutkiem tego zupełnie znikło z tej części rzeki, a okręty, które przywożą w znacznej ilości węgorze hollenderskie nie mogą już teraz zatrzymać się w mieście (w Erith) jak to dawniej czyniły, lecz zapuszczają kotwicę aż w Gravesend to jest przy ujściu Tamizy do morza, gdyż ryby te w tamtej wodzie tylko przy życiu utrzymywane być mogą, aż do czasu ich sprzedania.

Poznawszy raz ten stan rzeczy, łatwo go sobie możemy wytłumaczyć w następujący sposób. Woda w Tamizie płynie oczywiście w kierunku ku morzu; w czasie przyływu morza jednakże, który się zdarza dwa razy na dobę i trwa po sześć godzin, tworzy się pęd w przeciwnym kierunku, gdyż woda przyływająca z morza prze wodę rzeczną z całą jej zawartością aż do Londynu.

Pomiędzy chemikami, którzy rzeczono rozbiory wykonywali, znalazł się wprawdzie jeden, niejaki Keates, który przeczy temu, żeby wydobywane z dna Tamizy próby odpowiadały w zupełności zawartościom kanałów miejskich, i rzecz ta jeszcze stanowczo rozstrzygniętą nie jest. Jeżeli jednak okaże się, iż konserwatorowie Tamizy i większość chemików mają słusność, to zarząd miasta będzie musiał zmienić dzisiejszy systemat pozbywania się nieczystości i w istocie w niemalym kłopotcie się znajdzie, nie wiedząc co z nimi począć. Już dzisiaj głosy się podnoszą z zamiarem, który kiedyś istniał, zamienienia nad-

brzeźnych piasków Maplin w hrabstwie Essex zapomocą odchodów miasta Londynu, w żyzną rolę, ale głosy przeciwne twierdzą, iż swojego czasu postanowiono zawartości kanałów wrzucać do Tamizy dla tego, że nikt ich zabierać nie chciał. Okoliczność ta jednak niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż późniejsze doświadczenie wykazało że właśnie zawartość kanałów doskonale się nadaje do nawodnienia nieużytków i piasków, zamieniając je w żyzną rolę. O dalszym przebiegu tej sprawy nie omieszkamy czytelników powiadomić.

G. Frösche.

Korrespondencyja Administracyi.

W-mu d-rowsi J. W. w Niedrygałowie. O posadę w nowo-urządzonych szpitalach wojskowych zgłoszenia przyjmuje Główny inspektor lekarski wojennego okręgu Warszawskiego; na Warszawę, o ile nam wiadomo, jest bardzo wielu kandydatów.

W-mu d-rowsi A. S. w Zarnowcu. Należność za kalendarz otrzymaliśmy; adros poprawiony i wysłane Numera powtórnie wysłane zostały.

W-mu d-rowsi K. R. w Saratowie. Czy mamy wysłać wszystkie N-ra z Dodatkami, czy też same Dodatki? te ostatnie możemy dostarczyć bezpłatnie; za każdy zaś Nr. z Dodatkiem policzymy kop. 15; razem kop. 75.

W-mu d-rowsi K. K. w Orluszu. Po załatwieniu i wysłaniu dzieł żądanych, pozostaje na II półroczu na Medycynę kop. 75.

OGŁOSZENIA.

Z D R O W I E,

Dwutygodnik popularno-naukowy, poświęcony naukom przyrodniczym i higienie.

Z dniem 1 stycznia 1878 r. zaczęło w Warszawie wychodzić czasopismo pod powyższym tytułem, redagowane w części higienicznej przez dr. med. K. DOBRSKIEGO, a w części przyrodniczej przez kand. nauk przyr. Br. ZNATOWICZA.

Treść 1-go i 2-go NN-rów jest następująca: Medycyna domowa czy higijena? przez K. DOBRSKIEGO. Życie-ruch p. Br. REICHMANA. O wodach studziń publicznych Warszawy, p. WŁ. LEPPERA. Jak się w stacyjach klimatycznych zachowywać należy, p. Z. DOBIESZEWSKIEGO. Postrzeżenia nad kolibrami, przez JELESKIEGO i STOLTZMANA. O ruchu gwiazd stałych p. J. J. BOGUSKIEGO. Przegląd piśmienniczy. Nekrologija. Kronika naukowa. Wiadomości bieżące. Kronika bibliograficzna. Ogłoszenia.

Czasopismo Zdrowie wychodzi 1-go i 15-go każdego miesiąca, w objętości 1¹/₂ do 2 arkuszy druku i w razie potrzeby pomieszcza ilustracje. Warunki prenumeraty: w Warszawie z odnośnieniem i na prowincji z przesyłką, rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50, kwartalnie rs. 1 kop. 25. Prenumeratę przyjmuje na Królestwo i Cesarstwo—Biuro Redakcji (Królewska N. 6), księgarnie i agentury Spółki Kolportacyjnej i wszystkie księgarnie.

Z powodu nieprzewidzianego powiększenia kosztów druku, wydawanego przezemnie **Przewodnika do klimatycznego leczenia**, widzę się zmuszonym zawiadomić Szan. kolegów, że tylko ci dzieło to za cenę rs. trzech otrzymają, którzy **bezpośrednio** do Redakcyi Medycyny, Pamiętnika Tow. Lekarskiego, lub **Gazety Lekarskiej**, do dnia 1 Lutego r. b. przedpłatę nadesłali. Po oznaczonym terminie dzieło to nabyć będzie można tylko za rs. 4 (cztery).

Dr. Dobieszewski.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.