

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie	{ <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 5 kop. ---</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>" 2 " 50</td> </tr> <tr> <td>kwartalnie.....</td> <td>" 1 " 25</td> </tr> </table>	rocznie.....	rs. 5 kop. ---	półrocznie.....	" 2 " 50	kwartalnie.....	" 1 " 25	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{ <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 6</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>rs. 3</td> </tr> </table>	rocznie.....	rs. 6	półrocznie.....	rs. 3
		rocznie.....	rs. 5 kop. ---										
		półrocznie.....	" 2 " 50										
kwartalnie.....	" 1 " 25												
rocznie.....	rs. 6												
półrocznie.....	rs. 3												

**TREŚĆ:** Z pracowni fizyologicznej uniwersytetu warszawskiego. O nerwach czuciowych mięśni. Przez prof. M. KOWALEWSKIEGO i F. NAWROCKIEGO. — O rokowaniu w suchotach płucnych. Podał dr. A. SOKOŁOWSKI, z Goerbersdorfu. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O przeciwnym przekłuwaniu stawów i wynuyaniu ich roztworem kw. karbolowego. Przez Fr. RINNE'GO. Streścił dr. E. MODRZEJEWSKI. — Odcinek. Korrespondencyje z widowni wojny. Z czasowego szpitala wojennego we Frateszli. Skreślił dr. M. ZAWADZKI. — Streszczenia i wyłagi. Zmiany chorobowe w szpiku kostnym. O przyczynach gorączki durzycowej. — Przegląd bibliograficzny. Odprawa p. KADLEROWI, autorowi broszury o leczeniu przyniotu bez pozostawiania w mieszkaniu i t. d. Przez dr. E. KLINKA. (c. d.)

Z PRACOWNI FIZJOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.

## O nerwach czuciowych mięśni.

Przez prof. M. Kowalewskiego i F. Nawrockiego.

Przed dziesięciu laty jeden z nas (*Einige Bemerkungen über den N. depressor. „Centralblatt f. die med. Wissenschaften”* 1868. Nr. 35, str. 546) zauważył, że drażnienie ośrodkowego (centralnego) odcinka nerwu przeponowego (*n. phrenici*) u kotów zatrutych kurarą, wywołuje podniesienie ciśnienia tętniczego. To samo widział ASP (*Beobachtungen über Gefässnerven. Ludwig's Arbeiten. Leipzig*, 1868, str. 178—185) przy drażnieniu odcinka ośrodkowego niektórych nerwów mięśniowych biodra u królika. Poszukiwania ASP'A prócz tego wykazały, że spostrzegane w tych przypadkach powiększenie ciśnienia nie może być wyjaśnione zmianami w działalności serca, lecz jest wynikiem odruchowego pobudzenia ośrodka naczynioruchowego. Doświadczenia te, naprowadzając nas na myśl o istnieniu czuciowych, odruchowo na ośrodek naczynioruchowy wpływających, włókien w wymienionych wyżej nerwach mięśniowych, zniewalały nas do postawienia ogólnego pytania: o ile podobne włókna czuciowe znajdują się w ogóle w nerwach mięśniowych, czyli innymi słowy, o ile te włókna stanowią stałą część składową tkanki mięśniowej.

W obec tego ogólnego pytania zdaje nam się, że nie będzie zbyt cennym krótkie przedstawienie wyników naszych doświadczeń nad niektórymi nerwami mięśniowymi. Doświadczenia te stwierdzają podane fakta, co do nerwów przeponowych i gałązek mięśniowych nerwu kulszowego (*n. ischiadici*), wykazują obecność włókien czuciowych działających na ośrodek naczynioruchowy w n. podjęzykowym (*n. hypoglossus*) i gałęziach ner-

wu twarzewego, a wreszcie przykładem, przedstawiającym wszelkie dogodności dla porównania działania nerwu mięśniowego z działaniem nerwu czysto-czuciowego, t. j. podjęzykowego — i językowego (*n. lingualis*); dowodzą, że wpływ obydwóch nerwów na przyrząd naczynioruchowy jest w zasadzie jeden i tenże sam (identyczny).

Doświadczenia nasze wykonaliśmy na zatrutych kurara kotach, których ośrodkowy odcinek lewej tętnicy dogłowej (*carotis*) był połączony z wielkim kymographionem LUDWIG'A. Ażeby zachować o ile możności jak największą ilość nerwów naczynioruchowych, pozostawialiśmy zwykle w całości na szyi nerwy błędne i współczulne; dla zniszczenia włókien hamujących ruchy sercowe, wprowadzaliśmy w krew zwierzęcia małą ilość (1—2 milgrm.) siarczanu atropiny, chociaż, jak się przekonałiśmy, i ta ostrożność była zbyt dużą, gdyż u kotów włókna hamujące są zwykle mało pobudalne. Dla drażnienia elektrycznego używaliśmy zwykłego przyrządu indukcyjnego DU-BOIS REYMOND'A, w połączeniu z jednym elementem STÖHRER'A.

Drażnienie mechaniczne (przewiązywanie nitką, ściskanie szczypcami) i elektryczne odcinka ośrodkowego *n. podjęzykowego* (*n. hypoglossi*) wywołuje, podobnie jak drażnienie nerwów czysto czuciowych, stałe większe lub mniejsze podniesienie ciśnienia tętniczego (niezależnie od uderzeń sercowych) i rozszerzenie źrenicy. Podniesienie ciśnienia ma też same właściwości, co przy drażnieniu nerwów czuciowych t. j. przedstawia falę, która po pewnym okresie ukrytego podrażnienia (*latente Reizung*), szybko podnosi się do *maximum*, a następnie, chociaż drażnienie trwa dalej, powoli opada (cf. LATSCHENBERGER und DEAHNA. *Pflügers Archiv* 1876. Bd. XII pag. 157). Godnem jest uwagi to, że niekiedy *maximum* podniesienia dochodzi do takich wysokości, jakie spostrzegamy przy drażnieniu nerwów czysto czuciowych np. językowego; zwykle jednak jest ono mniejsze. Przytaczamy tablicę pokazującą odpowiednie zmiany ciśnienia przy drażnieniu (naprzemian) *n. podjęzykowego* i językowego prądami elektrycznymi jednakowej siły (przy 100 mm. odległości bobin. Przytoczone cyfry otrzymaliśmy przed wstrzyknięciem atropiny. Nerwy błędne i współczulne na szyi były przecięte jedynie w 3-em i 4-tem doświadczeniu.

Nr. doświadczenia.	Nerw drażniony	Maximum ciśnienia w mm. rtęci.		Bezwzględnie powiększenie ciśnienia.	Powiększenie ciśnienia w %.
		przed drażnieniem.	podczas drażnienia.		
1.	Hypoglossus	152	243	91	60
	Lingualis	170	252	82	48
2.	H.	144	196	52	36
	L.	150	272	122	81
3.	H.	174	204	30	17
	L.	176	209	33	19
4.	H.	184	206	22	12
	L.	169	216	47	28
5.	H.	156	176	20	13
	L.	172	245	73	42
6.	H.	156	168	12	8
	L.	153	198	36	23

Zdołaliśmy zauważyć tylko dwie różnice w działaniu n. podjęzykowego i językowego, a mianowicie: 1) że *maximum* ciśnienia występuje nieco szybciej przy drażnieniu n. podjęzykowego, niż językowego; 2) że n. podjęzykowy przy następujących drażnieniach szybciej traci swą pobudzalność, niż n. językowy, jak to widzimy w przytoczonym niżej przykładzie (cyfry wyrażają powiększenia ciśnienia w odsetkach przy następujących naprzemian po sobie drażnieniach obydwóch nerwów prądami jednakowej siły, 100 mm. odległość bobin).

Hypoglossus	36	30	8	Po wprowadzeniu 2 miligramów atropiny do krwi.	7
Lingualis	81	89	61		72

Zresztą istota zmęczenia n. podjęzykowego podobnie jak innych nerwów czysto czuciowych wyraża się nie tyle opóźnieniem *maximum* ciśnienia, ile zmniejszeniem samej wielkości podniesienia.

Przebadzimy do doświadczeń wykazujących obecność włókien czuciowych w gałęziach nerwu twarzonego. Z gałązek tego nerwu badaliśmy trzy następujące: 1) gałązkę idącą około dolnej granicy m. żwacza (*masseteris*), która po złczeniu się z następującą gałązką, zwraca się ku wardze górnej; 2) idącą około górnej granicy żwacza i po złczeniu się z poprzedzającą, zwracającą się ku nosowi; 3) idącą w kierunku do zewnętrznej krawędzi oczodołu. Dla krótkości nazwiemy je: dolną, średnią i górną. Drażnienie odcinka osrodkowego prądami przerywanemi przy 100 mm. odległości bobin dało następujące wyniki:

Nr. doświadczenia.	Gałązka drażniona.	Maximum ciśnienia		Bezwzględne powiększenie ciśnienia.	Powiększenie ciśnienia w %
		przed drażnieniem.	podczas drażnienia		
1.	dolna	129	189	60	46
	średnia	137	198	61	44
	górną	149	196	47	31
2.	dolną	170	255	85	50
	średnią	150	186	36	24
	górną	159	181	22	14

Z tych gałązek średnia najdłużej zachowuje swą pobudzalność; górna zaś nadzwyczaj szybko ją traci.

Wreszcie przytoczymy cyfry, wykazujące obecność włókien czuciowych w nerwach przeponowych i gałęziach mięśniowych nerwu kulszowego. Nerw przeponowy drażniliśmy po lewej stronie w jamie piersiowej. Drażnienie jego odcinka osrodkowego prądami przerywanemi przy 100 mm. odległości bobin dało następujący wynik.

Maximum ciśnienia.		Bezwzględne powiększenie ciśnienia.	Powiększenie ciśnienia w %
przed drażnieniem.	podczas drażnienia.		
166	191	25	15

Wypadek ten nie zmienił się po przecięciu nerwów błędnych.

Z gałązek mięśniowych n. kulszowego wybraliśmy tę znaczną gałąź, która odchodzi od pnia ogólnego w górnej części biodra i zwraca się do tylnej jego strony. Drażnienie odcinka ośrodkowego tej gałęzi prądami przerywanymi przy 100 mm. odległości bobin dało następujące wyniki:

Nr. doświad- czenia	Maximum ciśnienia		Bezwzględne podniesienie ci- śnienia.	Podniesienie ci- śnienia w %
	przed drażnie- niem.	podczas drażnie- nia.		
1.	138	164	26	19
2.	172	230	58	34
3.	178	253	75	42

W trzecim doswiadczeniu wstrzyknięto atropinę.

### O ROKOWANIU W SUCHOTACH PŁUCNYCH.

Podał dr. Alfred **Sokołowski**, lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorych piersiowych w Goerbersdorfie na Szlązku.

Niemal do lat ostatnich panowało pomiędzy lekarzami przekonanie, że suchoty płucne t. j. tak zwana wówczas *Tuberculosis* jest chorobą nieuleczalną, a chorego dotkniętego nawet początkowymi objawami tej choroby, uważano za bezwarunkowo straconego. Przekonanie to było tak silnie rozgałęzione pomiędzy lekarzami, że bezwarunkowo za szarlatana poczytanoby tego, któryby śmiał mówić o wyleczeniu z suchot. Nawet w publice nielekarskiej dotychczas wyraz suchoty jest synonimem bliskiego i niezawodnego zejścia śmiertelnego osobnika dotkniętego tą chorobą.

W niedawnych jednak czasach nastąpiła przeciw tej nauce silna reakcja, a głównie pracami **VIRCHOW'A** i **NIEMEYER'A** zawdzięczamy podstawy badań anatomo-patologicznych i klinicznych, które dalej przez wielu badaczy prowadzone wykazały, że nazwa „*tuberculosis*” jest nazwą zbiorową, że suchoty płucne należy rozdzielić na wiele rodzajów i że w wielu przypadkach suchoty są uleczalne, co nie tylko badania anatomo-patologiczne, ale i kliniczne wielokrotnie stwierdziły. Odtąd, że tak powiem, rozpoczęła się nowa era w nauce o suchotach płucnych: zaczęto bliżej badać warunki, przy których wyleczenie może nastąpić, zaczęto rozróżniać postacie choroby, ustanawiać racjonalne wskazania lecznicze, badać bliżej rozwój i rozprzestrzenienie się geograficzne tej choroby. Odtąd także datuje początek racjonalnej klimatoterapii suchot płucnych. Jednocześnie badania kliniczne szczegółowe wykazały coraz częstsze przypadki uleczalności suchot. Niestety jednakże, jak wszędzie tak i tutaj, wkrótce wpadnięto w przesadę i drugą ostateczność t. j. zaczęto uważać suchoty za chorobę mającą wielką skłonność do uleczalności, a samo leczenie za coś tak prostego, zwykłego, że dziwno się niezmiernie: jakim sposobem dawniej na tę myśl nie wpadnięto; dość bowiem, utrzymują ci optymiści lekarze, wysłać suchotnika na jakiś czas gdzieś w góry, czy to w Alpy, czy w Karpaty, do Zakopanego

lub do Goerbersdorfu, lub na zimę do Meranu lub Mentony, a niezawodnie będzie uleczonym. Niektórzy szli jeszcze dalej twierdząc, że pobyt w jakimkolwiek klimacie na świeżem powietrzu jest aż nadto wystarczającym, a zajęcie takie jak np. dróżnika kolejowego (!) należy zalecać ludziom niezamownym dotkniętym suchotami!! Inny znowu autor niemiecki „specyjalista do chorób piersiowych” używający nawet pewnej wziętości w pewnych kołach (klikach) lekarskich niemieckich, niedawno temu śmiał twierdzić „że nie zna choroby, którąby łatwiej uleczyć można było jak suchoty płucne”!

Te i tym podobne zdania, wygłaszane w odczytach i pismach lekarskich, a bardziej jeszcze w popularno—lekarskich broszurach, wywierają fatalny wpływ na ogół lekarzy i publikę nielekarską; pierwszym bowiem wynikiem tego fatalnego wpływu jest to, że chorobę piersiową, którą możnaby w istocie w pierwszych okresach uleczyć, publika zaniedbuje, pocóż bowiem leczyć się w początku, kiedy dosyć mieszkać sobie na wsi, lub tamże na kilka tygodni wyjechać! Po cóż radzić się lekarza specyjalisty, kiedy on nie więcej nad to, co ów uczony dr. X. lub Y. w swej broszurze lub artykule umieszczonym w „*Gartenlaube*” lub tem podobnem piśmie, nie poradzi. Z drugiej strony ogół lekarzy niespecyjalistów sądzi nawet, że daleko posunięte suchoty płucne są uleczalne; zalecają więc chorym dla których już nadziei uleczenia nie ma, dalekie a nieraz z wielkimi ofiarami materyjalnymi połączone wyjazdy zagraniczne, aby owi chorzy tam zdala od rodziny i kraju wkrótce dni swe zakończyli. Jestto smutne, ale prawdziwe. Rokrocznie o tem przekonać się można w tak zwanych stacyjach klimatycznych dla chorych piersiowych.

Suchoty płucne są w istocie uleczalne, jednakże tylko pewne postacie i pewne okresy teje choroby. Leczenie suchot jest jednym z najtrudniejszych zadań, obok bowiem specyjalnych wiadomości lekarza w tym kierunku i długoletnich spostrzeżeń, leczenie to wymaga pewnych ściśle określonych warunków klimatyczno-dyjetetycznych, wymaga wiele czasu i wiele, bardzo wiele cierpliwości ze strony lekarza, a bardziej jeszcze ze strony chorego. Chorzy niecierpliwi, wymagający szybkiej poprawy, lub uleczenia, zmieniają zazwyczaj często lekarza, miejscowości lecznicze, a ciągle podpadając innym sposobom leczniczym, wkrótce giną jako ofiary swego własnego charakteru.

W innem miejscu <sup>1)</sup> starałem się wykazać, o ile to leczenie winno zależeć od stanu osobniczego chorego, jak metodycznie winno być przeprowadzane, jak ważną jest rola lekarza przy leczeniu tej choroby. W niniejszej pracy chcę tylko zestawić opierając się na moich licznych spostrzeżeniach, warunki na których opierać się powinno rokowanie w suchotach płucnych.

<sup>1)</sup> Patrz artykuły moje pomieszczone w MEDYCYNIE Tom III, IV i V z roku 1875 — 6 i 7, oraz broszurę p. t. *Beiträge zur Lehre von der Behandlung der chronische Lungen-schwindsucht* von dr. A. v. SOKOŁOWSKI, Berlin 1877.

Jak to w innym miejscu powiedziałem, ze stanowiska klinicznego najodpowiedniej dzielić suchoty płucne na dwa wielkie działy t. j. dziedziczne i nabyte. Przechodząc do pierwszej postaci t. j. do suchot dziedzicznych, odrazu trafiamy na bardzo drażliwą i wielokrotnie rozbieraną kwestyją t. j. czy usposobienie do choroby danej, jak w danym przypadku usposobienie do suchot, jest chorobą czy nie? Sądzę, że na pytanie to należy dać bezwarunkowo odpowiedź twierdzącą; osobnik bowiem zrodzony z rodziców, lub jednego z nich suchotniczego, a szczególnie, gdy choroba była w pełnym rozwoju przy poczęciu danej osobistości, dziedziczy na mocy wielokrotnie stwierdzonej teorii DARWIN'A właściwości rodziców, a więc wrażliwość wszystkich tkanek, wrażliwość całego ustroju na bodźce zewnętrzne, oraz że tak powiem nosi we wszystkich tkankach zarodek choroby ustrojowej, który przy pierwszej lepszej sposobności na jaw wychodzi. Ścisłych statystycznych danych, dotyczących suchot dziedzicznych, dotychczas niemamy; podczas gdy jedni autorowie dziedziczności przypisują zaledwie 10% przypadków suchot, inni dochodzą aż do olbrzymiej cyfry 75%. W każdym razie jakkolwiek jest, wpływ dziedziczności jest niezaprzeczony, a postać suchot ztąd powstała jest istotnie postacią choroby ustrojowej (konstytucyjonalną) <sup>1)</sup>.

Choroba więc zaczyna się od urodzenia, a osobnik dany, chociażby pozornie najzdrowszy (co się zdarza rzadko), nosi w sobie zaród przyszłej choroby. Choroba wyraźna najczęściej występuje w okresie dojrzałości płciowej <sup>2)</sup>, a raz powstała, w największej liczbie przypadków, ma szybkie i niepomysłne zejście. Rzadziej występuje choroba w pierwszych latach życia, a jeszcze rzadziej w wieku dojrzałym; u kobiet bardzo często występuje po pierwszym porodzie.

Ostatnimi laty miałem sposobność spostrzegać wiele przypadków bardzo ciekawych tego rodzaju; najbardziej charakterystyczne są dwa następujące. H. lat 17 zrodzony z matki suchotnicy; ojciec chorego, człowiek wiele rozumny i bardzo zamożny, od młodości zwracał przy wychowaniu syna baczną uwagę na fizyczną stronę wychowania; a więc gimnastyka, hydropatya, dozór ciągły umiejętnego lekarza, pobyt wielomiesięczny rok rocznie na wsi wśród najlepszych warunków higieniczno-dyjetetycznych, wycieczki latem w góry i t. p., były pod okiem ojca ciągle stosowane. Chłopiec rozwijał się dobrze; pomimo to, po przebytej w 17 roku lekkiej odrze, pozostał kaszel, a następnie bardzo szybko rozwinęły się suchoty płucne, i pomimo troskliwego leczenia w dwóch stacyjach klimatycznych w ciągu roku nastąpiło zejście śmiertelne. W tym więc przypadku choroby lat 17 nosił w sobie usposobienie, a właściwie mówiąc chorobę ukry-

<sup>1)</sup> Niektórzy autowie dawniej już (ROKITANSKI, BREHMER), a szczególnie BENECKE ostatnimi czasy starają się wykazać, że istnieją podstawy ściśle anatomiczne cechujące tak zwaną konstytucyjną suchotniczą (małe serce, wąskie naczynia, szerokość znaczna tętnicy płucnej i t. d.)

<sup>2)</sup> I tu także podług BENECKE'GO, ma leżeć przyczyna anatomiczna t. j. szybki wzrost serca w tym okresie mający miejsce.

tą, i dopiero odra wywołała jej rozwój, sprowadzając szybko zejście fatalne. Drugi przypadek dotyczył chorego lat 28 mającego, zrodzonego z ojca suchotnika. Chory, pochodzący z rodziny bardzo zamożnej, również od urodzenia był starannie wychowywanym ze szczególnem uwzględnieniem usposobienia w nim tkwiącego. Rozwinał się znakomicie, był baryczystym, okazywał oznaki prawdziwego zdrowia; pomimo to w 28 roku, po jakimś nieznaczem zaziębieniu rozwinęły się szybko przebiegające suchoty, które w kilka miesięcy sprowadziły zejście śmiertelne. W danym więc przypadku nieznaczne zaziębienie rozbudziło tyle lat uszione, a jednak istniejące w organizmie ustrojowe cierpienie.

Niezawsze jednakże osobniki zrodzone z rodziców suchotników ulegają tejże chorobie: zdarza się, że osoby takie, żyjąc w odpowiednich warunkach, dochodzą nawet późnej starości; zdarza się jednakże i to niezbyt rzadko, że dopiero u dzieci tychże osobników t. j. u wnuków pierwotnych suchotników rozwija się powoli choroba ustrojowa; ostatniemi czasy spostrzegalem kilka takich przypadków bardzo charakterystycznych. Chory H. z Westfalii opowiadał mi, że oboje jego dziadowie zmarli w bardzo wczesnym wieku na suchoty płucne, pozostawiając jedynego syna, który wychowywany na wsi w dobrych warunkach higieniczno-dyjetecznych, nie tylko że nie uległ dziedzicznej chorobie, lecz przeciwnie rozwinał się znakomicie, a mieszkając ciągle na wsi i trudniąc się gospodarstwem wiejskim, do dziś cieszy się zupełnem zdrowiem mając lat przeszło pięćdziesiąt. Syn tego ostatniego, a więc wnuk dziadów suchotniczych, urodzony na wsi, wychowywał się również tamże rozwiniawszy się bardzo dobrze, a następnie przy ojcu zajmował się wiejską gospodarką, dopiero w 24 roku życia bez widocznej przyczyny począł kaszlać, następnie krwią płuc. Lekarz domowy poradził natychmiastowy wyjazd do Goerbersdorfu; a tu badając, znalazłem u niego bardzo nieznaczne zgrzeszenie w jednym ze szczytów płucnych, obok wybornego stanu ogólnego. Chory znajdował się w zakładzie rok przeszło, a pomimo tak długiego leczenia, tak nieznaczne cierpienie nie ustąpiło w zupełności; przy odjeździe fizykalne badanie wykazywało jeszcze obecność zgrzeszenia, a od czasu do czasu występowało krwioplucie. Co dalej z chorym się stało nie wiem, przytaczam ten przypadek jednak jako charakterystyczny, gdzie suchoty dziedziczne przeskakują jedno pokolenie, zupełnie podobnie jak to DARWIN wykazał z prawem dziedziczności u zwierząt.

Zdarza się również, chociaż bardzo rzadko, że już wybuchła choroba u osobnika dotkniętego sprawą suchotniczą dziedziczną, pod wpływem odpowiedniego leczenia przyciecha, w większej liczbie przypadków jednak jest to tylko czasowe zawieszenie broni: w kilka miesięcy, czasem dopiero w kilka lat cierpienie wybucha znowu, sprowadzając ostatecznie końcową katastrofę.

Ze wszystkiego co wyżej powiedziałem okazuje się jak groźne w przebiegu są suchoty dziedziczne (ustrojowe) i o ile lekarz winien być ostrożnym w rokowaniu. Nawet przy najpierwszych objawach: nieznacznym kaszlu, chrypcie, przejściowej gorączce i t. p. należy wystąpić z całą energią,

a otaczającym przedstawić wszelkie możliwe następstwa. Leczenie podobnych postaci oczywiście winno się zacząć z chwilą urodzenia takiego osobnika: odpowiednie wychowanie, pobyt na świeżem powietrzu, nieprzeciążanie umysłową pracą, gimnastyka i t. p., a potem odpowiednie zajęcia; oto są środki mające na celu zapobieżenie rozwojowi choroby. Rzecz prosta, że taki chory winien być ciągle pod kontrolą racjonalnego lekarza, który nie tylko wskaźówki do wychowania, ale i do dalszego życia udzielać winien. To jego najwłaściwsza rola, z wybuchem bowiem choroby terapia nasza już mało pomódz może, a lekarz będzie tylko bezsilnym świadkiem w obec groźnego nieprzyjaciela. Wskażę jeszcze w końcu dwie okoliczności, na które lekarze domowi w podobnych przypadkach winni zwracać ciąglą rodziców uwagę t. j. na to aby jak można najpóźniej rozpoczynać nauki u dziecka, nie dążąc do ambitnych celów, a poprzestając na mniejszem wykształceniu, oraz na zabronienie wczesnego wydawania zamąż córek, zwracając uwagę na to, że cierpienie t. j. suchoty bardzo często po pierwszym porodzie wybuchają; im więc starsza kobieta, tem więkzsze widoki, że owa sprawa nie będzie miała za następstwo rozwoju groźnej choroby.

(d. n.)

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O przeciwnilnem przekłówanu stawów i wymywaniu ich roztworem kwasu karbolowego.

Przez Fr. RINNE'GO<sup>1)</sup>.

Streścił E. Modrzejewski.

W leczeniu długotrwałego wysiękowego zapalenia błony maziowej stawów, dotychczasowe sposoby leczenia okazały się niewystarczającemi. Nie mówiąc już o długiem trwaniu leczenia przy użyciu któregokolwiek ze znanych sposobów, o wątpliwym często skutku użytego sposobu, długie trwanie wysięków stawowych wpływało niekorzystnie na mechaniczną działalnosc stawu. Z tego powodu, oddawna już usiłowano działać bezpośrednio na wnętrze stawu, a to na drodze operacyjnej, przez otwarcie stawu, aby wydalić zeń wytwory zapalne, jakoteż aby podziałać wprost za pomocą środków lekarskich na zajętą błonę maziową. Zasady te określone ściślej przez BONNETA i VELPEAU nie pozyskały jednak praw obywatelstwa, z powodu uzasadnionej obawy otwierania większych stawów, tak że nawet do najnowszych czasów jedynie wtedy uciekano się przy długotrwałych wysiękach stawowych, do sposobów operacyjnych, skoro wyczerpano bezskutecznie wszystkie inne sposoby lecznicze. Słusznem to było dotąd, dopóki nie nabrano przeświadczenia że można otworzyć staw bez najmniejszej szkody dla chorego. Tę bezwarunkową pewność nieszkodzenia osiągnięto, stosując przy otwieraniu stawów przeciwnilny sposób leczenia ran. Rana przenikająca do stawu przestała już być obecnie straszna, jeżeli tylko zaraz po wypadku, lub też przed rozwinięciem się objawów zapalnych, odpowiednio jest traktowana. Nowsze piśmiennictwo le-

<sup>1)</sup> Die antiseptische Function der Gelenke und das Auswaschen derselben mit Carbolsäurelösung. „Centralblatt für Chirurgie”. Nr. 49 i 50 1877 r.



kańskie przedstawia nam w tym względzie coraz świetniejsze wyniki często prawie nie do uwierzenia <sup>1)</sup>).

Chociaż już GOYRAND stosował sposób podskórnego przekłócia stawów, a BONNET i VELLEAU oprócz przekłócia stawów, dokonywali jeszcze wstrzykiwań doń nalewki jodowej, VOLKMANN zaś roztworu kamienia pikielnego, operacja ta jednak nie weszła w powszechne użycie tak że nawet HÜTER w 1-m wydaniu swojej kliniki chorób stawów (str. 177) podaje, że nigdy nie ośmielił się wstrzykiwać nalewki jodowej do stawów, a przekłócia używał tylko w przypadkach najuporeczywszych. Nie więc dziwnego, że i większa część lekarzy uważała operację tę jako zanadto ryzykowną, a pogarszający się coraz bardziej stan chorych sprowadzał, przy długim trwaniu choroby, następowe, już niemożliwe do naprawienia zbroczenie. Odnosi się to głównie do stawu kolanowego, który z powodu swojej wydatności oraz powiklanej budowy najczęściej ulega zajęciu, a zwłaszcza długotrwałemu wysiękowemu cierpieniu błony maziowej; największą też ilość przekłóć dokonano na stawie kolanowym.

Autor w skróceniu powołanej pracy opiera się na przypadkach obserwowanych w oddziale chirurgicznym d-ra SCHEDE'GO w berlińskim miejskim szpitalu w Friedrichshain, a to od dnia 1 Października 1875 r. do dnia 1 Listopada 1877 r.

Przekłócia stawów dokonywano w celach leczniczych, przy przeciwnilnych środkach ostrożności, z następnem przemyciem stawu roztworem kwasu karbolowego. Technika operacyjna jest bardzo prosta, wymaga jednak pewnych pozornie mało ważnych, w rzeczywistości niezbędnych ostrożności. Zwykły sposób operacyjny jest następujący: Okolica kolanowa oczyszcza się starannie mydłem, szczotką i obmywa roztworem kwasu karbolowego; a włosy należy ogolić. Następnie we mgłę karbolowej (*spray*) wbijamy gruby trójgraniec, który powinien być jak najstaranniej przeciwnilnie oczyszczony (*desinficirt*), na zewnętrznej stronie kolana w worek mięśni wyprostnych (*bursa extens.*) lub też, gdy takowy nie jest mocno naprężony, pod rzepkę. Operacja odbywa się najczęściej bez użycia chloroformu, ponieważ ból jest nieznaczny i chwilowy, jeżeli tylko skierujemy dokładnie trójgraniec ku jamie stawowej i wbijemy go, w ten sposób miarkując siłę, aby przebić części miękkie odrazu, nie naruszając chrząstek i kości. Następnie nie wyciągając sztyletu trójgrańca, poruszamy nim w różnych kierunkach, aby się przekonać czy trójgraniec znajduje się rzeczywiście w jamie stawowej, lub też czy koniec jego nie uwiązł w częściach miękkich. Po przekonaniu się o tem wyciągamy sztylet, a zawartość jamy stawowej, jeżeli jest płynna, wypływa stosownie do ciśnienia stawowego, słabszym lub mocniejszym strumieniem. Trzeba przy tem zważać, aby prąd rozpylacza (mgły) był dokładnie skierowany na otwór cewki trójgrańca. Przez ucisk ręką, na kieszenie jamy stawowej oraz odpowiednie skierowanie trójgrańca, można zawartość stawu prawie całkowicie wycisnąć. Jeżeli zaś zawartość stawu nie jest zupełnie płynna i znajdują się w niej, co się bardzo często zdarza, skrzepy włóknika, lub inne złoży, wtedy cewka trójgrańca zapycha się i odpływ się wstrzymuje.

Po każdym przekłóciu dokonywa się wypłukania (*Ausspülung*) stawu roztworem kwasu karbolowego. Zapomocą silnego strumienia z wysoko

<sup>1)</sup> Porównaj: SCHEDE'GO *Ueber Gelenkdrainage. Verhandl. des III Congress der deutschen Gesell. f. Chirurgie.* K. VOLKMANN'A *Beiträge zur Chirurgie* p. 185. E. ALBERT'A, *Ueber die Arthrotomie.* „*Wiener Med. Fresse*” 1876. N. 20. P. BARTH'A *Beitrag zur Behandlung penetrierender Wunden des Kniegelenks.* Inaug. Diss. Basel 1877. RANKE'GO *Verhandl. des VI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.*

postawionego natryskiwacza (*Irrigator*) wstrzykujemy do stawu 3% *resp.* 5% roztwór kwasu karbolowego, tak, aby wypełnić nim całkowicie torebkę stawową i rozdać mocno wszystkie jej zagłębienia. Aby jednakże wypełnić dokładnie roztworem wszystkie zagłębienia w torebce, dokonywamy w stawie ruchy zgięcia i wyprostowania, oraz nacieramy staw ręką. Płyn wprowadzamy dotąd, dopóki wypływający roztwór nie jest zupełnie przezroczysty, dopóki więc nie zawiera najmniejszego śladu ropy, krwi, skrępow włókniaka i t. p. Osiągamy to zwykle po 10-krotnym wypełnieniu, co jednak zależy jeszcze od tego, jaka jest zawartość stawu. Po starannem przemyciu, wyciągamy cewkę trójgrańca, uciskając drugą ręką na staw. Ranka po przekłóciu, zwykle mało krwawiąca, zakrywa się kawałkiem protektywy i muslinem, całe zaś kolano pokrywa się dużym opatrunkiem Listerowskim, który powinien zachodzić prawie na szerokość ręki, powyżej i poniżej kolana, a brzegi opatrunku, dla pewniejszego wstrzymania dostępu powietrza, otacza się paskami waty salicylowej. Unieruchomienie stawu następuje przez nałożenie szyny podkolanowej, lub jeszcze lepiej, VOLKMANN'owskiej 1 szyny. Opatrunek ten pozostaje bez zmiany przez 5 do 6-u dni, w którym to czasie rana po przekłóciu jest zwykle zagojoną. Przemycie stawu kwasem karbolowym, uważa autor za rzecz główną, zasadniczą. Działanie roztworu kwasu karbolowego nie jest tu jakies swoiste, lecz przyczynia się ono do zupełnego wypróżnienia zawartości stawu, przez rozcielenie takiej, oraz powoduje podrażnienie wnętrza stawu przez wywołanie ostrego niezbyt silnego zapalenia, po ustąpieniu którego skłonność do długotrwałych wysięków znika. Wstrzykiwanie kwasu karbolowego nie wywołuje pożądanego skutku przy zastarzałych bardzo wysiękowych zajęciach stawów i wtedy należy użyć silniejszych środków jak np. nalewki jodowej. Ważnem jest także aby płyn do stawu wprowadzony, zetknął się ze wszystkimi częściami błony maziowej, ze wszystkimi jej zagłębieniami. Aby to osiągnąć trzeba staw wypełniać nadając mu najrozmaitsze położenia, gdyż wtedy tylko różne części torebki stawowej są więcej lub mniej naprężone, a rozmaite jej zagłębienia mniej lub więcej uciśnięte. Przyczynia się także do tego nacieranie i szczypanie stawu, co przy obecności skrępow włókniaka powoduje ich zmniejszenie i łatwiejsze wydalenie. Wymywanie dotąd, dopóki nie odpływa płyn zupełnie przezroczysty, ważne jest w tych zwłaszcza przypadkach, w których zawartość jest ropna, lub do ropnej zbliżona, gdyż pomijając już to że pozostawienie takiej zawartości może wpływać szkodliwie, bardzo łatwo przy silnie scinającym działaniu kwasu karbolowego na roztwory białka, mogłaby się utworzyć, na wewnętrznej powierzchni błony maziowej ochraniająca warstwa, któraby zmniejszyła lub też zniósła zupełnie działanie kwasu na tęż błonę maziową. Przy nakładaniu opatrunku trzeba się wystrzegać mocnego bandażowania, które w oddziale d-ra SCHEDE'GO z początku stosowano, spodziewając się tym sposobem zapobiedz nowemu powstaniu wysięku. Wysięk jednakże tworzy się bardzo często po przekłóciu, lecz doświadczenie przekonało że to jest tak mało znaczącem, jak powstanie wysięku po przekłóciu i wstrzyknięciu jodiny przy puchlinie worka moshnowego (*hydrocele*). Wysięk ten w obydwóch przypadkach, ulega bardzo prędko wchłonięciu. Najważnijszem zaś jest przy przekłóciu stawów z następnem wstrzykiwaniem roztworów kwasu karbolowego, powstanie ostrego zapalenia błony maziowej. Czy takowe powstaje z utworzeniem się wysięku, czy też bez niego, wszystko to jest jedno. Jeżeli jednak przy mocno nałożonym opatrunku, powstaje znaczny wysięk, to z powodu nieznośnych dla chorego bólów, opatrunek musi być bezpotrzebnie zmieniony. Co do leczenia następowego, to takowe zależy od przebiegu pooperacyjnego. Opa-

trunek zostawia się zwykle przez 6 dni, w którym to czasie rana po przekłóciu jest zupełnie zagojona. Jeżeli po zdjęciu opatrunku nie ma widocznego wysięku w stawie, lub objawów zapalnych, polecamy wtedy choremu pozostawać jeszcze w łóżku przez dni dwa i nakładamy na staw dość mocno flanelową opaskę. Po dwóch dniach dozwala się choremu ostrożnych ruchów, przy unieruchomieniu stawu szyną podkolanową. Po 14 dniach wraca zupełnie używalność stawu; trzeba jednak dla ostrożności zalecić chorym jeszcze przez kilka tygodni nakładanie opaski flanelowej. Jeżeli zaś po zdjęciu opatrunku wysięk się odnowił, to takowy przy spokoju i ucisku na staw, znika w ciągu dni kilku. (d. c. n.)

## ODCINEK.

### Korespondencyje Medycyny. Z WIDOWNI WOJNY.

*Fraleszti, d. 27 Stycznia 1878 roku.*

#### Z ozasowego szpitala wojennego. Nr. 75.

Samej miejscowości Fraleszti opisywać nie będę; zanadto dobrze ona jest znana wszystkim, choć cokolwiek interesującym się wiadomościami czerpanemi z gazet i pism codziennych, w których Fraleszti setki raz było wspomniane, jako główny punkt ewakuacyjny w Rumunii dla wszystkich chorych i ranionych, przybywających z Zimnicy, którzy dopiero u nas są sortowani przez oddzielną komisją i albo odprawiani do Jass, a ztamtąd do wewnętrznych gubernii Cesarstwa, albo też pozostawiani u nas w miejscowych szpitalach, albo nakoniec przesyłani do najbliższych szpitali w Bukareszcie, Buzeo, Braiłow i t. d.

Szpital nasz 75 urządzony w Moskwie w Maju r. z., przybył do Fraleszti we Wrześniu t. r. podczas największych upałów i strasznego przepełnienia chorymi i ranionymi, istniejącego tu już przedtem szpitala 46-go O 5 wiorst co najmniej, nie dojeżdżając Fraleszti, nosy nasze zostały rażone strasliwie zepsutem powietrzem i smrodliwemi wyziewami rozprzestrzeniającemi się w powietrzu i silną mgłą wieczorną. Przyjechawszy na stacyją drogi żelaznej i wyszedłszy z wagonu, byliśmy przymuszeni co chwila w ciemności potykać się o leżących na drodze chorych i ranionych, jęczących i wzywających każdego o ratunek, lub zmienienie opatrunku przez kilka dni z rzędu nie zmienianego, w skutek wielkiego napływu transportów z Zimnicy. Wtedy było tu zgromadzonych do 7000 chorych, a tymczasem dla pomieszczenia ich był tylko jeden szpital 46-ty, urządzony w płóciennych letnich barakach, mogących pomieścić najwyżej 800—1000 ludzi.....; oddziału szpitala Krzyża czerwonego nie liczę, ponieważ takowy przyjmował tylko ciężko ranionych i to nie więcej jak 35—40 ludzi.

Zdawało nam się wtedy, że chyba i na placu boju nie może być gorzej i szczyrze staraliśmy się choć w części dopomódz nieszczęśliwym ofiarom wojny; ten obraz jednak prędko zdołał się wygładzić z pamięci po coraz nowych, coraz straszniejszych obrazach i widokach.

W kilka dni po przyjeździe, przez które byliśmy przeznaczeni do przewożenia chorych pociągami wojennemi do Jass, szpital nasz także został pomieszczony w płóciennych pałatkach w miejscowości strasznie zanieczyszczonej i wonięjącej, obok pola zasianego niezbraną kukurydzą, która przez cały czas do naszego przyjazdu służyła za miejsce ustępowe tak dla przechodzących wojsk, jakoteż i dla ciągle przybywających transportów cho-

rych ze szpitali bułgarskich, a na domiar złego w tym właśnie czasie panującymi epidemicznie chorobami oprócz przeróżnych postaci gorączek przepuszczających (*ff. intermittentes*) były dysenteryje i dyjariel... Przy usilnych staraniach i nader starannem odwietrzaniu potrafilimy choć w części oczyścić miejscowość zajętą przez nasz szpital, chociaż brak świeżego i czystego powietrza był ciągle powodem zbyt wielkiej śmiertelności ( $10\%$ — $12\%$ ) jak również i rozwinięcia się różnych postaci zakażenia ropnego a ranionych: posocznica, ropnica, błonica i t. p. były zbyt częstym nieszczęściem zjawiskiem, zabierającym całe dziesiątki chorych, czego przy innych warunkach łatwo uniknąć byłoby można.

W wyżej wspomnianych letnich pałatkach, miesciliśmy się do dnia 1 Stycznia 1878 r. nie zważając na to, że mrozy dochodziły do  $-15^{\circ}$  C. i niżej, a postawione piece żelazne w pałatkach były skuteczne tylko podczas zupełnie cichego i spokojnego powietrza; przy najmniejszym wiatku, użycie ich stawało się niemożliwym. Dnia 1 Stycznia r. b. nareszcie przenieśliśmy się wraz z chorymi do zimowych żelaznych baraków p. Polakowa (baraki z wystawy wiedeńskiej), odznaczających się dosyć estetycznym na pozór wyglądem, jednak w gruncie rzeczy przy bliższym zbadaniu okazały się zupełnie niezdatnymi do odpowiedniego pomieszczenia 1000 chorych, z powodu zupełnego braku wentylacji, nieodpowiednio urządzonych kloak i zbyt pośpiesznego tandetnego wykończenia. Wszystkie wymienione braki odrazu odbiły się w przebiegu chorób: prawie od tego dnia datuje się u nas epidemiczny rozwój straszliwej durzycy, tak brzusznej jakoteż i wysypkowej z ogromną śmiertelnością. Do tego głównie przyczyniło się pomieszczenie w opróżnionych przez nasz szpital pałatkach, Plevieńskich Turków około 2000, którzy ciągle przybywali i prawdopodobnie przynosili ze sobą te ciężkie postaci durzycy, o jakich do tego czasu nie słyszeliśmy w naszej armii. Każdy transport Turków dostarczał nam jednocześnie do 20 trupów zamarzłych w drodze; chorych pozostałych przy życiu pomieszczano na słomie w pałatkach po 60—80 razem (gdzie przedtem chorych szpitalnych mieściło się zaledwie 18). W skutek też tego nieodpowiedniego pomieszczenia i braku opieki, śmiertelność między nimi rozwinęła się przestraszająca: dziennie umierało i umiera ich przecięciowo 40—50, a w sam dzień Nowego Roku okrążyła cyfra 100! Trupów nie można nadążyć chować, tułają się one między pałatkami dni 5 i więcej, a i ci, co są pogrzebani, bywają pomieszczani po 20 razem w dole, mającym nie więcej nad 2 arszynów głębokości i zlekką przysypani ziemią, tak, że ręce ich lub nogi wystają nad powierzchnię ziemi, oczekując tylko najlżejszej odwilży, ażeby wypłynąć na wierzch i zarazić do reszty i tak już zbyt zanieczyszczone powietrze. Niczem obraz piekła Dantejskiego, w porównaniu z tem, co u nas we Frateszti zobaczyć obecnie można!!!

Wszystkie powyżej przytoczone warunki nie mogły się nie odbić i na składzie naszego szpitala, z którego połowa służby szpitalnej (przeszło 200) leży w durzycy; z 16 siostr miłosierdzia, 14 na toż samo leży w Bukareszcie, połowa felerzerów także. Z naszych kolegów 2 zmarło dnia 13 Stycznia r. b.; jeden z nich s. p. Sylwester ŁUCZKOWSKI lat 25, wychowaniec uniwersytetu Warszawskiego, rodem z Chełma, gubernii Lubelskiej, jedyny syn i podpora staruszki matki zmarł 10-go dnia ciężkiej durzycy brzusznej; następnie 2 kolegów wysłaliśmy w durzycy do Bukaresztu; nakoniec nasz lekarz główny także zachorował ciężko i w tych dniach wyjedzie, tak iż obecnie na 600 z górą chorych szpitalnych i około 600 pozostałych turków, mamy czterech ordynatorów z dwoma siostrami miłosierdzia. Oczekujemy wprawdzie nowych lekarzy z którymi bodaj nie powtórzyła się też sama historia, a w takim razie Frateszti

w terażniejszej wojnie może nader słusznie uzyskać sławę znanego Nikolajewa w Krymskiej kampanii...

A tu niestety, już się zaczyna u nas odwilż i wiosna się zbliża; co to będzie w naszym Frateszti... w tym olbrzymim dole kłoczonym, napelnionym, oprócz wszelkich nieczystości, ogromną ilością padliny zwierzęcej i trupami ludzkimi. Nadejdziecie do nas z wiosną cholery lub jakiegokolwiek innej nie mniej zabójczej epidemii, wcaleby nas zadziwić nie zdołało...

Postawiając dalszą pogawędkę do następnej korespondencji, zasłałam pozdrowienie wszystkim kolegom i znajomym w naszej kochanej Warszawie.

Dr. M. Zawadzki.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Zmiany chorobowe w szpiku kostnym.** W 52 numerze *Berliner klin. Wochenschrift* z r. 1877 znajdujemy ciekawe poszukiwania nad zmianami w szpiku kostnym, dokonane przez LITTEŃ'A, asystenta prof. LEYDEN'A i ORTH'A, asystenta prof. VIRCHOW'A w Berlinie. Zanim przystąpimy do streszczenia tej pracy, musimy wpiery zauważyć, że zarówno budowa jak i zmiany anatomo-patologiczne szpiku kostnego od niedawna dopiero są znane. Zaledwie lat kilkanaście temu poznano, że utwór ten, jednoznaczny w swej budowie ze śledzioną i gruczołami chłonnymi, także same ma przeznaczenie, t. j. służy do wyrabiania białych ciałek krwi i następnej ich przemiany na czerwone. Później w 1869 r. NEUMANN wykazał, że szpik kostny może brać udział w białaczce, t. j. że w razach, gdzie przerost śledziony i gruczołów chłonnych staje się przyczyną zwiększonej ilości białych ciałek krwi, tam i szpik kostny podobnym zmianom ulegć może. Co więcej NEUMANN opisał przypadki t. z. białaczki szpikowej, w której powiększenie się liczby białych ciałek krwi zależy jedynie od zmian w szpiku kostnym.

W r. z. CONHEIM, badając zwłoki osoby zmarłej na niedokrwistość postępującą złośliwą (*anaemia perniciosa progressiva*), znalazł między innymi i zmiany w szpiku kostnym. Zmiany te polegały na tem, że szpik kostny zamiast być żółtym, jak to u dorosłych bywa, przedstawiał barwę czerwoną; drobnowidz zaś wykrywał mnóstwo czerwonych komórek z jądrami lub bez takowych, które się przedstawiały jako niezupełnie wykształcone postacie czerwonych ciałek krwi; obok tego liczba prawidłowych ciałek tak czerwonych jak białych również zwiększoną była. Na zasadzie tych poszukiwań CONHEIM zawyrokował, że niedokrwistość postępująca złośliwa polega na chorobie szpiku kostnego, który zamiast prawidłowych, niewykształconych ciałek krwi dostarcza. Otóż LITTEŃ i ORTH przekonali się, że badania CONHEIM'A są prawdziwe, ale tylko wnioski nieco fałszywe. Znajdowali oni bowiem podobne zmiany przy najrozmaitszych chorobach przewlekłych, którym znaczne wyniszczenie towarzyszy. I tak spotykali oni je u osób zmarłych skutkiem raka, obfitych krwotoków, długotrwałego ropienia i t. d., natomiast nie znajdowali ich w chorobach serca, płuc, które jak wiadomo zbytecznie ustroju nie wyniszczają. Na tej zasadzie wspomnieni badacze dochodzą do tychże wniosków, do których już pierwej doszedł NEUMANN, t. j. że zmiany w szpiku kostnym nie są przyczyną, ale następstwem niedokrwistości. Sądzą oni, że w tych razach szpik kostny stara się wynagrodzić te straty, jakie ustroj zkindnął ponosi; z tego powodu czynność jego się wzmacnia i ogólna ilość wyrobionych ciałek krwi się zwiększa. Przy tej nadmiernej czynności, obok prawidłowych zdarzają się i owe niewykształcone postacie, których w prawidłowym szpiku tylko niewiele spotykamy.

T. D.

**O przyczynach gorączki durzycowej.** Prof. LEBERT w przejeździe przez Genuę, przybył do kliniki prof. de RENZI; ten ostatni i po skończeniu swojego wykładu, prosił LEBERT'A, żeby zechciał zadośćuczynić życzeniu słuchaczy i kilka słów do nich przemówił. W skutek tego L. następujące miał przemówienie: W ostatnich czasach dużo się zajmowałem przyczynami gorączki durzycowej. Liczne i sprzeczne są z sobą przekonania autorów. Rozpatrując się w tym przedmiocie w książkach, nie przychodzi się do żadnego

stanowczego wyniku. Zadawałem sobie nieraz pytanie: jakim sposobem takie zamięszanie powstać mogło i przypuszczam, że nastąpiło ono skutkiem tego, iż ludzie najznakomitsi stanowczo odrzucają to, co ich teoryi nie zdaje im się potwierdzać.

PETTENKOFER twierdzi, iż wyłączną przyczyną gorączki durzycowej jest obniżenie poziomu wód gruntowych i powstaje energicznie przeciwko tym, którzy szerzenie się tej choroby przypisują zarazie; ci ostatni dzielą się na dwa obozy: jedni przypuszczają zarazę bezpośrednią, a drudzy pośrednią.

Zróbmy przegląd rozmaitych teoryj:

Jedną z prawdopodobnych teoryj utrzymuje, że przyczyną zarazy są małe ustroje: zarodniki, grzybki, bakteryje etc. W durzycy tak jak w większej liczbie chorób zaraźliwych zarodki te są tylko przypuszczeniem, ale istnienie ich dowiedzionem nie było. W durzycy powrotnej wykazano niewątpliwie ich istnienie; znaleziono je w czarnej kroście (*pustula maligna*), w krowiance, w ospie i to nietylko w pęcherzykach ale i w samym ustroju.

Teoryja samowolnego rozmnażania się, została przez dzisiejsze nauki przyrodnicze stanowczo odrzuconą. Jesteśmy zatem zmuszeni do przypuszczenia istnienia zarodka uorganizowanego a przypuszczenie to może się przyczynić do wzajemnego zbliżenia rozmaitych teoryj.

PETTENKOFER i szkoła jego wykazali w Monachium, że liczba chorych na gorączkę durzycową zwiększa się, w miarę jak poziom wody gruntowej się obniża, z powodu, iż osuszają wtedy wielką ilość niższych ustrojów, które poprzednio były w wodzie zawieszone, a wyschnąwszy przechodzą one w zgniliznę i stanowią zarazę durzycową; ale jeden zarodek nie wystarczy nam dla wyjaśnienia wszystkiego, gdyż jeden i ten sam zarodek nie może być przyczyną gorączki durzycowej, durzycy wysypkowej, odry, płonicy i ospy. Poszukiwania moje anatomo-patologiczne i kliniczne wykazały: iż trzy postacie chorób, znane pod nazwą durzycy są sobie pokrewne. Przypuściwszy, że grunt nasz napojony jest zarodkami durzycowemi, można także uważać za pewnik, że zarodek ten znajduje się i w wypróżnieniach stolcowych, a zatem i w wychodkach. Jak tylko poziom wody, która zarodki te w sobie zawiera obniża się, przechodzą one w gącie i zaraza durzycowa się rozwija. To jest przyczyną najczęstszą gorączki durzycowej. W miastach, w których wychodki źle są utrzymywane, zarodniki przechowują się z łatwością w powietrzu i w wodzie, a epidemije szerzą się w pewnej grupie domów, w jednej dzielnicy miasta lub w całym mieście. Zarodniki mogą być przeniesione w wodzie do picia: ktoś wypije wodę pochodzącą ze studni sąsiadującej z wychodkami, w których istnieją zarodniki durzycy i dostaje tej choroby. Ten sposób szerzenia się choroby potwierdza się doświadczeniem, iż często epidemija panuje w części kraju zaopatrzonej jedną i tą samą wodą, kiedy inne okolice tego kraju nie są nią dotknięte.

Ta przyczyna choroby tak jest pospolitą, że niektórzy autorowie uważają ją za jedynie możliwą; ale sędzę, że dziwić się nie należy temu, że zaraza durzycowa i innymi drogami także ustrój nasz zaraża.

Spostrzegano epidemije durzycowe wywołane użyciem mleka, przyczem wcale nie potrzeba, żeby woda zanieczyszczona zarodnikami była do mleka dolewana. W pewnych wsiach, w których były dwa wodozbiory, z których w jednym czerpano wodę do picia, w drugim do prania, dosyć było wymyć naczynia od mleka w wodzie zawierającej zarazek durzycowy, żeby chorobę sprowadzić. Z cholera zrobiono to samo spostrzeżenie.

Niektóre spostrzeżenia takiego rodzaju, zawdzięczamy professorowi chemii w Bernie QUINCKEMU. Przytacza on między innymi, że w pewnej miejscowości, przez którą część armii francuzkiej w roku 1870 przechodziła, troje dzieci, które się bawiły słomą, w której leżeli chorzy na durzycę żołnierze, choroby tej dostało. Należy tutaj tak jak w krztuscu przyjąć, że zaraza nastąpiła skutkiem wdychania.

Ten sam QUINCKE powiada, że z pewnej ilości uczniów gimnazjalnych, część pila wodę, druga część wino, a trzecia piwo; otóż z tych którzy wodę pili 42-ch zachorowało. Woda jest zatem środkiem przenoszącym zarazę.

Możliwość zarażenia bezpośredniego, była systematycznie zaprzeczana przez nie-

których sławnych akademików paryżskich, którzy nie przykładają żadnej wiary do spostrzeżeń, które im są nadesłane z prowincyi. Ale spostrzeżenia te tak są dokładne, iż niepodobna nie przyjąć możliwości, takiej pośredniej zarazy. W szkole wojskowej w Losannie, pokazało się kilka przypadków gorączki durzycowej, skutkiem czego szkołę zamknięto; ale uczniowie do swoich domów wracając, roznieśli po kraju chorobę.

Zaraza bezpośrednia jest utrudnioną w wielkich szpitalach. Porównywać nie można wielkich, dobrze przewietrzanych sal szpitalnych z małemi chatami wiejskimi o zamkniętych drzwiach i oknach. Dla czegoż odrzucać ścisłe spostrzeżenia tych, którzy zdala są od ognisk naukowych?

Takim sposobem przyczyny zarazy są różnorodne; poznawszy je, powinniśmy starać się o ich wytepienie. Trzeba zatem badać chemicznie skład wody gruntowej i przestrzecąć higienicznego budowania wychodków. Lekarz powinien nie tylko starać się o przywrócenie zdrowia pojedynczym jednostkom, ale zajmować się winien zdrowiem ogółu.

(*La Santé* z 30 czerwca 1877 r., przytoczone przez *Gaz. méd. de Paris*, N. 51—1877).

G. F.

## 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, 2 i 4).

Ogólne wnioski, jakie się dadzą wyciągnąć z tego wszystkiego, cośmy powyżej przytoczyli, są następujące:

1. Istnieje niezaprzeczony wpływ klimatu na leczenie choroby przymiotowej: w klimacie południowym choroba ta daleko łatwiej może być wyleczoną niż w klimacie północnym.

2. Podczas leczenia choroby przymiotowej starać się należy o ciepłotę o ile można jednostajną, a więc unikać mamy wszelkich zmian temperatury; ciepłota potrzebna dla prawidłowego leczenia choroby przymiotowej wynosić powinna od 16—18<sup>o</sup> R.

3. Zimne powietrze stanowczo źle wpływa na przebieg leczenia choroby przymiotowej zapomożą wcierań rtęciowych.

4. Powietrze świeże i czyste nie tylko nie jest szkodliwe, ale jest najbardziej koniecznym warunkiem powodzenia dobrego leczenia.

P. KADLER w pierwszej swej broszurce przedewszystkiem, powątpiewając o wpływie klimatu na leczenie choroby przymiotowej — twierdzi: „Użycie świeżego powietrza, choćby osrebrzonego płatkami śniegu, i posiadającego najniższą nawet ciepłotę, właściwą naszemu podniebiu, jak o tem w ciągu dwóch lat miałem sposobność się przekonać, bynajmniej nie paraliżuje działania rtęci i jodu na ustrój człowieka.“

Żeby skończyć z odpowiedzią na pierwszy zarzut uczyniony mi przez p. K., muszę jeszcze rozebrać mniemania tych autorów na które p. K. powołuje się w swojej „odpowiedzi“ i wymaga najkategoryczniej, abym wykazał niekompetencyją tych autorów.

Z 4-ch listów, które p. K. przytacza — to z wyjątkiem jednego HEBRY, który stanowczo oświadcza się w myśl założenia p. K. — w innych widzę raczej potwierdzenie tego, co wyżej powiedziałem, aniżeli zaprzeczenie. I tak:

Co do prof. KAPOSIÉGO, to sądząc z licznych ograniczeń dla leczenia ambulatoryjnego postawionych, należy przyjąć, że jest mniemania takiego, jak i szereg powyżej przytoczonych autorów — pisze bowiem: „Co się tyczy wpływu powietrza i niskiej ciepłoty, jako też nagłych zmian powietrznych, to gdy chory ze względu na sam przymiot ciężko jest chory..... lub gdy tenże oprócz tego podlega innym ciężkim niemocom, jak złośliwym owrzodzeniom, gruźlicy, chorobom gorączkowym — chory taki łóżka, lub pokoju opuszczać nie może.“ I niżej nieco. „Gdy się więc ma do czynienia z rozsądnym i sta-

tecznym chorym, mającym pomimo swego zajęcia potrzebny czas do ścisłego przeprowadzenia leczenia i gdy powołanie chorego jest tego rodzaju, że nie potrzebuje on zbyt znacznie nadwyręzać sił swoich fizycznych, w takich razach, za wyjątkiem ostateczności, leczenie ambulatoryjne chorych nie może być przedmiotem sporu.“

Prof. ZEISSL pisze: „Gdy chorzy, których zmuszony jestem poddać leczeniu wcieraniami rtęciowymi są silnej budowy i nie zachodzą żadne inne przeciwwskazania, to pozwalam im podczas cieplejszej pory roku wychodzić i większą część dnia na świeżym powietrzu przepędzać, i tylko podczas bardzo zimnej pory zalecam im pozostawać w mieszkaniu.“

Wyjątek listu prof. AUSPITZ'A brzmi: „Że na metodę leczenia przymiotu, pozwalając chorym czerpać świeże powietrze, nie wystawiać ich na upał i głód, najzupełniej zgadzam się, i sam ją stosuję, nie potrzebuję więcej upewniać.“ Żałujemy mocno, że p. K. listów tych nieprzeczytał w oryginale. Zdaje mi się, że bezstronny czytelnik — żadną miarą nie będzie twierdził, że listy te popierają zdanie p. K. które powyżej przytoczyliśmy.

Następnie po tych listach p. K. przytacza mniemanie LANCEREAUX, którego powyżej cytowaliśmy, i wiemy już jak z niego skorzystał. To samo odnosi się i do MICHAELIS'A. Żałujemy mocno, że nie mamy dzieła MANSUROW'A, MOSENGL'A i broszury BRANDIS'A, pozbawieni bowiem jesteśmy sprawdzenia, czy w ten sam sposób p. K. korzystał z tych autorów jak z MICHAELIS'A i LANCEREAUX.

P. KADLER wreszcie powołuje się i na rozprawę d-ra Franciszka ORŁOWSKIEGO <sup>1)</sup>, który utrzymuje, że nie ma potrzeby zamykania chorych w mieszkaniach i prażenia sztucznie podniesioną ciepłotą. Gdyby p. K. troszkę uważniej czytał tę rozprawę, lub gdyby sumiennie z niej chciał korzystać, toby wyczytał następujący ustęp na str. 98 pomieszczonej: „Wcierań maści szarej używałem w Syberji Wschodniej zaledwie kilka razy, a to z powodu, że metoda ta wymaga wiele czasu, że przy tego rodzaju leczeniu brak jest wszelkiej kontroli zużytej rtęci, że chorzy się stawia w niedogodne warunki higieniczne, nakoniec z obawy drażnienia skóry w tak surowym klimacie. O wynikach więc stosowania tej metody nic powiedzieć nie mogę z powodu małej liczby i postrzeżeń.“ Widocznem jest z tego, że kol. ORŁOWSKI nie odnosił zdania powyżej wyrażonego do wcierań rtęciowych, p. KADLER jednak uznał za dogodne przytoczyć je, jako mające popierać perypatetyczną metodę leczenia przymiotu za pomocą wcierań. Pan KADLER chcąc o ile można najdobitniej wykazać, że nie mam słuszności, zarzucił mi, jakoby w krytyce mojej utrzymywał: że świeże powietrze jest szkodliwe, że każe chorych morzyć głodem i t. d. I dla tego pisze: „Zresztą nie trzeba być nawet na to lekarzem, żeby wiedzieć, że chcąc wyzdrowieć, trzeba przede wszystkim żyć; — żyć zaś nie można, oddychając złem powietrzem i morząc się głodem.“ Te śmieszne zarzuty dowodzą tylko, że p. K. może wybornie czytać między wierszami rzeczy, które nikomu na myśl nie przychodzi.

P. K. domagając się odemnie w interesie prawdy, bym zapoznał go z poważnemi badaniami wielu autorów, powiada, że gdy nie ogłoszę takowych drukiem, będzie to dowodem, że ja z całą niesumiennością chciałem nadużyć dobrej wiary kolegów. Przytoczyłem to, czego p. K. odemnie zażądał, ale z całą stanowczością utrzymuję, że raczej on sam nadużył dobrej wiary kolegów, przekraczając zapatrywania się autorów, jak to wyżej wykazałem na MICHAELIS'IE, LANCEREAUX i ORŁOWSKIM. Ta niesumienność w korzystaniu z dzieł autorów, pozwala raz na zawsze wątpić o tem, czy w jakiejkolwiek pracy pana K., w przyszłości okazać się mogącej, można będzie szukać prawdy. Słusznie powiedzieć można p. KADLEROWI, własnymi jego słowy, że w nauce lekarskiej potrzeba faktów, dowodów, a my od siebie żądamy sumiennosci. (d. n.)

<sup>1)</sup> O chorobach wenerycznych i syfilitycznych w północnej Azji. Pamięnik Towarz. Lek. Warsz. 1877, zeszyt IV.

Redaktor i Wydawca. Dr. J. Rogowicz.

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