

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

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

TREŚĆ: Rozprawy naukowe. Chłodne kąpiele w chorobach gorączkowych u dzieci. Przez Dra G. Mayera. O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo-lekarskich. Przez Dra Ferdynanda Arlt'a, profesora okulistyki w Uniwersytecie Wiedeńskim. Podał Dr Jan Buszek (Dalszy ciąg).—Kronika zagraniczna. Historyczno-krytyczne uwagi nad nauką o leczeniu ran. Przez Dra R. U. Krönlein, Assystenta królewskiej uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej w Berlinie.—Wiadomości bieżące. Terapeutyczne doświadczenia podczas epidemii cholery w Monachium. O chirurgicznych środkach sprawiających ulgę osobom chorym na rozwinięte już w wysokim stopniu cierpienia gruczołu przyprątneho. O rozpęklinie odbytu. Chloroform w położnictwie.—Dodatek. Choroby zaraźliwe ostre, T. II, ark. 23 i 24.—Wody Mineralne—dodatek X.

## Chłodne kąpiele w chorobach gorączkowych u dzieci.

Przez Dra G. Mayera.

Zwracam uwagę na znakomitą skuteczność metody odciągającej ciepłik (*methodus antithermica*) w chorobach gorączkowych u dzieci. Zdaniem mojem, odpowiedniej ciepłoty kąpiele letnie, stopniowo ochładzane, stosować można dzieciom wszelkiego wieku, poczynając od pierwszych tygodni życia;—a nawet użycie tego środka tém jest łatwiejszém, im wcześniejszym jest wiek dziecięcia.

Ważność téj metody postępowania w chorobach gorączkowych u dzieci wtedy dopiero wychodzi na jaw, gdy wyniki jéj sprawdzamy przy pomocy ciepłomierza. Trudność badania ciepłostanu ciała u dzieci, mianowicie zaś konieczność oznaczania takowego w odbytnicy (*in recto*), odstraszała wielu od tego rodzaju badań; nie mniej jednak, jestto jedyny środek ocenienia prawdziwego stanu chorego dziecięcia — zarówno ważny dla rozpoznania choroby, jak i dla rokowania. Przy dobrej woli, można nietylko osobiście wymierzać ciepłotę ciała u dzieci, ale nawet przyuczyć do tego matki lub dozoreczynie.

Przy stosowaniu jednak u dzieci metody ochładzającej, przedewszystkiem zaś kąpiele chłodnych, należy bezustannie mieć w pamięci fakt, zaznaczony już przez Liebermeistra i Ziemssena; mianowicie: że im wcześniejszym jest wiek dziecięcia, tém mniejszy stopień ochłodzenia wystarcza, aby sprowadzić pożądaný skutek. Z drugiej zaś strony, zbyt gwałtowne odciąganie ciepłika u młodych dzieci sprowadza bardzo łatwo niebezpieczny upadek sił i zwolnienie krążenia (*collapsus*);—to też, im wcześniejszym jest wiek dziecięcia, tém ochładzanie bardziej stopniowanem być powinno i nie dosięgać nigdy wysokiego stopnia. U dzieci młodszych nad trzy miesiące, kąpiel nie powinna być nigdy ochładzaną poniżej 23°R.

Opierając się na licznych doświadczeniach, częścią własnych, częścią zaś innych autorów, należy stosować kąpiele chłodne u dzieci, przedewszystkiem w cierpieniach gorączkowych, połączonych z bardzo znacznym podwyższeniem ciepłoty, a mianowicie: przy róży (*erysipelas*), zapaleniu płuc krupowem (*pneumonia crouposa*), durze (*typhus*), płonicy (*scarlatina*), a niemniej przy ostrym niezycie żołądka i kiszek z wymiotami, biegunką i gwałtowną gorączką połączonym którą to postać chorobną, lubo z pewnemi zastrzeżeniami, za odmianę duru uważam. Co się tycze tego ostatniego poglądu, nie wypowiadam jeszcze ostatniego słowa, dopóki dalsze obserwacye nie potwierdzą moich przypuszczeń. Brak mianowicie danych o zachowaniu się śledziony, przy pomienionych biegunkach z wymiotami i gorączką. W każdym razie pogląd swój opieram na licznych faktach, gdzie podobne ostre gorączkowe niezity żołądka i kiszek u niemowląt występowały podczas epidemii duru, i to pośród rodzin, których członkowie już poprzednio, lub też współcześnie durowi ulegli.

Brak zmian anatomo-patologicznych właściwych durowi w kiszkach niemowląt, zmarłych na wspomnioną biegunkę z womitami, nie może stanowić dowodu przeciwnego, gdyż, jak to już Rilliet i Barthez wykazali, zmiany durowe w kiszkach u dzieci nigdy tak wyraźnie nie występują jak u dorosłych. Z drugiej strony, wymioty są nader pospolitým zjawiskiem w durze u dzieci. Połączone przeto z gorączką biegunko-wymioty niemowląt, tak dobrze mogą polegać na zakażeniu ustroju jadem durowym, jak to Hagenbach i Liebermeister przyjmują dla gorączkowych niezytów przewodu pokarmowego u dorosłych.

W ostatnich czasach stosowałem kąpiele chłodne stopniowo oziębiane w licznych wypadkach gorączkowej wymioto-biegunki niemowląt i otrzymałem nader pomyślne wyniki z tego leczenia. Zwracam przytem uwagę, iż przy tego rodzaju wymioto-biegunkach, stan gorączkowy łatwo prześlępionym być może, gdyż u chorych na nie niemowląt szybko następuje upadek krążenia (*collapsus*), przyczem kończyny a nawet i twarz lodowacieją, tak że dopiero ciepłomierz i to zaprowadzony do odbytnicy wykazuje prawdziwy stan rzeczy. A przecież biegunki takie różnią się niesłychanie od zwykłych, na prostym niezycie dróg trawienia polegających i bezgorączkowych biegunek z wymiotami,

które też przy zwykłych środkach dyetetycznych ustępują, podczas gdy pierwsze bez zastosowania metody ochładzającej rzadko pomyślnie się kończą.

W roku bieżącym obserwowałem trzymiesięczne dziecko, które zapadło na biegunkę gorączkową z wymiotami, podczas, gdy w temże mieszkaniu znajdował się chory tyfusowy, a starszy nieco, bo 19 miesięczny jego braciszek świeżo przebył ciężki dur, z którego przy użyciu chłodnych kąpielei i chininy szczęśliwie wyzdrowiał. Dziecię to zmarło następnego dnia w nocy przy  $42^{\circ}$  ciepłoty w odbytncy. Wezwany będąc na kilka godzin przed śmiercią, zastosowałem chłodne kąpiele—ale te nie mogły już przynieść pożądanego skutku.

Daleko pomyślniejszy przebieg tegoż cierpienia obserwowałem u innego, również trzymiesięcznego dziecka, gdzie jednak od początku i systematycznie stosowaniem było właściwe leczenie. Dziecię to, karmione sztucznie mączką Nestle'go odżywione było nie źle—nie mogło się jednak liczyć do silnych. 29 września zeszłego roku zapadło na wymioto-biegunkę. Ciepłota w odbytncy tego dnia wynosiła  $39^{\circ}$ , następnego dnia rano  $39,5$ . Zaleciłem dziecieniu odpowiednie ilości nalewki makowca i podawanie pokarmu częste a w nader małych ilościach.

Tegoż dnia, w nocy o godz. 3, znalazłem dziecko w stanie upadku sił (*collapsus*), z nadzwyczaj przyspieszonym oddechem i tętnem. Cały wygląd dziecienia zdawał się bliską śmierć zapowiadać. Wymioty i biegunka nie ustawały, ciepłota w kiszce stolcowej wynosiła  $40,5$  C. Zastosowałem dziecieniu kąpiel 8 minutową, od  $28^{\circ}$  R. stopniowo do  $24^{\circ}$  R. ochładzaną i do poprzedniego lekarstwa dodano co godzinę łyżeczkę kawianą starego tokajskiego wina.

Po pierwszej zaraz kąpielei dziecko uspokoiło się znacznie, tak że z drugą czekano aż do 11 rano. Że jednak ciepłota ciała wzniosła się znowu do  $39,8^{\circ}$  C. zaleciłem kąpiel powtórzyć i stosować ją tyle razy, ile razy ciepłota wzniesie się wyżej  $39,5^{\circ}$ , co jednak zdarzyło się dopiero następnego dnia, tak że wszystkiego zrobiono 3 kąpiele, obniżając ciepłotę takowych od  $27^{\circ}$  R. do  $23^{\circ}$  R.

Pomyślny wpływ pierwszej kąpielei na stan chorego dziecka był tak uderzającym, że rodzice tegoż od téj właśnie chwili uważali życie jego za ocalone. Już po owéj pierwszej kąpielei dziecko przestało jęczyć, przyjęło pokarm, który już od kilku godzin odpychało, poczem zasnęło.

Również zbawieny wpływ wywarły stopniowo ochładzane kąpiele u innego 17 miesięcznego dziecka, które współcześnie prawie z poprzedniem zapadło na gorączkowy niezbyt kiszki, ale bez wymiotów. Wybuch choroby miał miejsce w nocy. Około 3 rano nastąpił gwałtowny napad drgawek. Wymierzona wówczas ciepłota w odbytncy wynosiła  $40,3^{\circ}$ . Zastosowano kąpiel na  $27^{\circ}$  R. ochładzaną stopniowo—do  $22^{\circ}$  R., okłady zimne na głowę, i do północy z przyczyny wznoszenia się ciepłoty powyżej  $39,5$  powtórzono kąpiel jeszcze 3 razy. Już następnego rana ciepłota obniżyła się do normy.

Wypadki powyższe i wiele im podobnych skłoniły mnie do przyjęcia za zasadę, by we wszystkich ostrych niezbytach przewodu pokarmowego, którym towarzyszy gorączka, stosować metodę ochładzającą, a mianowicie kąpiele

letnie, stopniowo oziębiane. Mam przytem nadzieję, iż odsetek wyzdrowień w tym dziale chorób dzieciennych znakomicie wzrośnie, skoro obok przeciwdziałania zaburzeniom w narządzie trawienia, starać się będziemy o zmniejszenie gorączki, a raczej o obniżenie ciepłoty ciała, ku czemu wyżej wzmiankowane kąpiele są i prawdopodobnie pozostaną najdzielniejszym środkiem.

## O uszkodzeniach oka, z szczególném uwzględnieniem orzeczeń sądowo lekarskich.

Przez Dra Ferdynanda Arlt'a, profesora okulistyki w Uniwersytecie Wiedeńskim.

Podał Dr Jan Buszek.

(Dalszy ciąg).

Naciągnięcie albo rozdarcie obwódki Zinna i pęknięcie przodkowej (lub tylnej) torebki, jakoteż połączoną z niem zmianę postaci i położenia soczewki przypisać również wypadnie w wielu przypadkach chwilowemu rozszerzeniu obrączki rogówkowo-twardówkowej, ale te zmiany wydarzają się także bez takiego rozszerzenia, mianowicie wskutku prostego wstrząśnięcia oka, a w takim razie powstanie ich tak tłumaczyć trzeba, że gwałt, który oko ugodził, albo niem wstrząsnął, wprowadził także w silne drganie soczewkę gatunkowo cięższą od cieczy wodnej i ciała szklanego.

Porażenia zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego nie umiemy jak na teraz wytłumaczyć dostatecznie, natomiast uda się może wyjaśnić tak zwane wstrząśnienie siatkówki postępując drogą, którą w tym celu obrał Dr Berlin (l. c.) patrz § 18.

W większej części przypadków obrażeń należących do tego działu nie pozostają zmiany przez nie zrządzone w należytych stosunku do siły, która zadziałała tak, iż je poczytać wypadnie za wynik „szczególnego usposobienia ustroju“ (oka) i obrażenia, przyczem to ostatnie nawet podrzędne mieć może znaczenie. Nietylko wiek i właściwa mu większa kruchość tkanin, ale także stan refrakcyi (wyższe stopnie krótkowidzenia), jako też zboczenie położenia soczewki (*ectopia lentis*) już dawniej istniejące, ale przedtem mało albo wcale nie zwracające na siebie uwagi, mogą bardzo wpłynąć na sąd o obrażeniu (jego gwałtowności). Uwzględnić również wypadnie nieraz głębsze lub płytsze położenie oka w oczodole.

§ 2. Bardzo częstym następstwem uderzenia ciał obcych w oko (powieki, brzeg oczodołu) jest wynaczynienie krwi pod spojówkę gałkową do pulchnej tkanki łącznej podspojówkowej.

Wybroczyna taka, choćby zrazu nieznaczna, może skutkiem powórnych późniejszych wynaczynień przybrać bez widocznych powodów (podczas kaszlu, ślankania) takie rozmiary i dojść do tego stopnia, że podbiegnięta, mniej więcej ciemno-czerwona i napięta spojówka gałkowa wznosi się w postaci wału wystającego częściowo albo w całym obwodzie ponad rogówkę. Wybroczyna

pódspojówkowa, pojawiająca się później (po kilku dniach), wznieca podejrzenie, że obrażenie wywołało krwotok w głębi oczodołu (Berlin l. c. pag. 68).

Rozpoznanie, rokowanie, leczenie. Stan ten zrzadzający tylko czasowe oszpecenie a może nadto uczucie ciśnienia albo prężenia, nie ma sam przez się żadnej wagi, ale wymaga zawsze starannego zbadania wzroku, a gdyby tenże pozostawiał cokolwiek do życzenia, należy zbadać oko za pomocą wziernika, gdyż prócz wynaczynienia krwi pódspojówkowego, mogły zajść ciężkie zmiany wewnątrz oka, albo za niem. Krew wynaczyniona pod spojówkę ulega wessaniu w ciągu kilkunastu dni, albo kilku tygodni, zażółcenie białka może się długo utrzymywać, albo też w razie krwotoku w głębi oczodołu wystąpić dopiero po kilku dniach. Odróżnienie od podobnego obrzmienia spojówki zapalnego (*chemosis*) polega na braku innych przypadków zapalenia, któreby musiało być koniecznie bardzo gwałtowném, gdyby dało powód do powstania takiego krwawo zabarwionego wału do koła rogówki.

W niektórych przypadkach zauważano, utworzenie się skutkiem stłuczenia torbieli pódspojówkowych. (Autor spostrzegał sam takie przypadki).

Zimne okłady z samej wody, albo z dodatkiem wysokoku i nastoju pomornika (*Tinct. arnicæ*) a przytém unikanie wszystkiego, co utrudnia odpływ krwi przez żyły główne zstępujące, zalecają się w takich przypadkach. Rzadko zajdzie potrzeba nacinania spojówki.

§ 3. Stłuczenie rogówki ciałem względnie małym nie nadwieraającym jój tkaniny wcale albo tylko nieznacznie staje się bardzo często powodem za palenia ropnego, które najczęściej w postaci ropnia rzadziej w postaci wrzodu występuje, a do najniebezpieczniejszych zapaleń oka w ogólności należy.

Powód do tego daje rzadko osoba druga; najczęściej winien temu przypadek albo nieostrożność samego obrażonego; wpadnięcie do oka odłamka jakiegoś kruszcu, kamienia, drzewa i t. p. zacięcie źdźbłem, kłosem i t. p. Nie wiadomo czy następstwo to powstać może tylko po bezpośredniem ugodzeniu samej rogówki, lub też także po uderzeniu jój przez powiekę.

Ten rodzaj zapalenia rogówki napotykamy nierównie częściej u osób starszych, niż u młodszych, co nas uprawnia do przypisania wiekowi podeszłemu „szczególnego usposobienia.“ U osób dotkniętych tych ropniem rogówki znajdujemy prócz tego tak często równoczesny śluzoropotok woreczka łzowego, iż trudno jest nie przypisać temu powikłaniu częściowej winy złośliwych następstw. Ta okoliczność uzasadnia też radę, aby w takim przypadku starać się zaraz o przywrócenie lub przynajmniej poprawienie drożności narządu odprowadzającego łzy przecinając przewodkę łzową i wprowadzając zgłębniki, jako też, żeby w razie potrzeby wykonania jakiejś operacyi na rogówce usunąć poprzednio to powikłanie. Szkodliwy wpływ utrudnionego odpływu łez na zranioną rogówkę stwierdziła właśnie statystyka operacyj (wydobywania) zaćmy.

Rozpoznanie. Wśród nastrzykania naczyń rzęskowych zaćmiewa się uderzone miejsce rogówki w postaci tarczy mdłej i jasno szarą, która następnie tém wyraźniej żółknie, im więcej warstw ropnych przenika rogówkę.

Po wydaleniu się już części ropy z gniazda, bywa ono tylko na brzegach mniej więcej zgrubiałych, mocno zaćmione, w środku zaś niejednostajnie szare i mniej lub więcej wyraźnie zakłęknięte. Zachodzić może wtedy wątpliwość, czy się ma do czynienia z wrzodem, czy z właściwym ropniem, co zresztą nie ma znaczenia praktycznego, bo tak w jednym jak i w drugim przypadku obawiać się najwięcej trzeba szerzenia się gniazda w obwodzie. Dla tego można też przyjąć z Saemischem wspólną nazwę: „*Ulcus corneae serpens*.“ Ropienie szerzy się często nawet po zmniejszeniu się wszystkich innych objawów zapalenia (nastrzykania rzęskowego, bólu, światłowstrętu, łzawienia) i to z tą samą łatwością ku górze, lub ku jednej albo drugiej stronie, jak ku dołowi. Złowrogim zwiastunem takiego szerzenia się bywa zwykle jasno-szara obwódka (*halo*) przytykająca do obrzmiałego i ropą naciekłego brzegu gniazda.

Oprócz ropy w rogówce widać prawie zawsze ropę także i w przodkowej komórce i to w różnej ilości, niekiedy w zaledwie dostrzegalnej z powodu opuszczenia się po za fugę rogówkowo-twardówkową, ale często w tak znacznej, iż ropa wypełnia połowę, a nawet dwie trzecie części komórki przodkowej. Jeżeli przystąpi zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego (*irido kikiitis*) mogą nawet przy miernym zebraniu ropy powstać gwałtowne bóle dzień i noc trwające, przeciw którym nie ma środka skuteczniejszego nad otwarcie komórki przodkowej. Pod względem wytwarzania się ropy w przodkowej komórce podał cenne wskazówki prof. Horner (Dysertacya inauguralna Maryi Bokowy „Ueber Hypopyon Keratitis Zürich 1871. Zeh. Klinische Monatsbl. 1871 pag. 182).

Rokowanie. Po każdym ropniu pozostaje w najlepszym razie nieuleczone słabsze lub mocniejsze zaćmienie, które raz więcej wskutek rozpraszania, to znów więcej wskutek odbijania światła wzrok upośledza; ropne bowiem albo sadowią się (i to najczęściej) od razu w środkowej części rogówki, albo dochodzą do niej później. Ale nawet mimo najlepszego zachowania się chorego i najstosowniejszego leczenia może rogówka ulegnąć tak dalece zniszczeniu, że nie pozostaną nawet warunki do wykonania iridektomii w celu przywrócenia wzroku. Nie widzę potrzeby zastanawiać się tutaj nad dalszemi następstwami rozległego, albo zgoła całkowitego zropienia rogówki, jak wytworzenie się garbiaka (*Staphyloma*) suchot oka (*Phthisis bulbi*) i t. d.

Leczenie. Zaraz po obrażeniu wskazane są zimne okłady; jeżeli zaś wszczęło się już ropienie, są one do niczego i trzeba je zazwyczaj wkrótce zastąpić letniemi (małe niezbyt grube okłady maczane w naparze rumiankowym). Zaleca się w ogólności nie wypuszczać takich chorych z pokoju, zapuszczać im atropinę, chronić oba oczy od mocniejszego światła, a na chore założyć opatrzenie ze skubanki z lekkim uciskiem. W wielu przypadkach uda się powstrzymać ropienie za pomocą opaski uciskowej i takich okładów ciepłych a wilgotnych stosowanych kilka razy na dzień po 10 do 20 minut. Gdyby

obecność powyżej wzmiankowanych oznak przemawiała za dalszem szerzeniem się ropienia, albo gdyby takowe po jedno lub dwudniowej obserwacji stało się widoczném, gdyby zebranie ropy w komórce przodkowej doszło aż do dolnego brzegu źrenicy lub nawet wyżej, albo gdyby chory cierpiał gwałtowne bóle, nie należy wcale ociągać się z operacją. Nietylko zbieg kilku lub zgoła wszystkich tych okoliczności, lecz każda z nich sama przez się wskazuje niezwłoczne wykonanie operacji; najskuteczniejszym ze wszystkich okazał się dotąd sposób Saemisch'a z Bonny (*Ulcus corneae serpens*, 1869).

Chorego należy ułożyć w łóżku, bo wielu z nich doznaje zaraz po operacji silnego, lubo wkrótce przemijającego bólu, a niektórzy omdlewają. Najczęściej nie usypia się chorego, ale ustaliwszy w każdym razie gałkę oczną należyście, wbija się nożyk Graefe'go z ostrzem zwróconém ku przodowi na brzegu gniazda ropnego jeszcze w zdrowej rogówce i sunie się go przez komórkę przodkową aż cokolwiek po za przeciwległy brzeg gniazda ropnego, tak aby koniec jego przeniknął napowrót z tyłu ku przodowi zdrową, o ile być może, część rogówki. Potem kończy się przecięcie rogówki z tyłu ku przodowi już bez ustalenia oka krótkimi i powolnymi pociągami nożyka zwracając przytem jego tyłek ku środkowi krzywizny rogówki. Gdyby np. gniazdo ropne zajmowało sam środek rogówki, możnaby nożyk tam wkłuć i znów wykłuć, żeby cięcie przebiegało w samym południku poziomym, a więc rozdzieliło rogówkę na górną i dolną połowę. W przykładzie obranym możnaby jednak przeprowadzić nożyk także wzdłuż linii przebiegającej nieco więcej górą lub więcej dołem przez naciekłą część rogówki, ale tnąc więcej ku dołowi, należałoby też i ostrze nożyka zwrócić bardziej ku dołowi i na odwrót. Cięcie bowiem powinno przenikać rogówkę prostopadle do jej powierzchni, nie powinno być łukowate, lecz ściśle liniowe, t. j. winno przebiegać w jedném z największych kół krzywizny rogówki, gdyż tylko takie cięcie pozostawia ranę mogącą się w tym stopniu rozdziawić, jak tego właśnie wymaga cel leczniczy. Nożykiem grotowym, którego trzonek musi być zaraz po przekłuciu rogówki pochylonym w celu uniknięcia zranienia tęczęwki lub torebki, nie można skutecznie cięcia dostatecznie długiego.

Ciecz wodną należy wypuścić zwolna. Ropy z przodkowej komórki nie wydała się umyślnie, lecz pozostawia się ją, aby uległa wessaniu. Po odpłynięciu cieczy wodnej wiszą czasem z rany całe strzępy ropy, które można wyciągnąć zupełnie, uchwyciwszy je szczypcami, gdyż komórki ropne spaja masa lepka włóknikowa. Operowany powinien godzinę lub dwie leżeć spokojnie w znak; potem zapuszcza się mu atropinę i zakłada opaskę. Jeżeli źrenica nie rozszerzy się wkrótce, trzeba atropinę zapuszczać co 2 do 3 godzin. Raz lub dwa razy na dobę rozrywać należy ranę za pomocą zgłębnika lub nożyka Weberowskiego, a to dopóty, dopóki stanowczo i trwale nie zmniejszy się naciek ropny, nie oczyści gniazdo, mianowicie jego brzegi i nie zniknie powyżej wspomniana szara obwódka. Utrzymywanie się albo ponowne wystąpienie wypociny włóknikowej po za gniazdem wskazuje również powtórne zerwanie rany, albo utworzenie nowej w tém samym albo w inném miejscu.

Już po samém rozplątaniu może nastąpić stanowcze i ciągle dalej postępujące polepszenie, podczas gdy w innych przypadkach osiągamy je dopiero po 1 do 10 krotnem rozerwaniu rany.

Lecząc w ten sposób większą ilość chorych nie obejdzie się przecież bez straty jednego lub drugiego oka, a to pomimo najstosowniejszego postępowania lekarza i najlepszego zachowania się chorego. Zdaje się, że przeobrażenia zrażone przez zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego objawiające się obecnością szerokiej ciemnoczerwonej obwódki dokoła rogówki, tudzież wielką bolesnością za dotknięciem udaremniają wszelkie usiłowania lecznicze i sprowadzają nieunikniony zanik gałki ocznej.

(Dalszy ciąg nastąpi.).

---

## K R O N I K A   Z A G R A N I C Z N A.

---

### Historyczno-krytyczne uwagi nad nauką o leczeniu ran.

Przez Dra R. U. Krönlein, Assystenta królewskiej uniwersyteckiej kliniki chirurg. w Berlinie.

„Eines der grössten Bedürfnisse für die weitere wissenschaftliche Fortbildung der Chirurgie ist eine auf verständige Kritik gebaute *Materia chirurgica*“ Ph. v. Walther.

(*Journ. f. Chir. u. Augenheilkunde von C. Graefe u. Ph. v. Walther. Bd. IX. 1826.*)

Jeżeli jakiś późniejszy historyk zechce przedstawić stan chirurgii w ostatnich dziesiątkach lat, to na przedmiocie mu nie zbraknie; gdyż, aby być sprawiedliwym, będzie musiał pamiętać o wielkich przemianach, jakie się spełniły i wciąż jeszcze się spełniają w dziedzinie ogólnej patologii chirurgicznej i opisie postępy jakie uczyniła chirurgia polowa, endochirurgia i technika operacyjna. Pomimo to wszystko obraz jego byłby niepełnym, gdyby przepomniał o przedmiocie, który w rozmaitych czasach odegrywał w chirurgii tak podrzędną rolę, a teraz całą uwagę każdego chirurga na siebie ściąga. Mówię tu o leczeniu ran.

Chociaż dzisiaj jeszcze nie można ocenić doniosłości ruchu, jaki się w tej dziedzinie spostrzega, jednak widocznym jest, że w ostatnich dziesiątkach lat leczenie ran wstąpiło w nową fazę swego rozwoju, i że owa „wielka i skuteczna reforma w nauce o chirurgicznym opatrunku“, której sobie znakomity Philipp v. Walther \*) przed 50 mniej więcej laty gorąco życzył, już się rozpoczęła. W Anglii, Niemczech, Francji i wszędzie gdzie chirurgia ma swoich przedstawicieli, leczenie ran jest kwestją, która stoi na porządku dziennym, stanowi temat dla międzynarodowych zebrań i jest przedmiotem dla gazet i monografij; a chociaż pomimo to do obecnej chwili znajduje się mnóstwo sprzecznych pojęć, to jednak chyba nie ma takiego któryby nie był przekonany o wielkiem znaczeniu praktycznym i teoretycznym podnoszonej kwestyi.

Nie łatwo jest odpowiedzieć na pytanie, kto dał pierwszy popęd do owego ruchu reformatorskiego. Można oczywiście wyliczyć kilka nowszych nazwisk, których właściciele przeważny udział w tym ruchu przyjmują, lecz nie idzie jeszcze za tém, by naczelnicy pewnej reformy, pewnej rewolucyi byli zarazem jej autorami. Kiedym sobie postawił to pytanie i starałem się je rozwiązać, doszedłem do wniosku, iż początku

---

\*) *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde von C. Graefe und Ph. v. Walther. Bd. IX, 1826, S. 223.*



obecnego ruchu daleko wcześniej szukać należy, niż to zwykle czynią; odkryłem iż ta reforma, tak jak każda inna, miała swych poprzedników, którzy cofają nas do początku obecnego a nawet do 18 stulecia, i którzy zasługują na to, aby ich poglądy przy sposobności znowu na jaw wydobyć.

Aby jednak pozostać w zgodzie z historią chirurgii, musimy się jeszcze cokolwiek bardziej w tył cofnąć.

Gdy będziemy poszukiwać pierwszych źródeł naukowych w przedmiocie leczenia ran, to uderza nas niepomniernie ogromna ilość środków i opatrunków, w obec myśli bardzo naturalnej, iż starożytni naśladowując process gojenia się ran u zwierząt siłami przyrody, powinni się byli kontentować bardzo skromnym zasobem tych środków. Już dzieło sanskryckie *S ú s r u t a s 'a* zawiera mnóstwo opatrunków zebranych na drodze grubej i bezmyślnej empiryi i przechowywanych ze szczególnym pietyzmem przez całą hippokratesową jakoteż i następną epokę. Za głównego przedstawiciela z tego całego zbioru można uważać t. zw. *Theriak*, t. j. mieszaninę złożoną mniej więcej z 60-ciu najrozmaitszych środków, którą ułożył i w oddzielnej pracy („*περί της θηριακῆς*“) opisał przyboczny lekarz *N e r o n a*, *A n d r o m a c h u s*, i która przez bardzo długi czas, t. j. przez całe nawet wieki średnie uważana była za środek uniwersalny przeciwko wszystkim cierpieniom.

Do czasów *A m b r o ż e g o P a r é*, który jeszcze w swój praktyce polowej środek ten używał i tylko przez szczęśliwą okoliczność go porzucił, *Theriak* stanowił pociechę dla lekarzy, dla aptekarzy zaś był ciężkim krzyżem. Wszystkie te środki haemostatyczne, zlepne, rozmiękczejące, żrące i inne, które opisuje *C e l s* w 5-jej i 6-jej księdze swego dzieła, znajdujemy także u *G a l e n a* a jeszcze bardziej w pogalenowskiej epoce, a następnie w 8, 9 i 10-ym wieku, kiedy z upadkiem greckiej medycyny, arabska zyskiwała powoli przewagę. Wprawdzie już *C e l s* mówi: „Optimum enim medicamentum quies est“ (Lib. 5. cap. 26), a *G a l e n* utrzymuje, iż pierwszym zadaniem lekarza jest nie szkodzić własnymi rękami czynności natury; jednak trudno pojąć jak owe wyborne praktyczne zasady mogą się pogodzić z ogromnym naborem farmaceutycznym w owe czasy ogólnie używanym.

Scholastycyzm w wiekach średnich także rozwojowi chirurgii nie mógł sprzyjać.

W szczególności zaś co się tyczy leczenia ran, to ślepo się stosowano do nauki *C e l s a* i *G a l e n a*, a uczone szkoły Salernska i Bolońska, według *G u y d e C h a u l i a c* z Montpellier, różniły się tylko tém, iż pierwsza używała bardziej środków sprzyjających ropieniu (kataplazmy i t. d.), druga zaś bardziej stosowała środki wywołujące połączenie się brzegów rany (*Alcoholica*). Inne szkoły starały się połączyć różne bardzo zasady *H i p p o k r a t e s a* i *G a l e n a* i opatrywały wszelkie rany łagodnymi maściami i plastrami. Oprócz tego w owe czasy wielką rolę odegrywał zabobon i fatalizm zarówno między lekarzami i laikami, jak to się jasno okazuje z jędrnego opisu podanego przez najznakomitszego chirurga 14-go stulecia o swych poprzednikach i współczesnych: kiedy tam fanatycy ze wszelkiego rodzaju obrzędami i zaklęciami, oliwą, sierścią i liśniami rany opatrywali, gdyż Bóg włożył swą siłę „in verbis, herbis et lapidibus“ tu niewiasty i bezmyślni pozbawieni woli poddają się chorobom, mówiąc: „Dominus mihi dedit, sicut placuit, Dominus a me auferet, quando sibi placebit, sit nomen Domini benedictum. Amen.“ Z nieukontentowaniem mówi dalej *C h a u l i a c*: „Unus non dixit itisi quod alter. Nescio si propter timorem, aut amorem. Nunc dedignantur audire nisi consueta et auctoritate probata. Dimittantur tales amicitiae et timores, quoniam amicus est Socrates vel Plato, sed magis est amica veritas.“ \*)

Chocia *G u y d e C h a u l i a c* w swojej nauce o ranach i opatrunkach trzyma się *G a l e n a*, jednak powyższe wyrzeczenie wskazuje, iż umiał sobie wyrobić własne pojęcie pozbawione przesądów.

Dopiero wraz z reformacją, wynalezieniem sztuki drukarskiej i założeniem licznych uniwersytetów, rozpoczęła się zupełna reforma w chirurgii, jak i w ogóle w całej medycynie. Upadek arabów, wznowione studia nad starożytnymi klasykami w ich

---

\*) *Chirurgiae tractatus septem, cum antidotario Venet. 1470, fol.*

własnym języku i powrót do natury i badań nad nią, charakteryzują ten przewrót, na czele którego stał *Filipp Theophrastus Bombastus Paracelsus von Hohenheim* rodem ze Szwajcaryi.

Postęp nauki o ranach i gojeniu ran był przez niego właściwie wywołany i on to powstaje przeciwko zszywaniu ran, jako przeciwko postępowaniu nienaturalnemu, bolesnemu, przestarzałemu i niebezpiecznemu, a bardziej jest za gojeniem się ran przez ropienie. „Ponieważ natura sama“ mówi *Paracelsus* w pewnym miejscu swego dzieła, „posiada ów balsam, który leczy rany, przeto jest tylko niepotrzebnym trudem utrzymywać je czysto i schludnie. Gdyż tak się goi rana u psa, który się sam liże i oczyszcza, i tak samo mogą się goić rany u ludzi.“<sup>1)</sup>

Owe odkryte leczenie ran (*offene Wundbehandlung*), jeśli się tak wyrazić można, uważa *Paracelsus* za najstarszy sposób leczenia; następnie lizanie ran ludzie mieli zastąpić obmywaniem uryną; miejsce moczu miały później zająć wino, woda słona i inne środki, które do naszych czasów między ludem posiadają leczniczą sławę.

Drugi dokument, wykazujący w sposób oryginalny i drastyczny nadużycia i błędy przy leczeniu ran w wieku 16-m, napisał rodak *Paracelsa*, *Felix Würtz* z Bazylei, trochę później żyjący. Do nich on zalicza szew wszędzie i bez wyboru stosowany, na którego użycie szczególnie przy ranach drażących, jako bezpożyteczne i szkodliwe bardzo napada.

Daliej z opisu *Würtza* się pokazuje, iż wielu z jego współczesnych łączyło duże i głębokie rany szwem powierzchownym i w tymże czasie zagojenie się rany w głębi całym arsenalem swych środków przyspieszyć chcieli. Oplakany musiał być widok takiej kombinacji. „Sie netzen“, mówi *Würtz*<sup>2)</sup>, „Lumpen, Fetzen und Anderes in ihren Balsam, Oel, Salben, und stossen solches mit Gewalt zwischen die Nähte in die Wunden hinein; auf diese Weise fegen sie die Wunden aus, wie ein Schütz sein Rohr ausbutzet, nachdem er geschossen hat.“ Opatrywanie wszystkich ran temiz samemi maściami i plastrami uważa on za tak samo nierozsądne, jak np. chęć zastosowania do wszystkich nóg jednego trzewika. Kataplazmy odrzuca on z powodu iż przyspieszają rozkład wydzieliny, a przystęp powietrza uznaje raz na zawsze za bardzo szkodliwy dla zagojenia się rany. Stara się on go unikać za pomocą szybkiego zmniejszenia opatrunku, oddzielenia pokoju, w którym się chory znajduje, i nakoniec przez pozostawienie skrzepu krwi na świeżej ranie.

Do tego czasu należy także spostrzeżenie dokonane przez anatoma i chirurga *G. Fallopia* dotyczące się gojenia wrzodów (*Geschwüren*) pod strupem, bez stosowania żadnych środków.<sup>3)</sup> Zdaje się jednak, iż w następnym czasie nie dawano temu spostrzeżeniu większej wagi. Do końca 18-go wieku pozostaje świętym i nietykalnym dla chirurgów pewnik o szkodliwości przystępu powietrza do ran. Ono to wywołuje, podług *Würtza*,<sup>4)</sup> kurcz i ból w ranie, a podług *Heistera*<sup>5)</sup> żyłki kurczą się i wysychają i narastaniu graunulacyi przeszkadzają; *Le Cat*<sup>6)</sup> utrzymuje, iż przystęp powietrza wywołuje ropienie zatkniętych naczyń, stwardnienie brzegów rany, długo-trwałe owrzodzenia i dostanie się ropy do krwi.

Takie ciemne pojęcia, nie zaś więcej, znajdujemy we wszystkich dziełach chirurgicznych 16, 17 i 18-go wieku. One to zakreśliły ciasne granice uproszczeniu w leczeniu ran, do jakiego dążyli *Paracelsus*, *Würtz* i inni, a natomiast zdołały zachować skomplikowany opatrunek z jego flejtuszkami, szarpkami, bandażami i plastrami.

---

<sup>1)</sup> Aureol. Theophrast. Paracelsi, Wund und Artzneybuch Frankfurt a M. 1865, fol. p. LII.

<sup>2)</sup> Practica der Wundartzney. 1596. Basel.

<sup>3)</sup> Porówn. *Volkmann*, Ueber die Heilung von Geschwüren unter dem Schorf. Archiv f. Klin. Chir. Bd. III. S. 289.

<sup>4)</sup> a. a. O. S. 133.

<sup>5)</sup> Chirurgie. Nürnberg 1752. S. 54.

<sup>6)</sup> Gallerie der berühmtesten Wundärzte Frankreichs Bd. I. Leipzig. 1787. S. 70 ff.

Na tém stanowisku jeszcze znajduje się także B. B e l l <sup>1)</sup>, który za najważniejszy cel opatrunku uważa usunięcie szkodliwych następstw przystępu powietrza. Przytém jednak B e l l wykazuje wielką ważność swobodnego i dogodnego odpływu ropy i w tym celu używane dotychczas pęczki skubanki zakrywające zewnętrzny otwór rany, zastępuje ołowianami drenami. Srebrnych drenów, które już wtedy i jeszcze wcześniej używanymi były, pomimo iż w naszych czasach były zalecane jako nowy wynalazek, B e l l, już prawie 100 lat temu, stosować nie radzi, gdyż według jego doświadczenia lepiej się nadaje bardziej miękki i plastyczny ołów.

Jaką wagę przywiązywano do leczenia ran już w pierwszej połowie zeszłego stulecia, szczególnie w Francyi, okazuje się między innymi z tego, iż królewska akademia chirurgiczna w Paryżu założona w r. 1731 często się tym tematem zajmowała i liczne w téj kwestyi naznaczała konkursowe zadania, których rozwiązania były po części, jak na owe czasy, wyborne. I tak pomiędzy licznymi nagradzanymi pracami Le C a t'a mamy jedną rozprawę o korzyściach i skutkach używania pęczków skubanki (*Quellmeissel*) i innych rozszerzających środków; a także drugą, rozwiązującą pytanie, czy korzystniej jest często lub rzadko zmieniać opatrunek. Druga mianowicie praca pochodząca z roku 1735 zasługuje na czytanie <sup>2)</sup>.

Nie ulega wątpliwości, iż liczne dyskusye o leczeniu ran prowadzone w Akademii Paryzkiej i rozpowszechnienie wybornych rozpraw na ten temat pod formą prac konkursowych wywarły wówczas wielki wpływ nie tylko na chirurgów francuzkich, ale i na niemieckich, którzy wtedy po największej części w Paryżu się kształcili. Dla tego też wyborne dzieła o chirurgii polowej L e D r a n'a i R a v a t o n'a, jakie z owych czasów posiadamy odznaczają się prostymi i prawdziwymi zasadami odnośnie leczenia ran.

W Niemczech w tym czasie znakomity A u g. G o t t l. R i c h t e r nauczał swych współczesnych, iż rana powinna być „ostrożnie, prędko i rzadko (*gelinde, geschwinde und selten*)“ opatrywana, a w Anglii postęp leczenia ran znalazł swego obrońcę w geniuszu J o h n'a H u n t e r'a. Na zawsze klasycznym pozostanie rozdział z jego dzieła o krwi, zapaleniu i ranach postrzałowych <sup>3)</sup>, w którym opisuje gojenie się ran pod strupem. Można, mówi H u n t e r, „ten sposób gojenia się ran albo wrzodów uważać za najbardziej naturalny, gdyż nie wymaga użycia sztuki. Na tę okoliczność dotychczas mało zwrócono uwagi. W wielu ranach należałoby utworzenie się strupa wywołać tam, gdzie teraz się temu przeszkadza, sądząc, iż sztuka więcej zdziała niż natura, i że dla tego lepiej wszystkie rany na wrzody zamieniać.“ „Także pewne skomplikowane złamania kości“, mówi dalej H u n t e r, „mianowicie kiedy zewnętrzna rana jest bardzo małą, należałoby w taki sposób goić: gdyż jeżeli krew zasycha na ranie, czy to sama przez się, czy wsiąknąwszy w suchą szarpnię, to pod strupem zamienia się ona na masę naczyńową (*gefässartige*) i zagojenie następuje nawet wtedy, gdy rozdzielone części nie stykają się dokładnie. Że małe rany w taki sposób dobrze się goją, jest to rzeczą bardzo zwykłą, a nawet są przykłady, jakkolwiek nie liczne, w których toż samo spostrzegano na wielkich ranach. W każdym razie próba podobnego leczenia nigdy nie jest szkodliwą i dla tego w wypadkach wątpliwych, w których rana zewnętrzna jest nie wielką, należy je stosować.“

Zresztą pod względem powyższych pojęć H u n t e r w Anglii nie był jedynym. Jeszcze cokolwiek przed nim J a m e s M o o r e <sup>4)</sup> opisał gojenie się ran pod strupem, co też on sztucznie za pomocą przykładania suchej szarpi wywoływał i w następstwie sposób ten gojenia był przez angielskich chirurgów bardzo rozpowszechniony.

W Wielkiej Brytanii w zeszłym stuleciu chirurgia się niejako wyzwoliła i oswobodziła od pewnych uprzedzeń i przesądów, przeciwko którym w Niemczech i we Francyi ludzie jasnego umysłu walczyć jeszcze musieli.

1) Lehrbegriff der Wundarzneikunst. 4 Thl. 3 Ausg. Leipzig 1787. S. 37.

2) a. a. O. p. 35 ff.

3) A treatise on the blood, inflammation and gun-shot wounds. London 1828 p. 271 ff.

4) J. M o o r e, Abhandlung über die Verfahrensart der Natur zur Heilung der Wunden—Neueste Samml. f. Wundärzte. St. I. S. 1. Leipzig 1789.

Z późniejszych mianowicie A. Cooper próbował leczyć złamania skomplikowane pod strupem. „Après la réduction“, brzmi we francuzkim przekładzie jego dzieła, „un gâteau de charpie trempée dans le sang du malade, doit être appliqué humide sur la plaie. Le sang se coagule et forme le topique le plus naturel, et, d'après mon expérience, le meilleur. Si, quatre ou cinq jours après l'accident, le malade accuse de vives douleurs, on peut lever l'appareil pour examiner la plaie... Sous l'influence de ce traitement local, d'un coté on obtiendra quelquefois une réunion par première intention, d'un autre coté, si, au bout de quelques jours, du pus se forme, il pourra s'écouler, et la charpie étant enlevée, on se bornera à un pansement simple“<sup>1)</sup>.

We wzroście chirurgii, jaki miał miejsce w Anglii i Francji wkrótce i Niemcy udział przyjęły. Uproszczeniu w leczeniu ran i postępowi w technice opatrunków dała początek szkoła wiedeńska, której znakomitym przedstawicielem był W i n c e n t y v. K e r n.

Zajmującym jest opis kliniki K e r n a, dokonany przez J ü n g k e n'a z okoliczności jego podróży w r. 1818 do Wiednia i Monachium<sup>2)</sup>.

v. K e r n mianowicie leczył rany, przeważnie zaś amputacyjne, zupełnie bez opatrunku i szwów, t. j. trzymał je zupełnie odkrytymi, jak się o tém J ü n g k e n osobiście przekonał. Jedyną czynnością około ran przedsiębraną w pierwszych 9 do 10-ciu godzinach było robienie zimnych okładów przy pomocy mokrych gąbek lub kompressów, przykładanych na odkrytą powierzchnię rany. Następnie gdy rana pokrywała się limfą plastyczną, jak gdyby klejem stolarskim, K e r n przystępował do zbliżenia powierzchni rany, co z wielką ostrożnością i możebną starannością z pomocą nie wielkiej ilości pasków plastra lepkiego wykonywał. Postępowanie to przeciągało się aż do zupełnego zabliznienia rany amputacyjnej. W razie gdy pomimo tego postępowania nastąpiło ropienie, zimne okłady zastępowano ciepłymi.

Za motywa tak uproszczonego postępowania K e r n podaje co następuje:

Zwykle opatrunki po amputacjach nie tylko że nie przynoszą korzyści, lecz są nawet szkodliwymi, a to z następujących przyczyn: najprzód ponieważ utrzymują powierzchnię w zbyt ciepłym stanie i dla tego sprzyjają zapaleniu traumatycznemu i ropieniu; następnie działają drażniąco pod względem mechanicznym i chemicznym i przez to wywołują zapalenie, szczególnie często krwotoki mięszone, przez co możliwość osiągnięcia zabliznienia *per primam reunionem* staje się bardzo illuzyjną; nakoniec ucisk miękkich części plastrami wywołuje kureczenie się ich i dla tego powierzchnia przecięcia zostaje w gorszych warunkach. Następnie v. K e r n zwraca szczególną uwagę na to, iż działanie powietrza atmosferycznego nie tylko ranie nie szkodzi, lecz jest nawet zbawiennem, jak to doświadczenie pokazuje. W samęj też rzeczy J ü n g k e n znalazł rezultaty takiego postępowania zupełnie pomyslnemi (*durchaus glückliche*).

Zupełnie w odpowiedni temu sposób leczył także v. K e r n rany postrzałowe podczas wojny Napoleońskiej. W odezwie do chirurgów owego czasu v. K e r n w gorących i żywych słowach zaleca swą bardziej prostą, naturalną i tańszą metodę leczenia ran postrzałowych, do których *prima intentio* zastosować się nie daje<sup>3)</sup>. Z wyjątkiem letniej wody, którą jako jedyny opatrunek na ropiejącą ranę zaleca, nie ma podług niego „żadnej innej maści, żadnego balsamu, któryby gojenie się przyspieszył, nad ten balsam, który natura sama dostarcza i którego nam żaden aptekarz dać nie może; rana sama go sobie wynajduje. Wszystko inne co się w tym celu używa jest oczywiście szkodliwem.“

1) A. Cooper, Oeuvres chirurgicales complètes trad. de l'anglais par E. Chassaignac et Richelot, Paris 1835, p. 43.

2) Journal f. Chirurgie und Augenheilkunde von C. Graefe und Ph Walther. Bd. I. S. 526.

3) Vinzenz Kern, Anleitung für Wundärzte zur Einführung einer einfachen, natürlichen, und minder kostspieligen Methode, die Verwundeten zu heilen. Aus dem Französischen von J. B. Schaul. Stuttgart 1810.

Porzućmy więc, woła v. K e r n, przy końcu swego pisma, wszystkie maści i balsamy, zapomnijmy raz już o dekoktach chinowych i innych zewnętrznych kosztownych środkach, którymi się dotychczas posługiwano. Wykluczmy użycie szarpi i wszelkich z niej wykonywanych opatrunków, gdyż to są ciała obce, które mogą tylko drażnić. Zaniechajmy szkodliwego zwyczaju wypełnienia ran szarpią, gdyż to przeszkadza odpływowi ropy i sprzyja gniciu rany! Porzućmy sztuczne bandaże, które są tylko kosztownymi, gdyż zużywają tyle płótna, któreby się na inne cele przydało. Unikajmy wszelkich balsamicznych cieczy, które się w przetoki ran postrzałowych zastrzykują i zaprzestańmy naciskania ręką w kierunku owych przetok dla wydalenia ropy. To drażni tylko zranione części i podtrzymuje ciągły stan zapalny! Zarzućmy nareszcie nacinania ran zgorzelowych; nie używajmy też spirytusu kamforowego ani proszku chininowego dla rozpędzenia zgorzeli. Części zgangrenowane są obumarłymi i nie wrócą już więcej do życia. Wszystko co można w tym razie zrobić, jest, by czynność natury wewnętrznymi wzmacniającymi środkami podtrzymać aby części obumarłe od zdrowych się odzieliły! Postępujcie za moim przykładem. Stosowaniem tych zasad wjakom ogromnych boleści a państwu miliony zaoszczędzicie.

I tak w dziedzinie nauki o leczeniu ran widzimy wszędzie pod koniec zeszłego i na początku obecnego stulecia ogromny przewrót i postęp: dokładne obiektywne spostrzeganie, ścisła krytyka i początki statystyki naukowej odznaczają wybitniejsze dzieła chirurgiczne owéj epoki i możnaby pogląd na tę ostatnią Filipa v. W a l t h e r uważać za zbyt surowy i niesprawiedliwy, kiedy on w swéj rozprawie o miejscowym leczeniu i opatrunku ran ropiejących<sup>1)</sup> z następnymi żalami się odzywa: „Nauka o chirurgicznym opatrunku, tak jak ona, obecnie i w naszych, dzwicznymi opisami przepelnionych, podręcznikach się przedstawia, może być po większej części uważana za historję ludzkiej głupoty, i najśmieszniejszych obłędów umysłu: wszystko co do niej rzemieślniczo napłynęło, utrzymało się najdłużej, a krytyczny pogląd i wybór nadmiarę obfitego materiału jeszcze się nie rozpoczął.“ Musimy jednak powtórzyć z poetą: „Powoli się rozprasza ciemność na dolinach.“ To co H u n t e r w Anglii, R i c h t e r w Niemczech, a D u p u y t r e n w Francji głosili nie doszło natychmiast do uszu ogromnej masy lekarzy; a W a l t h e r był tylko zbyt sprawiedliwym w swym sądzie.

Pomieniona rozprawa Ph. v. W a l t h e r'a zawiera w sobie zresztą prawdziwy skarb złotych ziarn, które jeszcze dotychczas nie straciły swej wartości. Można, mówi między innymi, „leczyć rany, ropnie, wrzody i przetoki, opuszczając dwie trzecie z tego, co dotychczasowe prawidła chirurgii uczynić nakazują, i tym sposobem można je zagoić prędzej, pewniej i w sposób mniej bolesny i uciążliwy dla chorego, niż przy trzymaniu się owych prawideł.“ „Znana obawa ranionych przed każdym nowym opatrunkiem, wyrażająca się niecierpliwem wyczekiwaniem i silnem napięciem ducha powinna była już dawno skłonić lekarzy do zapytania, czy ich zapychające opatrunki są prawdziwie użyteczne i potrzebne, czy też raczej nie są szkodliwymi i nienaturalnie działającymi narzędziami i bezpożyteczną, barbarzyńską męczarnią.“

Dotychczas, jak mi wiadomo, prawie wszędzie<sup>2)</sup> a także w mojej monografii o odkrytem leczeniu ran zupełnie zostało przeoczonym, że już v. K e r n i v. W a l t h e r znali główne zasady téj metody leczenia, bronili ją słowami i pismem i w praktyce swéj stosowali; dla tego też chętnie cokolwiek obszerniej się zastanowiłem nad godnymi poparcia poglądami tych chirurgów. Z jaką pewnością v. W a l t h e r w wielu razach o bezpożyteczności opatrunków się wyraża widać z następnego: „Jak niekiedy się słyszy od lekarzy ten przemądry pogląd, iż niewłaściwym jest, by chory żadnego lekarstwa nie przyjmował, gdyż w taki sposób traci zaufanie do medycyny i szkodliwa wiara w leczniczą siłę natury między laikami się rozpowszechni, tak samo chirurgom zdaje się czemś nadzwyczajnem, sprzecznem z prawami ich zajęcia i przechodzącym ich pojęcie, aby rana bez opatrunku się pozostała.“ Jak nie jednego chirurga zawstydzają i zawstydzają te słowa!

<sup>1)</sup> Journ. f. Chir. u. Augenheilkunde von C. G r a e f e und Ph. v. W a l t h e r. Bd. IX. S. 177 ff.

<sup>2)</sup> Porówn. T r e n d e l e n b u r g, Arch. f. klin. Chirur. Bd. XV. S. 460.

Konsekwentnie v. W a l t h e r utrzymuje, iż nauka o szkodliwości atmosferycznego powietrza jest niedorzecznością i odrzuca ją opierając się na spostrzeżeniach gojenia się ran u zwierząt i w jamie ustnej. Chociaż przystęp powietrza przyspiesza ropienie, lecz nie nadaje mu złego charakteru, jeżeli tylko nie ma stagnacji powietrza. Stary, działaniem czasu już spleśniały i rdzą pokryty zapas maści i plastrów, wywołujący fizyczny i moralny niesmak, odsyła on do dawno upłynionych barbarzyńskich czasów.

W tym stanie znajdował się nasz przedmiot pod koniec zeszłego i w początku obecnego stulecia. Liczne sprzeczne pojęcia ożywiają monotonne poprzednio tło starych teoryj; nowsze poglądy ścierają się z dawnymi tradycjami, lecz po części jeszcze bardzo się rozchodzą. Przeciwno tym chirurgom, którzy się ściśle starych zasad trzymają i— jakby się W ü r t z wyraził—przy swem postępowaniu w każdej chwili się zapytują, czy to lub owo zgadza się z pojęciami G a l e n a, A v i c e n n y, G u i d o n'a etc., przeciwko nim staje silna młodsza generacja, dla której pierwszorzędnymi powagami są spostrzeganie, eksperyment i doświadczenie. Jęj to zawdzięczamy uproszczenie chirurgicznej terapii; ona dała z jednej strony początek postępowaniu, które się mało od terażniejszego odkrytego sposobu leczenia ran (*offene Wundbehandlung*) odróżnia (v. K e r n, v. W a l t h e r); z drugiej zaś strony doprowadziła do sposobu leczenia ran, który się stał prototypem wszelkich następnych metod okluzyjnych i pod jakie bezpośrednio najnowszy antyseptyczny (przeciwgnilny) sposób opatrunku podciągnąć należy, t. j. doprowadziła do leczenia ran pod strupem bez ropienia (J. M o o r e, J. H u n t e r, A. C o o p e r).

Tam za pomocą dobrych rezultatów otrzymanych przy dostępie powietrza wykazała się bezzasadność zdania o szkodliwości powietrza atmosferycznego; tutaj obserwacja przebiegu gojenia się rany z brzegami nie zbliżonemi pod strupem pokazała, iż oprócz bezpośredniego, prędkiego i oprócz pośredniego na drodze ropienia przychodzącego do skutku gojenia się ran istnieje jeszcze trzeci dotychczas nieznan sposób, który pod względem anatomicznym zajmuje środek pomiędzy dwoma powyższymi, t. j. gojenie się pośrednie a jednak bez ropienia. Te dwie prawdy otrzymały podstawowe znaczenie dla dalszego rozwoju chirurgii, a nawet do dnia dzisiejszego. Jeszcześmy nad nie wyżej się nie wzniesli.

J. H u n t e r umiał także swoje spostrzeżenia zużytkować w celach praktycznych. Wykazał bowiem następnie, iż bezpośrednio prędkie gojenie się rany jest najkorzystniejszym nie łącząc się ani z ropieniem, ani z zapaleniem; zaraz po niem następuje gojenie się pośrednie, lecz bez ropienia do skutku przychodzące, gdyż jakkolwiek zapalenie może tu być większe niż przy poprzednim, lecz nie dochodzi do tego stopnia, jak gdy ropienie następuje. Ostatnie zaś miejsce zajmuje gojenie przychodzące do skutku za pomocą ropienia.

Że zaś to ostatnie najlepiej się odbywa przy swobodnym dostępie powietrza, starali wykazać v. K e r n i v. W a l t h e r.

Nie tyle H u n t e r, jak jego następcy sądzili, że brak ropienia przy gojeniu się pod strupem należy objaśnić przerwaniem dostępem powietrza. Nigdzie nie mogłem znaleźć, by H u n t e r jasno ten pogląd wyrażał, gdyż jak widać z jednego miejsca jego dzieła, na ropienie zapatruje się on z punktu teologicznego; przeznaczeniem ropy jest okrywać obnażoną powierzchnię rany, a ponieważ przez utworzenie się strupa powierzchnia rany zostaje pokrytą, więc natura już ropy nie potrzebuje i dla tego obywa się w tym razie bez ropienia. Ph. v. W a l t h e r także nie uważa dostępu powietrza za przyczynę wyłączną ropienia i jako podstawę swego poglądu przytacza istnienie głębkich ropni. Za wątpliwe jednak uważa, by dostęp powietrza sprzyjał ropieniu.

W czasie następnym aż do dni naszych coraz większą zyskiwało przewagę zdanie, że stykanie się rany z powietrzem atmosferycznym i ropienie znajdują się w stosunku przyczynowym. Przez usunięcie więc tego stykania się, chcieli sztucznie naśladować H u n t e r o w s k i e gojenie się pod strupem, a nawet spodziewali się, że już ropiejące rany i wrzody będą w możności zmuszać do gojenia się bez ropienia. Ci, którzy w swych nadziejach najdalej zachodzili, przypuszczali, iż będą w stanie tym sposobem zewnętrznym ranom nadać zupełnie charakter obrażeń podskórnych.

Nie sprzecząc się nawet o teorię przyczyny ropienia, każdemu bezstronnie myślącemu powinna się była wydać błędną myśl o zupełnem w znaczeniu fizycznem odosobnieniu rany od dostępu powietrza. Wielka też ilość projektów, jaką w tej części chirurgii znajdujemy, wykazuje, jak mało szczęśliwemi były próby urządzenia zupełnego odosobnienia rany od dostępu powietrza; niektóre nawet z tych pomysłów, zapatrując się z dzisiejszego stanowiska nauk przyrodzonych, przedstawiają się zarówno naiwnemi, jak postępowanie von Würtz'a, który starał się zmniejszyć dostęp powietrza przez odosobnienie pokoju. Przyniem nie należy zapominać iż Würtz umarł wprzód zanim Galileusz, Guericke i Toricelli objaśnili raz na zawsze własności niewidzialnego a jednak istniejącego powietrza. Dla tego też myślę iż żadnej stronie krzywdy nie wyrządę, jeżeli powiem, że wszystkie po większej części bardzo skomplikowane sposoby postępowania do powyższego celu służące, które zwykle pod miano „postępowania okluzyjnego (*Oclusionsverfahren*)“ podciągamy, zupełnie pokładanym w nie nadziejom nie odpowiedziały i obecnie prawie przez nikogo, wyjąwszy swych wynalazców, używane nie bywają i że natomiast początkowe, tak długo niesłusznie zaniebane postępowanie Hunter'a co do gojenia ran pod strupem znowu więcj uwzględnienia znalazło. (Dokończenie nastąpi).

## Wiadomości bieżące.

Terapeutyczne doświadczenia podczas ostatniej epidemii cholery w Monachium. Przez Dr. Huberwald (*Jarhrb. f. Kinderheilk.* VIII. z. 2. *Med. chir. Rundschau* 1875. t. II. z. 2). Terapeutyczne doświadczenia autora odnoszą się do nader skutecznego działania chininy w cholery. W ostatniej epidemii monachijskiej leczył on na lekką cholerynę osób 22 na cięższą cholerynę 12, a na właściwą cholerynę 10 osób. Przy prostej cholerynie podawał dorosłym co dwie godziny 0,1 chin. sulph., dzieciom 0,025—0,063, i po 1, a najwięcj po dwóch dniach choroba ustępowała. W cięższych wypadkach choleryny dawał 3—4 dawek takich co godzinę i późnij co 1½~2 godz., przyczem równocześnie podawał następującą miksturę: Rp. Liq. Am. anis., Tinct Capsic. an. 3, 5. Aq. destill. 1,80, co ¼—½ godziny łyżkę stołową. I w tych wypadkach rezultaty były pomyślniejsze, aniżeli przy leczeniu makowcem. W cholery i kilku wypadkach ciężkiej choleryny autor wstrzykiwał podskórnij chininę, przyczem na wewnątrz podawał *analeptica* w amoniakaliach; z 10 chorych na cholery zmarło trzech; pomyślny wpływ symptomatyczny wstrzykiwań chininy pokazywał się nawet w wypadkach kończących się śmiercią. Do wstrzykiwań używał autor: Rp. Chin. sulph. 1,0, Acid. sulph. dil. gutt. VIII. Aq. destill. 4,0. Rozczyn ten musi być zupełnie świeży. Dorosłym wstrzykiwał z tego rozczyntu 0,7—0,8, dzieciom poniżej sześciu lat 0,2—0,3, u starszych zaś dzieci 0,3—0,5.

O chirurgicznych środkach sprawiających ulgę osobom chorym na rozwinięte już w wysokim stopniu cierpienie gruczołu przyprątne. (Hue i Gignoux, *Gaz. méd. de Paris* 1875. Nr. 1 pag. 6 i Nr. 2. pag. 18). Gdy szyjka pęcherza moczowego jest zupełnie zamkniętą, mocz nieraz mimo największego natężenia nie da się wydzielić. Natenczas potrzebnij jest mocz kilka razy dziennie wydalać sztucznie, i to tem częścij, jeżeli pęcherz moczowy traci jeszcze na pojemności (*capacitas*). Ponieważ takiemu choremu trzebaby kilka razy szybko po sobie wprowadzać cewnik, przeto autorowie zalecają nakłócić ponad spojeniem łonowij, podobnie jak rozcięcie tchawicy w niedających się wyleczyć cierpieniach krtani. Operację dokonaną już w trzech wypadkach robi się jak następuje: gruby angielski, drutem (*mandrin*) zaopatrzony cewnik wprowadza się do pęcherza i końcem przypiera mocno do przedniej ściany pęcherza moczowego, tak iż się wyczuć go da za spojeniem łonowij. Gdy się cewnik tak przytrzyma, operator tuż nad spojeniem łonowij robi nacięcie wynoszące ¾ cala, u osób chudych jeszcze krótsze, ażeby tylko móżdź wprowadzić palec wskazujący, późnij dochodzi się powoli aż do cewnika, nacina na tymże ale w bardzo małej rozległości i przeprowadza cewnik przez wytworzoną ranę. Najlepij użyć cewnika, który na końcu jest otwarty i zamyka się przez guzikowaty drut. W takim razie wyciąga się teraz drut, w otwarty koniec cewnika wprowadza się rurę kauczukową przez całą jej długość i następnie wydobywa się cewnik, tak iż rurka kauczukowa pozostaje w pęcherzu. Gdy się rurkę ustali, po 3—4 dniach wytwarza się kanał i wprowadzenie ponowne żadnych

nie przedstawia trudności. Według przyłączonego rysunku rurka kauczukowa jest tylko tak długa, że przez ranę brzuszną sięga do pęcherza moczowego.

O rozpęklinie odbytu (*fissura ani*). Przez Dr. E. M a s o n (Med. Record Nr. 214.— Med. chir. Rundschau, t. II. p. 318). Z wyjątkiem raka żadne cierpienie jelit nie sprawia tak przykrego bólu, jak rozpękлина odbytu, chociaż zmiana patologiczna pozornie jest nieznaczną. Podczas wypróżnienia i po każdym wydzieleniu kału chory doznaje uczucia, jakoby roztopiony olów lub ostry nóż przesuwiał się przez jego jelita. Ponieważ z tego powodu chory zatrzymuje jak najdłużej kał, przeto wytwarza się zaparcie stolca i zaburzenia w narządzie trawienia. Te dręczące boleści pojawiają się nie tylko podczas wydzielania kału, ale nadto przy siadaniu i wogóle przy każdym poruszeniu. Do tego nieraz występuje kurczowe ściągnięcie w zwieraczu odbytu. Wreszcie niekiedy małosnacznym krwotok przestraszonego chorego wprawia w mniemanie, że cierpi na raka. Ból bywa wywoływany przez ciśnienie mass kałowych oraz drugiej strony pośladków na jedną z gałęzek nerwowych, która pospolicie leży odkryta w rozpęklinie. Jako przyczynę rozpękliny odbytu da się często dowieść zaparcia stolca: dalej nierzadko ostre wypływy z pochwy, jako też przymiot. Wreszcie niedostateczny porządek. Każde miejsce w obwodzie odbytu może być siedliskiem rozpękliny, najczęściej jednakże znajduje się ją od przodu i od tyłu; w ostatniem miejscu szczególnie często u kobiet. Nieraz z trudnością przychodzi wynaleść małą rozpęklinę schowaną w fałdach błony śluzowej albo pokrytą włosami, u chorych jednakże, którzy już dłuższy czas cierpią na tę chorobę, żywe skurczenie się ściągacza za dotknięciem naprowadza na rozpęklinę odbytu. Nie każde miejsce rozpękliny dolega równo; miejsca, w których leżą odkryte drobne nerwy, będą naturalnie dolegać jak najwięcej. Co do formy rozpękлина posiada postać jużto cięcia jużto szczeliny. Trwanie tego cierpienia zazwyczaj bywa bardzo długiem; mianowicie długo trwa ona u niewiast, które z wstydlivości długi czas wzbraniają się poddać dokładnemu zbadaniu. Nadto wielu lekarzy ma pewną obawę przed badaniem odbytu i kiszki odbytovej. Rzadko kiedy goi się rozpękлина bez pomocy lekarskiej. Wewnętrzne leczenie ogranicza się na podawaniu lekkich środków odprowadzających, ażeby drażniące massy kałowe uczynić nieco miękczyszemi. Główną pomoc stanowi zawsze leczenie chirurgiczne. Polega zaś ono na tém, że trzeba zrobić nieszkodliwym ściągacza odbytu, który tworzy główną przeszkodę w leczeniu. Celu tego dosięgamy przez rozszerzenie albo odpowiedniemi wziernikami, albo tym sposobem, iż się oba palce wielkie do odbytu wprowadza i ku guzom kości kulszowych porusza. Albo też ściągacze przecina się nożem. Nawet gdy więcej jest rozpęklin, wystarcza proste przecięcie. O doleczaniu jest mało co do powiedzenia. Chorzy kilka dni po operacji powinni pozostać w łóżku i nawet później przez niejaki czas unikać zbytniego poruszania. Przecięty ściągacz pospolicie w kilku dniach odzyskuje swoją dawną prawidłową działalność.

Chloroform w położnictwie. Przez Dr. H u c h a r d (L'union méd. 1874. 3 Decembr.). Autor przytacza zapatrywania i doświadczenia Dra C a m p b e l l, który w 492 porodach stosował chloroform bez wszelkich złych następstw. W pierwszym okresie porodowym używał chloroformu tylko wyjątkowo, to jest kiedy bóle porodowe dolegają nadzwyczaj silnie i szybko następują jedne po drugich; w drugim zaś okresie, który się rozpoczyna od zatarcia się ust macicznych, zalecał wzięwanie chloroformu tylko tak długo, dopóki trwa ból porodowy. Że chloroform rodzącym wcale nie szkodzi, tłumaczy autor jak następuje: doświadczenia Cl. B e r n a r d a wykazały, że główne niebezpieczeństwo przy chloroformowaniu polega w niedokrwistości mózgu; ponieważ jednakże podczas każdego bólu porodowego przychodzi do nawału krwi do głowy, przeto tym sposobem usuwa się niebezpieczeństwo niedokrwistości. Ztąd też pochodzi, że uspienie podczas bólu porodowego bywa mniej silnem, aniżeli w chwili od bólów wolnej, w której chloroform może rozwinąć całą swą działalność, wpływ bowiem jego nie bywa osłabiany przez nawał krwi do głowy.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

---

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

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 25 Юля (6 Августа) 1875.