

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1873 do 1 stycznia 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1874 r. rsr. 128 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie VI z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1872. Napisał Dr Med. A. Rothe, lekarz tychże zakładów. (ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. O zgorzeli szpitalnej. Przez prof. F. Königa w Rostoku. Przełożył Ludwik Goldstein. (dokończenie). Wiadomości bieżące. Cholera w Warszawie. Pr. Dr. Nelaton. Lekarze medycyny. Służba zdrowia w Paryżu. Wydział lekarski w Marseille. Zakłady zdrojowo-kąpielne Galicyi. Dodatek. Terapii ogólnej ark. 9, Akuszeryi T. II ark. 7 i 8. Pat. i Ter. szeg. Choroby narządu oddechania, ark. 1.

SPRAWOZDANIE VI.

z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1872.

Napisał D-r Med. A. Rothe, Naczelný lekarz tychże szpitali, Członek Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie, Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów.

(Dalszy ciąg *)

Tablice w tem sprawozdaniu przytoczone dają dokładny obraz czynności w zakładach naszych dokonanych, a jeżeli się nieco bliżej zastanowimy nad temi tablicami które nam wykazują stosunek polepszonych i zupełnie wyzdrowiałych do ogólnej liczby chorych i pojedynczych form obłąkania, to łatwo się przekonamy, że istnienie podobnych zakładów jest zupełnie usprawiedliwione.

*) Patrz Nr. 12. Gaz. Lek.

T A B L I C A IX.

Ruch chorych w roku ubiegłym, t. j. 1872 według pojedynczych miesięcy.

	Przybyło			Wyzdrowiało			Doznało polepszenia			Bez polepszenia			Umarło			
	M.	K.	M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	M. K. M. K.	
																Oblakanych
Rok 1871, miesiąc																
Grudzień	10	13	2	1	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—
Rok 1872, m.																
Styczeń	8	12	3	1	1	—	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—
Luty	9	16	1	11	—	—	—	—	4	2	1	5	—	—	—	—
Marzec	17	7	—	3	—	—	—	—	2	6	—	4	—	—	—	—
Kwiecień	23	12	2	3	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—
Maj	19	13	2	7	—	—	—	—	7	3	2	3	—	—	—	—
Czerwiec	18	15	1	4	—	—	—	—	4	3	1	5	—	—	—	—
Lipiec	9	14	3	4	—	—	—	—	3	1	—	6	—	—	—	—
Sierpień	20	6	2	2	1	—	—	—	10	—	1	—	—	—	—	—
Wrzesień	8	13	5	9	—	—	—	—	6	7	1	1	—	—	—	—
Październik	16	8	2	5	—	—	—	—	6	3	—	2	—	—	—	—
Listopad	17	5	2	6	—	—	—	—	4	2	2	2	—	—	—	—
Razem	174	134	25	56	2	—	—	—	391	41	44	5	5	—	—	—
									123	7	28	1	22	—	—	—
									58	38	37	7	8	2	—	—
									92							

Jakie z poprzedzającej tablicy można wyprowadzić wnioski to o tem już dawniej mówiłem, dla tego też przechodzę do dalszych.

TABLICA X.

Oznaczająca wiek nowo przybyłych.

	Obląka-nych		Epile-ptyk.		Poką-sanyc.		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Od lat 8 do 15	4	2	1	3	—	—	10
„ 15 „ 20	8	11	6	6	—	—	31
„ 20 „ 25	28	13	6	2	—	—	49
„ 25 „ 30	22	26	4	10	—	—	62
„ 30 „ 35	41	22	3	9	—	—	75
„ 35 „ 40	46	15	2	13	—	—	76
„ 40 „ 45	13	16	1	—	1	—	31
„ 45 „ 50	9	9	1	5	1	—	25
„ 55 „ 60	3	16	—	5	—	—	24
„ 60 „ 70	—	2	1	3	—	—	6
„ 70 „ 80	—	2	—	—	—	—	2
Razem .	174	134	25	56	2	—	391

TABLICA XI.

Co do stanu chorych.

	Obląka-nych		Epile-ptyk.		Poką-sanyc.		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Żonaty, za-mężnych .	78	56	7	10	2	—	153
Wdowców i wdów . .	7	17	3	11	—	—	38
Kawaldrów, panien . .	89	61	15	35	—	—	200
Razem .	174	134	25	56	2	—	391

Jak w ogóle miasta większe tak i nasza Warszawa dostarczała zakładom największą liczbę chorych bo prawie $\frac{2}{3}$ nowo przybyłych, z jakich powodów to tak a nie inaczej być może, wykazałem w sprawozdaniu za rok 1867 i że to rzeczywiście tak jest, uczy nas kilkoletnie doświadczenie, że te same powtarzają się stosunki.

TABLICA XII.

Co do ostatniego pobytu.

	Obląka-nych		Epile-ptyk.		Poką-sanyc.		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
z Warszawy .	121	66	19	44	—	—	250
z prowincyi .	51	63	6	12	2	—	134
z Cesarstwa .	2	5	—	—	—	—	7
z zagranicy .	—	—	—	—	—	—	—
Razem .	174	134	25	56	2	—	391

TABLICA XIII.

Co do umysłowego wykształcenia.

	Obląka-nych		Epile-ptyk.		Posą-sanyc.		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
z wyższym wy-kształceniem	39	26	—	1	—	—	66
z średnim .	61	26	5	2	1	—	95
z żadnym .	74	82	20	53	1	—	230
Razem .	174	134	25	56	2	—	391

TABLICA XIV.

Jak długo chorzy pozostawali w zakładach.

	do 3 miesięcy		do 6 miesięcy		do 9 miesięcy		do 1 roku		do 1 1/2 roku		do 2 lat		do 5 lat		do 10 lat		do 15 lat		do 20 lat		do 30 lat		do 40 lat		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Obląkanych . .	96	79	54	30	34	21	9	5	18	42	24	20	56	54	29	26	9	12	4	2	4	4	1	1	634
Epileptyków . .	18	48	7	9	5	2	2	—	2	13	2	5	8	23	5	—	1	—	1	—	—	—	—	—	149
Pokąsanych . .	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Razem . .	116	127	61	39	39	23	11	5	20	55	26	25	64	77	34	26	10	12	5	2	4	4	1	1	785

TABLICA XVII.

Przyczyny które prawdopodobnie wywołały obłąkanie.

Wyszczególnienie przyczyn.	M.	K.	Razem
Nadużycie napoi	45	22	67
Przyczyny niewiadome.	16	49	65
Nadużycie funkej płciowych	6	7	13
Przyczyny psychiczne	9	39	48
„ wrodzone	3	14	17
Z kontuzji, pobicia	12	1	13
Dziedziczność	8	3	11
Syphilis	18	1	19
Zbytńia praca umysłowa	11	—	11
Z niedostatku	33	10	43
Po tyfusie	9	1	10
Po połogu	—	15	15
Ze zbrozeń w regularności	—	5	5
Ze starości	8	8	16
Ogólne wyniszczenie po chorobie	—	—	—
Onanizm	14	9	23
Choroby zapalne i inne mózgowe	—	1	1
Zbytńia praca fizyczna	2	1	3
Z nadużycia tytoniu	2	—	2
Przepalenie głowy	1	—	1
Z pokasania	2	—	2
Z utraty wzroku	2	—	2
Po krwotoku przy poronieniu	—	3	3
Tuberculosis	—	1	1
Razem .	201	190	311

TABLICA XVIII.

Trwanie choroby przed przybyciem do zakładu.

	do 3 mies.		do 6 mies.		do 9 mies.		do 1 roku		do 1 1/2 roku		do 2 lat		Więcej		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Obląkanych	54	50	11	24	8	6	13	7	8	—	45	7	35	40	308
Epileptyków	—	4	—	3	—	—	1	2	3	—	6	2	15	45	81
Pokasanych	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Razem .	56	54	11	27	8	6	14	9	11	—	51	9	50	85	391

TABLICA XIX.

Utrzymanie chorych pod względem administracyi.

	Oblakanych		Epileptyków		Pokaszanych		Razem
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	
Klasa I-sza	16	16	—	—	—	—	32
Klasa II-ga	101	15	2	—	1	—	119
Klasa III-cia	221	103	49	56	1	—	430
Kazem	338	134	51	56	2	—	581

TABLICA XX. w roku 1872 leczono.

	O s ó b	Przez dni szpi- talnych
Mężczyzn	391	75,403
Kobiet	394	72,412
Razem	785	147,815

TABLICA XXI.

Przecięciowo średnia liczba.

	M.	K.
Dni pobytu na kuracyi każdego chorego było	192,8	184,2
Osób będących na kuracyi było dziennie	207	196
Największa liczba chorych	232	207
	15 (27) Września 1872 r.	5 (17) Czerwca 1872 r.
Najmniejsza liczba chorych	184	185
	25 Stycznia (7. Lutego 1872 r.	27 Października (8 Listopada 1872 r.

W czasach dawniejszych, kiedy pojęcia o chorobach umysłowych jeszcze zbyt były ciemne, nie myślano i o leczeniu tego rodzaju chorych: starano się tylko o jedno, t. j. umieszczenie ich tak, aby dla ogółu nie mogli być niebezpiecznymi; ztąd i wynikło, że ich pomieszczano razem ze zbrodniarzami i przestępcami w więzieniach, lub gdziekolwiekby, jeżeli tylko dopięto celu usunięcia ich z towarzystwa ludzkiego. Co się z nimi później stało, o to się nie pytano, — to było obojętnem! Takie były zakłady.

Dziś rzecz ma się zupełnie inaczej: od zakładów dla obłąkanych nie tylko wymagają odosobnienia lub wycofania obłąkanego z towarzystwa, lecz wymagają leczenia chorego. Każdy zatem zakład dla obłąkanych, czy to rządowy, czy prywatny, będący pod bezpośrednim i ścisłym dozorem rządowym (państwowym) ma dwojaki cel: 1^o czysto naukowy t. j. rozpoznawanie i leczenie chorych, i 2^o cel dobroczynny i społeczny zarazem t. j. pielęgnowanie i dozorowanie tych nieszczęśliwych, którym odjęto możebność troszczenia się o własny dobrobyt.

Że opieka nad obłąkanymi bezwarunkowo należy do rządu, wynika już ztąd, że rząd w ogóle dbać musi o dobrobyt swych poddanych i usunięcie wszystkiego tego, co szkodliwie wpłynąć może na takowy, jak również i z tego powodu, że każdy obłąkany na zasadzie praw (Сводъ Законовъ Т. X. Art. 345 — 346), oddaje się pod opiekę najbliższych krewnych, a w razie jeżeli od tego się wyłamują, umieszczają się w zakładach (domach) dla obłąkanych. Artykuł zaś 101 kodeksu kar głównych i poprawczych między innymi tak głosi: „W razie zabójstwa lub targnięcia się na cudze lub własne życie, lub na podpalanie, głupowatego lub obłąkanego, należy umieścić w zakładzie dla obłąkanych, choćby rodzice lub krewni chcieli go wziąć pod swoją opiekę i leczyć u siebie w domu.“

Lecz wróćmy do właściwego naszego zadania.

(Dokoń. nast.)

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

O zgorzeli szpitalnej.

Przez Prof. F. Königa (w Rostoku).

Tłómaczył Ludwik Goldstein.

(Dokończenie).

W ogóle największą liczbę chorych na zgorzel szpitalną od najdawniejszych czasów zauważono tam, gdzie dużo chorych z ranami, szczególnie z obficie ropiejącymi obrażeniami, z zniszczeniem tkanek z powodu ran postrzałowych było zebranych w ciasnych przestrzeniach źle odwietrzanych. Jeżeli przyłączają się inne szkodliwości: psujące powietrze, wielka nieczystość opatrunku albo w salach chorych, a zarazem i inne choroby epidemiczne i endemiczne, to wypadki zgorzeli dochodzą do takiego natężenia, jak to nam różni autorzy w dawniejszych czasach opisywali a nakoniec jak to w wojnie krymskiej miało miejsce. Na tych faktach opierając się wytlómaczono powstawanie (genezę) zgorzeli szpitalnej i ten pogląd do ostatnich utrzymywał się czasów.

O tem, że powstawanie zgorzeli w takich okolicznościach nie jest prawidłem, że przeciwnie przy wspomnianych dopiero warunkach, choroba bardzo często nie powstawała, pominięto milczeniem; nie zwracano również uwagi i na ten fakt że nieraz i w świeżych, dobrze odwietrzanych, bardzo czystych salach zgorzel powstawała. Pojedyncze wypadki zewnątrz szpitala obserwowane tłómaczono przeniesieniem się choroby; materiał do opatrunku używany miał być przenośnikiem zarazka a gdy i tego przyjąć nie można było, to i ubranie chirurga użyto w pomoc, dla wytlómaczenia tych wypadków (Delpach)

Powoli jednakowoż nagromadzały się fakta, pozwalające wątpić o słuszności doktryny tłómaczącej powstanie zgorzeli szpitalnej. A gdy Pitha w swojej pracy o zgorzeli szpitalnej podał teorię epidemicznego powstania tej choroby, którą faktami ugruntował, wszyscy prawie późniejsi autorzy jużto całkowicie, jużto z pewnymi ograniczeniami przyłączyli się do nowej nauki, która wkrótce i przez innych autorów (Fock i Fischer, etc.) obiektywnymi dowodami popartą została. Rozumie się, że powstawanie choroby, nie było zależnem od pory roku, albo stanu pogody, skonstatowano jednak ten fakt, a nowsi badacze jeszcze bardziej to udowodnili, że prawie zawsze zgorzel szpitalna zjawiała się równobieżnie z powstaniem innych nagminnych chorób. Bez wątpienia i tutaj przece-niono znaczenie tego faktu i posunięto się za daleko, wnioskując o tożsamości zgorzeli szpitalnej z różnymi chorobami z powodu jednoczesnego ich zjawienia się. Usiłowanie podobne znajdujemy już u Brugmana, gdyż utrzymywał on, że gorączka lazaretowa wywołać może zgorzel szpitalną a pogląd ten u wszystkich prawie autorów jużto wyraźnie, jużto jako wzmiankę znajdujemy. Tym sposobem doszło do tego, że prawie wszystkie unagminne zdarzające się choroby jak tyfus, czerwonka (dysenterya) i cholera, płonica, epidemiczne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, ropnica i gorączka połogowa, a nareszcie, i to z największym prawdopodobieństwem, błonica, mniej lub więcej ściśle związane z zgorzelą szpitalną a nawet z nią identyfikowano. Prócz jednoczesnego zjawienia się i pewnego podobieństwa objawów, nie można było niczem więcej usprawiedliwić tego poglądu, podczas gdy przeciwko tożsamości tych chorób, wyprowadzonej z jednoczesnego powstawania ich, można było podać fakta, że w wielu innych epidemiach odpowiednie choroby jak tyfus, cholera nie były jednocześnie obserwowane. Bez wątpienia, niektórzy autorzy bez uwzględnienia obserwacji innych, dali się w błąd wprowadzić tém, co sami mieli sposobność widzieć. Podobieństwo wyżej wspomnianych chorób, szczególnież jeszcze zasługuje na uwagę z tego względu, że w niektórych epidemiach występuje podobieństwo patologicznych produktów, przy błonicowych i zgorzelinowych procesach, i z tych to właśnie powodów, nie można się było dziwić autorom, skoro przy częstym wystąpieniu tych faktów wyrzekli o tożsamości; lecz dowód tej genetycznej tożsamości nawet przybliżenie nie jest w przekonujący sposób, choćby tylko dla jednej z wyżej wspomnianych epidemicznych chorób, podany. Dokład prowadzi, z podobieństwa zjawisk, wnioskować o tożsamości różnych procesów chorobnych, dał dowód Pitha, utożsamiając szereg gnilno-zgorzelinowych procesów w częściach miękkich i kłóciach z procesami żrącymi (*phagadana*), które jednocześnie obserwował. Sprawy te, których pochodzenie dotychczas jeszcze jest zupełnie ciemne, mają jednakowoż z powodu zgorzelinowego rozpadu tkanek wielkie podobieństwo ze specyficzną zgorzelą, których jednak zaraźliwość nie dowiedzioną została, jak również i dobrowolne wyleczenie tych procesów po oddaleniu produktów zgorzelinowych, nie przemawiają za jednakowem spraw tych pochodzeniem.

Trzeba tedy przyjąć za dowiedzione, że zgorzel nie tylko w murach szpitala ale i po za obrębem niego rozwinać się może i że rozwija się szczególnież pod wpływem warunków sprzyjających powstawaniu chorób nagminnych; często zaś zjawia się jednocześnie z temi chorobami, z któremi ma niejaki podobieństwo, tak z powodu sposobu powstawania, jakoteż i ze względu na produkta. Przeciwnie, trzeba przyjąć za dowiedzione, że pewna specyficzna szkodliwość—różna od tej, jaka wywołuje wspomniane choroby nagminne, różniaca się zarazem i od szkodliwości wywołującej zwykle gnilno-zapalne procesa, — jest przyczyną zgorzeli szpitalnej.

Zakażenie samo jest miejscowe. Za tem przemawiają objawy gorączkowe następczo dopiero występujące, dalej, natychmiastowe znikanie objawów ogólnych po ustąpieniu zgorzeli jużto samowolném, jużto po zastosowaniu środków gryzących a dalej zajęcie zgorzelą tylko jednej rany podczas gdy, inne jednocześnie istniejące są od zgorzeli wolne. Przyjęta przez Brugmana możliwość, zakażenia wewnętrznego nie wytrzymuje w ogóle krytyki, jak również i usiłowania nowszych autorów (Demme) chcących, dla niektórych przynajmniej epidemij, utrzymać możliwość ogólnego a nie pierwotnie miejscowego powstawania choroby. A dalej, według mego zdania, poprzednie istnienie rany jest nieodzownym warunkiem powstawania zgorzeli. Sprzeciwialiśmy się dopiero co, przyjęciu podskórnych gnilnych processów z zgorzelą szpitalną za sprawy jednakowego charakteru; musimy zarazem podać w wątpliwość wypadki, podane przez Fischera, przemawiające jakoby za możliwością powstania wrzodów zgorzelowych, bez obrażenia skóry.

Wielokrotnie w otoczeniu zgorzelowych wrzodów, jakoteż u chorych nie dotkniętych zgorzelą, którzy tylko w bliskości chorych zgorzelowych leżeli, albo z nimi jaką styczność mieli, na zdrowej skórze zgorzel szpitalna się rozwijała. Ja sam coś podobnego widziałem, lecz nie mogłem się nigdy wyrzec przekonania, że małe naddarcia, tak łatwo na okolo wrzodów powstające, lub małe pęcherzyki wypryskowe (*eczema*) istniały, i że zakażenie miało miejsce w sposób analogiczny temu, jaki podaje *Hennena* mianowicie że zgorzel rozwijała się na zdrowej skórze z powodu obmywania gąbką, używaną poprzednio u chorych dotkniętych zgorzelą.

Już nieraz uprzedzając fakta, przedstawiłem zaraźliwość zgorzeli jako udowodnioną. Ten, który większą epidemię zgorzeli obserwował, jak również i ten co w literaturze opisane takie epidemie studyował, nie może nawet wątpić o istotnej zaraźliwości zgorzeli i to w bardzo wysokim nawet stopniu.

Przenoszenie się zgorzeli z jednego łóżka na drugie, przyjętem jest również przez ścisłych obserwatorów. Jako przenośniki zarazka uważano w większości wypadków ręce chirurga, narzędzia, jakoteż bieliznę, opatrunki a szczególnie szarpie. Lecz i powietrze może przyczynić się do przeniesienia zarazka, przynajmniej przemawiają za tem wypadki cytowane przez *Brugmana* a mianowicie, chorzy leżący w pokoju położonym nad salą, przeznaczoną dla dotkniętych zgorzelą, w miejscu w którym znajdował się otwór idący od dolnej sali, zostali zarażeni zgorzelą.

Gdybyśmy chcieli wątpić o możności przenoszenia się zgorzeli z rany na ranę, to wątpliwość nasza zostałaby obaloną przez to, że już nieraz udało się przenieść zarazek na zwierzęta (*Grimm*, *Fischer* i t. d.), jakoteż przez fakt niemniej ważny, jak owe doświadczenia, wskazujące wypadki zarażenia się lekarzy i posługaczy, mających małe naddarcia skóry na rękach (*Blackadder*, *Pirogow* i inni). Pewnym jednak jest, że bandaże często są przenośnikami zarazka, i jeżeli prawdziwa jest obserwacja *Pelletier'a* o możności kilkoletniego zachowania się zarazka w szarpie, to trzeba przyjąć, co zdaje się zresztą niewątpliwym, że jednorazowe pranie i blichowanie zarazka nie niszczy, i w tem właśnie znajdujemy wytłumaczenie częstszego zjawiania się tej choroby w szpitalu.

I ja także miałem nieraz sposobność przekonać się o przeniesieniu się tej choroby a przynajmniej nie rozumiem jakby się to dało inaczej wytłumaczyć, że dwóch np. chorych dotkniętych zgorzelą, przysłanych do berlińskiego szpitala barakowego, którzy przez pomyłkę zamiast w osobnych barakach, zostali pomieszczeni w dwóch barakach, w których dotychczas zgorzeli nie było, pomimo że już w bardzo krótkim czasie, gdyż tego samego jeszcze dnia, chorzy ci zostali przeniesieni, to jednakowoż w bardzo krótkim czasie, w jednym baraku dwie w drugim jedna dobrze brodawkująca rana przeszły w wyżer (*Phagadaena*). Znaczna bardzo zaraźliwość choroby usprawiedliwia też do pewnego stopnia nazwę zgorzeli szpitalnej dla tej choroby. Gdybyśmy bowiem odrzucili nawet możność powstawania zgorzeli wyłącznie w obrębie szpitala, to nie powinniśmy jednak spuścić z uwagi, że choroba ta w szpitalu, gdzie właśnie chorzy są nagromadzeni w wielkiej liczbie znajduje warunki rozszerzenia się i to w tém wyższym stopniu, im na mniejszej przestrzeni chorzy są nagromadzeni, im gorszym jest przewietrzanie, im mniej starania o czystość w salach, ran samych i opatrunku. Łatwym jest również do pojęcia, że gdy w takich warunkach, które jak wiadomo gniciu w ogóle sprzyjają, rozwijają się nareszcie najgorsze formy choroby, to jednakże przy dostatecznej przestrzeni, dobrém przewietrzaniu i przy odpowiedniem wystrzeganiu się posługaczy odnośnie do przeniesienia choroby, można dojść, szczególnie przy odosabnianiu chorych do tego, że nowe zarażenie się zdrowiejących już chorych do wyjątków należy. Zauważyć zarazem można jak zagojone brodawkami pokryte powierzchnie ran i w tych razach także aż do zupełnego wytworzenia się blizny zachowują ową jasno różową barwę, jak to zwykle po zniszczeniu zgorzeli bardzo często obserwować się daje. Co się tyczy powrotów (recydyw), to musimy o tém dla tego jeszcze wspomnieć, ponieważ jest to dowodem, że jednorazowe przebycie choroby nie zabezpiecza bynajmniej rany od powtórnego zajęcia zgorzelą w późniejszym czasie. Forma w jakiej choroba powtórnie zjawić się może, nie jest zależną od pierwszej formy; częściej po słabych formach zgorzeli wrzodziejącej następuje bardzo ciężki wyżer głęboki (*Phagulaena profunda*); jakkolwiek następcze formy zwykły być słabsze, a mianowicie, kończy się zwykle cała sprawa na nieznacznym powiększeniu się rany w skutek owrzodzenia, albo choroba wraca pod właściwą formą suchego błonicowego nalotu, który tylko bardzo nieznaczne zniszczenie sprowadza, co jednakowo gojenie się rany przedłużyć dosyć znacznie jest w stanie.

Gdy już wspominaliśmy, że zgorzel szpitalną z jednocześnie występującą błonicą często identyfikowano, nie zajmowaliśmy się naówczas bliżej tą kwestyą, uważaliśmy bowiem za stosowne najprzód jeszcze wyżej opisane różne własności zgorzeli zebrać, aby tym sposobem uzyskać dostateczny materiał do rozstrzygnięcia tego pytania. Zwracam nawiasowo uwagę, dla uniknięcia niezrozumiałości, że co się tyczy nomenklatury, posilkuje się nazwami przyjętymi przez Rosera (Archiv der Heilkunde Bd. X.: Zur Verständigung über den Diphtheriebegriff) i innych, według których diphtheria oznacza epidemicznie występujące zaraźliwe zapalenie gardła (*angina*), zaś błonica (*diphtheritis*) z przymiotnikiem błonicowy oznacza taki stan błony śluzowej i powierzchni ran, przy którym powierzchnia tychże pokrywa się nalotem wnikającym w miąższ tkanki powodującym jej zgorzel. Naszem zdaniem przeto będzie przekonać się, czy mamy prawo własności, jakie posiadają rany zgorzelą szpitalną dotknięte, oznaczyć nazwą: błonica, w dalszym zaś ciągu przekonać się, czy te własności ran zgorzelowych także pod względem klinicznym i etiologicznym jednoznaczne są z błonicą gardzieli (*Diphtheria faucium*).

Pierwszy Ollivier (Traité experim. du typh. traumatique Par. 1822), zgorzel nważał za błonicę i Virchow (Archiv Bd. 1. s. 253) wykazał, (przy opisanii błonicowego zapalenia błony śluzowej, przy którym gęsty suchy wysięk skrzepniętego włókniaka w powierzchniowych warstwach tkanki powstaje, który to wysięk w ogóle stale przechodzi w zgorzel, tak że mamy prawo tę formę zapalenia nazwą zgorzelowego oznaczyć), wielkie tej sprawy podobieństwo do zgorzeli szpitalnej.

Według Pitha'y oznaczenie zgorzeli szpitalnej nazwą błonicy zyskało w ogóle prawo obywatelstwa. Zachodzi jednak pytanie, czy mimo tego, z wyżej podanego opisu zgorzeli szpitalnej, wypływa słuszny wniosek, że nie we wszystkich w ogóle wypadkach zgorzeli tkanek poprzedza wyraźne tworzenie się nalotu; jeżeli przeto objawu, który właściwie spowodował nazwę choroby, nie chcemy pominąć milezeniem, a tylko objawy zgorzelowe jako najważniejsze uważać, w takim razie nazwa błonicy nie obejmuje wszystkich objawów, które nazwą zgorzeli szpitalnej obejmujemy. Dodać także należy, że rany i z innych także przyczyn chorobnych, wygląd błonicowy przybrać mogą (patrz wyżej rozpoznanie) i że wpadamy w niebezpieczeństwo jeszcze większego pomieszania w takim razie, jeżelibyśmy chcieli nazwę błonicy zamiast zgorzeli szpitalnej użyć. Jeżeli chcemy przez wyrażenie „zgorzel szpitalna jest błonicą rany“ powiedzieć, że choroba ta, podobnie, jak cały szereg innych chorób odznacza się dążnością do rozpadu tkanek, rozwijającego się często pod formą pokrywającego ranę nalotu, to trzeba przeciw temu przypomnieć sobie tylko to, cośmy dotychczas powiedzieli. Właściwiej należałoby stan taki oznaczyć nazwą błonicowój postaci zgorzeli, jeżeli przed rozpadem tkanek wyraźny tworzy się nalot.

W każdym razie rozstrzygnięcie tego pytania jest daleko mniejszego stosunkowo znaczenia dla istoty choroby, jak rozwiązanie drugiej części wyżej postawionego pytania a mianowicie, czy choroba którą zgorzelą szpitalną nazywamy, odnośnie do etiologii jest z błonicą gardzieli (*Diphtheria faucium*) identyczną. Od chwili jak zauważono przenoszenie się błonicy gardzieli na rany, wielu uczonych utwierdziło się w przekonaniu, że choroby te są identyczne, i to do tego stopnia, że za ledwie potrzebnem im się wydawało połączyć ścisłym badaniom zasady, za takowem przyjęciem jakoby przemawiające. A jednakowoż jest to w tym przypadku tém. bardziej potrzebne, że rozstrzygnięcie tej kwestyi posłużyłoby zarazem do bliższego poznania warunków powstawania zgorzeli szpitalnej.

Uwzględnijmy najprzód dane kliniczne, a nie będziemy mogli zaprzeczyć, że rozmaite formy błonicy gardzieli, począwszy od lekkiej formy błonicowój do ciężkiej zgorzelowój—okazują wielkie podobieństwo pod względem zewnętrżnych objawów do zgorzeli szpitalnej. Również przyznać trzeba, że przenoszenie błonicy gardzieli na rany jest możebne i wielokrotnie się zdarzało. Widziano że, jak u dzieci, rany na szyi po tracheotomii zajęte zostały błonicą, albo że rany np. po przystawieniu wazykatoryi u chorych pokrywały się nalotem błonicowym, podczas gdy błonica gardła już wyleczoną została; lub też że w sali, w której byli pomieszczeni chorzy na błonicę gardzieli, rany innych chorych nalotem błonicowym się pokryły. Niekiedy można było zaszezepialność błonicy gardzieli bezpośrednio wykazać, jak to ja sam spostrzegalem w jednym wypadku operacyi wargi zajęcej, w którym krew z ust zyla zbierana gąbką osadzoną na pinecie, użytą przedtém przy tracheotomii robionej z powodu błonicy u dziecka, wskutek czego rozwinęła się błonica na ranie z powodu małej szczeliny na języku. Wszystkie te jednak zakażenia, które już to ja sam obserwowałem, užto wiele wypadków przez innych autorów jak np. przez Rosera były podane inaczej je-

dnakowoż wyglądały jak zgorzel szpitalna a przynajmniej jak ta ostatnia w większości wypadków, się przedstawia; miały one wygląd typowych ran błonicyowych, i nie odznaczały się dążnością przejścia w głęboki rozpad. W każdym razie nie mogłoby to służyć do zaprzeczenia tożsamości pod względem etiologicznym. Przeciwnie, gdyby oba te procesy miały jednakowe przyczyny, byłoby już od dawnych czasów znane epidemiczne rozszerzanie się zgorzeli szpitalnej, nim poznano epidemiczną błonice gardzieli (*Diphtheria faucium epidemica*); byłoby dziwnym, żeby przenoszenie się obydwóch chorób dotychczas zauważonym nie było, gdyż przy jednoczesnym zachorowaniu wielkiej liczby chorych na zgorzel szpitalną, prawidłowo także wielka liczba wypadków błonicy gardzieli zjawiałaby się powinna. Chociaż Pitha w czasie tak obfitującym w epidemie, tylko sześć razy błonice gardzieli jednocześnie z zgorzelą szpitalną obserwował, jest to w każdym razie fakt analogicznego znaczenia i to tém mniejszego, że dotychczas żaden autor nie wykazał jednoczesnego zjawienia się na tej samej przestrzeni, w której leżą chorzy na zgorzel szpitalną, znacznej liczby chorych na błonice, a najmniej coś podobnego, coby wskazywało przenoszenie się choroby. Ja sam, który przeszło 100 wypadków zgorzeli szpitalnej obserwowałem, ani jednego wypadku jednoczesnej błonicy gardzieli niewidziałem.

Ale i z klinicznego punktu widzenia nastrocza się cały szereg wątpliwości, odnośnie do nauki o tożsamości tych chorób. Po ustąpieniu samego procesu zgorzelowego, o ile nie było żadnych powikłań z przyczyny zwykłych chorób przyrannych jak ropnicy i t. d., i ogólne objawy w istocie rzeczy znikają, podczas gdy przy błonicy gardzieli (*diphtheria faucium*), pozostaje cały szereg przypadłości, dających się wyprowadzić z pozostawania jadu w ciele także i po zniknięciu choroby, albo nawet objawy dopiero wystąpić mogą.

Tu zaliczamy objawy ogólnego charakteru, zajęcie organów gruczołowych a szczególnie nerek, często występujące po błonicy gardzieli, lecz nigdy po zgorzeli szpitalnej. Ja przynajmniej nie znam ani jednego wypadku w którymby miała w każdym razie ilość białka, jaka się znajduje w moczu przy zgorzeli szpitalnej nie znikala natychmiast, po ustąpieniu choroby. Ale szczególnie zaliczamy tu tak często po błonicy występujące porażenia. O ile mi wiadomo, nie znany jest ani jeden wypadek paraliżu po zgorzeli szpitalnej, a gdyby nawet ten lub ów wypadek paraliżu mógł się okazać wątpliwym odnośnie do rodzaju zakażenia, to jednakowoż zwróciwszy uwagę na to, że nie zauważono nigdy wystąpienia podobnych objawów przy większych epidemiach zgorzeli, fakt ten przemawia niewątpliwie zatem, że paraliże wystąpić mogą tylko po błonicy, nigdy zaś po zajęciu ran zgorzelą szpitalną. Fakt ten, o którym dopiero co mówiliśmy, nie może być osłabiony przez to, że niektórzy tłumaczą paraliż występujący po błonicy umiejscowieniem choroby na szyi; gdyż znane są liczne przypadki, zebrane przez Rosera w wyżej przytoczonym dziele, które pokazują, że porażenie wystąpić może po błonicy, na rozmaitych częściach ciała umiejscowionej.

To cośmy do tej pory powiedzieli przekonywa, że dotychczas niemożliwym jest opierając się na faktach klinicznych, dowieść tożsamości obydwóch tych procesów, a co więcej, ważne bardzo fakta sprzeciwiają się temu.

Musimy tego tem więcej żalować, o ile że w przeciwnym razie, byłibyśmy bliżej rozstrzygnięcia kwestyi etiologii zgorzeli szpitalnej, niż to dotychczas ma miejsce. Gdyż co się tyczy błonicy gardzieli, to najnowsze doświadczenia, między którymi zwracam szczególnie uwagę na badania Oertla, z rezultatami którego, liczne przezemnie doświadczenia zgadzają się najzupełniej, zdają się przemawiać za pasożytnym jej pochodzeniem, a przynajmniej czynią to bardzo prawdopodobnym. Tak ścisły związek zachodzi między ogromną produkcją komórek grzybkowatych, a klinicznymi objawami i anatomo-patologicznymi zmianami, że nie można nie przyjąć przyczynowego związku między pasożytem a chorobą. Teorya pasożytna od dawna także miała swoich zwolenników dla objaśnienia zgorzeli szpitalnej, i skoro już Hennen w swoim czasie, po usunięciu kanału z ekskrementami, w którym na starych zgniłych bandażach te same rosły grzyby, co i na bandażach w Hôtel Dieu, ustąpiła zgorzel szpitalna, i tym właśnie grzybom przypisał powstawanie choroby, to tem samem przyłączył się do teoryi pasożytniej, tak jak i my się na to zgadzamy, po zbadaniu bliżej za pomocą mikroskopu tkanek, będących siedliskiem pasożytów.

Ta wiara zostaje jeszcze wzmocnioną właśnie podobieństwem, jakie zachodzi między zgorzelą szpitalną a błonicyą. Właściwa forma wrzodów, sposób ich rozszerzania się, jako też szczególna ich zaszczipialność, wszystko to czyni prawdopodobnym istnienie małych pasożytnych tworów, jako przenośników zarazka.

To cośmy powiedzieli, nie zostaje bynajmniej obalonym przez to, że zarazek jest bardzo wytrzymały, że przez lata całe może być w szarpi zachowany, jak niemniej przez fakt, że pranie i blichowanie a szczególnie wysoka temperatura najmniejsze komórkowe twory zniszczyć winny, gdyż doświadczeniami przekonano się, że można płyny zawierające bakterye, długi czas gotować, a mimo to nie wszystkie giną. Po pewnym czasie, jedna część tychże znów daje znaki życia i zaczyna się poruszać. Lecz ani przedmiotowe badanie tkanek dotychczas nie zostało przedsięwziętem z tą dokładnością, aby można było dojść do zadawalniających rezultatów, ani nie istnieją również dotychczas żadne doświadczenia badania nad zaraźliwością zgorzeli szpitalnej z podobnemi histologicznemi poszukiwaniami, jak nad blonicą. Wprawdzie dosyć często znajduwano w samym wrzodzie tuż obok rozpadłych tkanek mętwiki (*vibrio*) i bakterye i rozmaci badacze, a przede wszystkim H ü t e r, wykazali okrągłe bakterye w tkankach, we krwi i wydzielinach. Jednakowoż nie dowodzi to jeszcze, że te istoty z pewnym nawet prawdopodobieństwem za przyczynę choroby uważane być winny, i to tem mniej, że znaleźć je można nieraz w tkankach zgorzelą szpitalną bynajmniej nie zajętych; co więcej, nie wykazano dotychczas weale związku choćby w ten sposób do prawdy zbliżonego, jak to doświadczalnie dla blonicy wykazano. A nawet wtedy jeszcze możnaby nauce H ü t e r a o gniciu ropy, jako przyczynie róży i blonicy przyrannej—nauce, która tłumaczy powstawanie obydwóch tych chorób przez dostanie się monadów do żyjących tkanek, ważne z klinicznego stanowiska zrobić zarzuty. Co jest przyczyną, że monady raz epidemicznie rany nawiedzają i tutaj dalej żyją, wywołując blonicę przyranną,—innym znów razem powierzchwnie rany uwalniają od swój obecności, a zagojenie ich odbywa się bez przeszkody, lecz za to wnikają pod skórę i tutaj różę wywołują, dla czego znów w trzecim wypadku za pole działania obierają sobie tkankę łączną podskórną i w tym razie powodują jej zapalenie blonicowe? Dla czego zarazek zgorzeli, wywołuje zawsze tylko zgorzel, a zarazek róży przeniesiony na miejsce, chorobnym procesem zajęte, tylko różę wywołuje? Dla czego nie zauważono właściwie innego związku między różą a zgorzelą szpitalną prócz tego, że rana zajęta zgorzelą szpitalną, może również być siedliskiem róży, ale bynajmniej nie częściej, jak każda inna rana? Tak samo jak na powyższe pytania, nie daje nam teoria zadawalniających odpowiedzi na cały szereg innych pytań, jak np. zostaje zupełnie nie wyjaśnionem, dla czego szczególnie często widzimy znaczną liczbę ran pokrytych mniem lub więcej zgniłą ropą, a nie zajętych ani blonicą ani różą, podczas gdy podług teorii tej, powyższe choroby winny być mniem lub więcej koniecznym następstwem rozkładu ropy.

Dla wyjaśnienia możliwości, że mianowicie te same pasożyty, tak różnorodne skutki wywołują, możnaby posilkować się przypuszczeniem, że pasożyty te jako bodźce specyficznych procesów, posiadają rozmaite chemiczne szkodliwości; lecz przypuszczenie takie wymaga jeszcze gruntownych poszukiwań, doświadczalnych na zwierzętach, aby teoria pasożytnego pochodzenia chorób, która i mnie w ogóle najprawdopodobniejszą się wydaje, zyskała więcej pewnych podstaw, aniżeli na podstawie dotychczas znanych faktów dalsze przypuszczenia robić.

Choćby nawet wielokrotnie wypowiedziane zdanie, że zgorzel szpitalna nigdy sama przez się wyleczy się nie może, nie powinno dosłownie być braniem, trzeba się jednakowoż zgodzić, że przynajmniej ciężkie formy tej choroby tylko nader rzadko samorodnie pomyślnie się kończą, że formy te przeto w pewnych warunkach na coraz większe przestrzenie się rozszerzają i mogą wywoływać zniszczenie tkanek coraz znaczniejsze a nareszcie i śmierci w skutek tego stać się powodem. Choroby następne, wywołane rozkładem ropy jak ogólne zajęcie organizmu posocznicią (*septicaemia*), i inne mniem lub więcej od tego zależne choroby, jak ropnica, róża, nie mówiąc już o krwotokach bezpośrednio zgorzelą wywołanych, życie chorego na szwank wystawiają. Wypowiedziałem już swoje zdanie, co się tyczy tych powikłań i własnym doświadczeniem doszedłem do wniosku, że ani ropnica, ani róża nie zwykły częściej się pojawiać, u chorych dotkniętych zgorzelą szpitalną, jak u ludzi dotkniętych ciężkimi ropiejącymi ranami. To samo wypowiedzieli i inni autorzy, jak F i s c h e r, P i t h a i kiedy P i r o g o w ścisły związek między ropnicą a zgorzelą szpitalną uważa za widoczny, to musimy zwrócić szczególną uwagę na to, że P i r o g o w szersze daje granice zgorzeli szpitalnej niż my to uczynili. Chociaż tedy rokowanie przy wrzodziastej formie zgorzeli w ogólności lepsze jest niż przy papkowatej, albo lepiej się wyraziwszy niż przy *Phageduena profunda*, jednak zależy to szczególnie wiele od charakteru epidemij pojedynczych, na który ważny

wpływ wywierają złe endemiczne i epidemiczne stosunki, jednoczesne panowanie tyfusu, czerwoni, chclery i t. d. Wziąwszy jeszcze pod uwagę rozmaite granice, jakie różni autorzy nadają pojęciu choroby, o której mówimy, to łatwo daje się pojąć bardzo rozmaite cyfra śmiertelności (6 procent w berlińskim lazarecie dla dotkniętych zgorzela, 17,85 proc. Fischer. Wojna włoska podług Demme'go, nie więcej nad 25 proc. Pitha 28 proc. Lazarety w Pera, Montpellier, Konstantynopolu 40—60 proc. Szpital Śgo Paolo — mała endemia z 35 chorych w wojnie włoskiej — 80,6 proc.). Ale i to również nie daje się zaprzeczyć, że zasady jakimi się kierowano przy leczeniu, tak ogólnem jak i miejscowem, musiały mieć bardzo znaczny wpływ na śmiertelność. Nie ma bowiem choroby, przy której dobre zrozumienie powyższych faktów odnoszących się do powstania, rozszerzania się i klinicznego przebiegu tak pożytecznymby było, jak właśnie przy zgorzeli szpitalnej i naodwrot. Przekracza to granice mojego zadania, szczegółowić tćm się zająć, co ma czynić higiena szpitalna, w celu uchronienia się od tćj choroby. Rozumie się samo przez się, że zalecamy przestrzeganie czystości pod każdym względem, jako też dbanie o dostateczne przewietrzanie, jako niezbędnę w ogóle warunki w każdym lazarecie, a szczególniej w takich, które są przeznaczone dla ciężko raniomych. Skoro się choroba rozwinęła, to, z powodu znanęj własności choroby przeniesienia się z łózka na łózko, winniśmy przede wszystkim o tćm mieć staranie, aby inni chorzy się nie zarazili. Wybuch przeto choroby w wielkim lazarecie będzie wymagał natychmiastowego odosobnienia chorych nawet wtedy, gdyby istotnie było dowiedzionem, że przez nagromadzenie wszystkich chorych dotkniętych zgorzela, choroba dochodzi do swego najwyższego natężenia. Dobro ogółu chorych ma tu bezwarunkowo pierwszeństwo nad wymaganiami indywidualnemi. Lecz zarzuty czynione przez przeciwników odosobnienia chorych dotkniętych zgorzela (Demme, Neudörf'er) w istocie rzeczy nie okazały się słusznemi, skoro się tylko o tćm pamięta, że miejsca przeznaczone dla chorych większych jeszcze wymaga starań, co się tyczy czystości, przewietrzania i dostatecznej przestrzeni, jak w innych warunkach. Ważność dostatecznej, a raczćj chciałem powiedzieć nadmiarowęj ilości świeżego powietrza, już starzy autorzy, jak Brugmann uznali, a ja z własnego doświadczenia zapewnić mogę, że chorzy wtedy jeszcze korzystają z tego, gdy nawet są przymuszeni dzielić się tćmi korzyściami z pewną liczbą współtowarzyszów choroby. Zagojone rany miały piękny, świeży wygląd a powroty (*recydywy*), zdarzały się nieledwie częściej jak w innych warunkach, przede wszystkim w późniejszym czasie, a mianowicie między gorszymi formami. To zaś, że jeżeli dla chorych zgorzela dotkniętych wybiera się ciasne miejscowości, niedostatecznie przewietrzane, a nie jak my baraki z otwartemi drzwiami i przerywanemi dachami, choroba się pogorszy, jest tak łatwem do pojęcia, jak łatwo jest pojąć, że choroba się pogorsza, gdy chorzy zgorzela dotknięci, mieszczą się w podobnych przestrzeniach z choremi bez zgorzeli.

Dla większćj pewności, aby wyleczeni chorzy nie zarazili zgorzela zdrowych swych towarzyszków, trzeba zalecić przebywanie przez pewien czas w innem miejscu, kąpiel i zupełną zmianę ubrania, bielizny i bandażów, nim można będzie uważać wyleczonych ze zgorzeli za zupełnie nieszkodliwych.

Że przytem usługa winna być oddzielna, że lekarz powinien odwiedzać chorych dotkniętych zgorzela nakoniec przynajmniej, że bandaże, które były przy tych chorych używane, najlepiej spalić, że i łózka w wątpliwych wypadkach raczćj poświęcić trzeba, aniżeli przez wątpliwęj wartości środki jak suche ciepło, najpewniej jeszcze przez wygotowanie, miały być odwietrzane i że szczególniej wypada takżę i z pościelą postąpić w podobny sposób, a co najwyżej zachować dla świeżych chorych zgorzela dotkniętych, są to wszystko tak proste wyniki tego wszystkiego, cośmy wyżej powiedzieli, że nie potrzebuje nawet w tćm miejscu bliższego udowodnienia. Nie ulega wątpliwości, że bandaże a szczególniej szarpie nie rzadko przyczyniają się w sposób na pozór zagadkowy do przenoszenia choroby i ja sam mógłbym z własnego doświadczenia dać na to dowody.

Przy leczeniu ran samych trzeba jednak ile możności jak najstaranniejszą zachować czystość przy opatrunku, większą jeszcze, jaką już zwykle rany koniecznie wymagają. Tylko nie trzeba się zadawałniać tćm samym: największy podług mnie błąd, leży w wyczekującćm leczeniu zgorzeli, do którego za bardzo wielu skłonnych jest, szczególniej w początku epidemii. Chcąc najprzód obserwować, starają się najprzód upewnić, że się ma istotnie ze specyficzną zgorzela do czynienia i czekają, aż coraz więcej substancyi się niszczy, aż chory, gorączką coraz bardziej wyniszcza się i staje się przyczyną zarażenia innych chorych. Do takiego postępowania wyczekującćgo, przyczynił się

niestety w znacznym stopniu odwiertzającej opatrunek ran, opatrunek który w innych rzeczach bynajmniej nie zasługuje na odzicie. Bynajmniej nie zaprzeczam, że lżejsze formy zgorzeli mogą być wyleczone roztworem kwasu karbolowego, nadnanganianu potażu, ale to nie sprawiedliwie przez oczekiwania czegoś podobnego przy cięższych formach, podczas gdy mamy pewniejsze i szybciej działające środki. I posłałbym rzeczywiście takie środki—środki, działające nie tylko powierzchownie, lecz dosięgające i niszczące zgorzel głęboko, i to nie tylko w głęb wrzodu, ale także pod skórą, między mięśniami i t. d. Do tych środków zaliczamy rozmaite środki gryzące i rozpalone żelazo. Używam najchętniej jednego z tych środków na samym początku, także przy wyżej wspomnianych lżejszych formach zgorzeli, skoro widzę, że nie następuje szybkie wyleczenie, po oczyszczeniu powierzchni rany, przy użyciu zwykłych środków odwiertzających i nie czekam aż użycie roztworu skoncentrowanego chlorku cynku stanie się dla chorych bolesne, gdyż użycie środka tego przy małych owrzodzeniach chorym bólesci nie sprawia i natychmiast leczy.

Jakikolwiek wybiera się środek gryzący, co jest często rzeczą osobistego upodobania, trzeba się zawsze starać, aby użyty środek działał głęboko, i aby strup, który przytem powstaje, był ile możności suchy. Nie będę wyliczał wszystkich tu należących środków; przedmiotem tym zajmowali się znakomici badacze, zwracam uwagę na odnoszące się do tego przedmiotu uwagi Fischera, gdyż za ledwie mógłbym coś nowego powiedzieć; pozwalam sobie tylko zrobić kilka uwag o metodzie użycia środków gryzących i o tém, co winniśmy przed użyciem ich robić.

1. Bardzo jest ważnem, przy użyciu środków gryzących, aby powierzchnię wrzodu oczyścić od zgorzelowych części tkanek za pomocą obmywania, starannego obcierania szarpnią albo kawałkiem płótna, albo za pomocą obcinania nożyczkami.

2. Aby można było zniszczyć zgorzel sięgającą do tkanki łącznej podskórnej, tkanki międzymięśniowej, trzeba sobie prawie zawsze utorować drogę za pomocą noża. Gdy nawet wypada zrobić daleko sięgające cięcia skóry, to w każdym razie lepiej jest, że tkanki rozcina nóż a następnie kauteryzacja niszczy chorobę w tkankach do których dostęp jest w skutek przecięcia ułatwiony, aniżeli by zgorzel miała niszczyć tkanki a chorego zabijać z powodu długiego trwania i wysokiego natężenia gorączki, jaka właśnie przy głęboko sięgających ogniskach powstaje. Jeżeli przeto istnieją środki miejscowe, pozwalające w ciężkich wypadkach zgorzeli prognozę stawiać lepszą, to użycie mianowicie noża a potem kauteryzowanie najbardziej zasługuje na uwagę, jak to z własnego doświadczenia zapewnić mogę.

Jakikolwiek się wybiera środek, żelazo rozpalone, lub który bądź inny środek gryzący, w każdym razie dobrze jest wprzód oczyścić powierzchnię ogniska zgorzelowego sposobami wyżej wspomnianymi, aby działanie środka gryzącego nie zostało osłabione z powodu grubiej warstwy obumarłej tkanki. Żelazo rozpalone, które dawniej było środkiem powszechnie używanym, przy leczeniu zgorzeli szpitalnej, jak przy wielu innych chorobach, straciło na kredycie i każdy nieuprzedzony musi przyznać, że jeżeli daje się ono zastąpić innymi, również dobrymi środkami, to w każdym razie przygotowanie potrzebne, przy użyciu tego środka nie wzbudza wcale takiego zaufania, aby przekładać go nad inne środki. Fajerka, swąd przy paleniu się węgla, przykry zapach jaki wydaje przepalona tkanka, promieniejące ciepło żelaza i konieczna z powodu tego ostrożność przy przypalaniu, są to wszystko niedogodności, które tylko przy tak rozległym użyciu, o jakim wspomina Delpsch, który przypalał czasami 300—400 chorych dziennie, w części znikają. Niedogodności te jednak, tylko wtedy skloniłyby mnie chwycić się tego środka, gdybym żadnego innego pod rękę nie miał, albo gdybym nabrał przekonania, że w pewnej epidemii, inne cenione dotychczas środki, okazały się bezskutecznymi; jak to Pirogoff o chlorku cynku donosi.

Chciałbym z liczby znanych środków gryzących szczególnie dwa zalecić, gdyż obydwie te środki posiadają własności, jakie wymagamy od dobrego środka gryzącego. Mamy tu na myśli środki, których działanie sięga głęboko, i które zarazem posiadają w wysokim stopniu własność zamieniania tkanki kauteryzowanej w suchy strup, tu należą: kwas azotny i ciałek cynku. Kwas azotny w postaci skoncentrowanej w nowszych czasach znów gorąco zalecany przez niemieckich i angielskich chirurgów, zdaje się istotnie zasługiwać na pochwały jakie mu oddają. Z własnego doświadczenia nie o tem powiedzieć nie mogę. Co się tyczy jednak działania chlorku cynku, to o wybornem jego działaniu wielokrotnie miałem sposobność przekonać się, gdyż środek ten w najgorszych formach berlińskiej epidemii nie zawiódł mego oczekiwania. Kwasem azo-

tnym smaruje się miejsce zgorzelą dotknięte, albo za pomocą pręcika szklanego, albo galki z szarpi, macza się w nim. Jeżeli jesteśmy przymuszeni kauteryzować znaczną przestrzeń, radziłbym zawsze chorego chloroformować, jeżeli tylko nie stoją na przeszkodzie niedostateczność liczby lekarzy, posługaczy i t. d., a szczególnie przy znacznej liczbie chorych, chloroformowanie znacznego wymaga czasu. Jeżeli tedy chloroformowanie chorych, z powodu wymienionych albo innych jakiegokolwiek powodów nie jest możebne, to chociaż wprzód wstrzykuje morfina pod skórę chorego, nim przystępują do kauteryzowania. Bol przy użyciu chlorku cynku zwykle niedługo tylko trwa.

Co się zaś tyczy szczegółowego użycia chlorku cynku, to środek ten wielokrotnie przy zgorzeli szpitalnej, częścią w roztworze, częścią pod formą proszku zmieszany z innymi środkami jak węglem, myrrą, kamforą (w berlińskim Charité), albo nareszcie pod formą ciasta Canquoina przez Jungkēn'a, Fischera, Neudörfer'a i innych, a szczególnie przez Pirogowa bywał używany i zalecany. Tylko sposób użycia i stopień koncentracji jaki zaleciłem, naśladując postępowanie używane na klinice mego nauczyciela Rosera, pragnąłbym jako nowy uważać. Ta właśnie metoda robi środek ten tak bardzo dogodnym i zapewnia działanie w głębokości w takim stopniu, w jakim o żadnym innym środku tego powiedzieć nie możemy; co się zaś tyczy tworzenia strupa suchego, to w tym względzie co najmniej dorównywa innym środkom. Bierze się suchy chlorek cynku i przygotowuje się z niego, bezpośrednio przed przyżeganiem roztwór, dodając tylko tyle wody ile potrzeba, aby masa przybrała konsystencję płynu oleistego. W tym roztworze zanurza się galki bawełny, rozmaitej wielkości i grubości, stosownie do wielkości rany; galki te ugniata się palcami w roztworze, póki nie nasiąkną w zupełności płynem. Możemy to bez wszelkiej obawy nagryzienia palców uczynić, gdyż znaną jest własność chlorku cynku, że nie nagryza powierzchni pokrytych naskórkiem. Następnie galki te wyciska się, a stosownie do głębokości rany, którą przyżegać chcemy, bierze się galki rozmaitej grubości, najwyżej jednak na centymetr grube i pokrywa nimi ranę, oczyszczoną w sposób wyżej podany, wypełnia nimi wszystkie zagłębienia i kieszenie, co łatwo skutecznie się daje z powodu, że galki te przyjmują z łatwością różny kształt; galki te zostawia się stosownie do okoliczności 5 do 20 minut. Po przyżeganiu, można przyłożyć pęcherz z lodem, następnie jednak przy opatrunku trzeba unikać środków bardzo przemakających, tak że lepiej opatrzyć albo zupełnie suchą bawełną, albo przyłożyć dobrze wyciśnięte kompresy, zmoczone w słabym roztworze kwasu karbolowego, przez co mamy warunki otrzymania zupełnie suchego strupa. Strup stosownie do głębokości, oddziela się po 3 – 10 dni i trzeba unikać oderwania strupa szarpaniem albo przyspieszyć jego oddzielenie się za pomocą noża lub nożyczek w krwawiącej tkance. Najlepiej jest jeżeli strup sam przez się uniesionym zostaje przez świeże różowe brodawki, jakie natychmiast po odpadnięciu strupa widzieć się dają.

Dla lżejszych form wrzodziastej zgorzeli wystarcza jednorazowe napędzowanie skoncentrowanym roztworem chlorku cynku.

Środki zrażące winny być także uważane za najlepsze środki tamujące krwotoki mięszsowe, jakoteż i krwotoki z mniejszych i średniej wielkości tętnic. Skoro tem przyżeganiem, jak sam widziałem, udaje się trwale wstrzymać krwotoki z takich tętnic jak łokciowe na przedramieniu, albo z tętnicy grubości na udzie, to postępowanie takie jest tém bardziej wskazane, że wypełnia ono jednocześnie wskazania odnośnie do zniszczenia zgorzeli. Podwiązanie w miejscu (*in loco*) z powodu lamliwości nadżartej tętnicy, skutkiem zniszczenia jej błony zewnętrznej (*adventitia*), tak mało ma szans trwałego powstrzymania krwotoku jak i podwiązanie tętnicy w ciągłości, wyżej lub niżej miejsca zajętego zgorzelą. Zgadza się zaś zupełnie z prawem szerzenia się zgorzeli, któreśmy wyżej poznali, jeżeli wstrzymanie krwotoku za pomocą środków gryzących objaśniamy zniszczeniem naczynia aż do tkanki zdrowej, dalej zniszczeniem tkanki zajętej naokoło naczynia, również do miejsca zdrowego, przez co i ściągnięcie tętnicy i trwale utrzymanie na miejscu zakrzepu powstałego w skutek działania środka gryzącego, jest możliwem bez obawy zgnętego rozpadu. Na niepewność podwiązania tętnicy w ciągłości *in specie* przy zgorzeli zwrócił już uwagę Hennēn, a po nim wielu innych autorów i udowodnili to faktami. Ja mógłbym fakta te własnem doświadczeniem pomnożyć i zarazem zwrócić uwagę na to, że tak w jednym przezemnie obserwowanym wypadku jak i w jednym zakomunikowanym mi przez kolegów, w którym to ostatnim podwiązanie tętnicy biodrowej (*art. iliaca*) przedsięwzięto jako środek leczniczy przy zgorzeli (Neudörfer), wkrótce rozwinęła się zgorzel na miejscu podwiązania. Z tego względu przyłączam się w zupełności do zdania chirurgów po-

tępiających taki sposób leczenia, który zresztą z naszymi poglądami, co do etiologii choroby, z trudnością dalby się pogodzić.

Co się tyczy konieczności robienia rezekeji kości, przy krwotokach z głębokich ran w kościach (Pirogow) jakoteż kwestyi odjęcia kończyny, z własnego doświadczenia nie o tém powiedzieć nie mogę. Ile razy nasunęła się nam kwestya odjęcia kończyny, to zwykle albo z powodu ropnicy, lub tym podobnych powikłań, nie mogło być mowy o wykonaniu operacyi, albo wypadek dany przebiegał, mimo pozornego niebezpieczeństwa tak pomyślnie, że można było uniknąć operacyi. Przypominam tu tylko jednego chorego, u którego staw kolanowy otworzył się z powodu zgorzeli, który jednak przy użyciu energicznych przyżegań zupełnie wyzdrowiał. Pojmuję je lnak dobrze, jeżeli Pitha potrzebę rozwiązania powyższych pytań uważa za smutne dla chirurga położenie. Szerzenie się zgorzeli na znacznej przestrzeni, nie skłoniłoby nas łatwo do odjęcia kończyny, gdyż tutaj natura nieraz cudów dowodzi, a zabliźnienie, wspierane przemieszczeniem kawałków skóry, nadspodziewanie pomyślnie idzie. Bądź co bądź spotykamy, zaniedbane wypadki, gdzie zgorzel zniszczyła części miękkie, kości i stawy, w których odjęcie kończyny staje się koniecznym, i w tych jeszcze razach, można do pewnego stopnia uspokoić operujących, gdyż znaczna liczba operowanych, prawie połowa zostaje przy życiu.

A jeżeli dosyć często nawet operowana kończyna znowu zostaje zajęta zgorzelą, można jednak wiele zrobić, aby uniknąć takowego nowego zakażenia. W tym względzie na szczególną zasługuje uwagę: odjąć kończynę ile możności wyżej miejsca obrzmiatego, zajętą zgorzelą kończynę po odpowiedniem odwietrzaniu dobrze zawinąć, wszystkie podejrzane bandaże oddalić, a chorego natychmiast po operacyi położyć do świeżego łóżka.

Co się tyczy ogólnego leczenia, zaledwie parę słów zostaje nam o tem mówić. Winno ono być takie, jak w ogóle u gorączkujących rannych. Makowiec i jego przetwory nie powinny być żalowane przyczem nie możemy pominąć milczeniem także dobrych usług, jakie oddają środki te (Pitha) miejscowo użyte.

Wiadomości bieżące.

— Cholera w Warszawie. Od 30 maja r. b. zachorowało na cholere w Warszawie 4055 osób, wyzdrowiało 1867, umarło 1480. W ostatnich dniach cholera przybrała charakter bardzo łagodny; dziennie zapada na nią po kilka osób tak, że oddział choleryczny dla mężczyzn w szpitalu Ś-go Ducha już został zwiniętym.

— W d. 21 b. m. umarł w Paryżu Prof. Dr. N e l a t o n. Zasługi jego naukowe poznamy w jednym z przyszłych N-ów naszego pisma.

— Oprócz 41 osób, których nazwiska podaliśmy w N-rze 1 Gaz. Lek. otrzymali jeszcze stopnie lekarzy medycyny: P o h o r e c k i K o n s t a n t y, R u b i n s t e i n F r a n c i s z e k i S z y m a ń s k i A d o l f.

— Służba zdrowia w Paryżu. Liczba łóżek dla chorych w szpitalach paryzkich wynosi 20161; z nich 9311 przeznacza się dla starców i kalek, 8227 dla chorych w ścisłym znaczeniu tego wyrazu i 2081 dla obłąkanych. Na roczne utrzymanie chorych przeznacza się 28150000 franków. Zarząd szpitali w ciągu roku daje przytułek lub pomoc 338,200 osobom.

— Zakłady zdrojowo-kąpielne Galicyi opisał Dr. Michał Zieleniewski, poszyt I, w Warszawie 1873 w 16-ce, str. 63. We wspomnionym poszycie mieści się popularny ale umiejętnie skreślony opis: Jaszczurówki (jedynęj ojezystej cieplicy), Iwonieza, Krynicy, Lubienia, Rabki i Swoszowic.

— Dekretem z d. 11 b. m. utworzonym zostaje w Marseille (we Francyi) nowy wydział lekarski.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

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