



EX·LIBRIS



BIBLIOTEKI
AKADEMII
MEDYCZNEJ

W·LUBLINIE



90585

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA

LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

REDAGOWANE I WYDAWANE

przez

D-RA J. ROGOWICZA.



TOM IV.

Numerów 53 z roku 1876.

(z 18-ma drzeworytami.)

WARSZAWA.

CZCIONKAMI MICHAŁA ZIEMKIEWICZA,

Krakowskie-Przedmieście Nr. 415 (nowy 15).

1876.

Дозволено Цензурою.

Варшава, 17 Декабря 1876 года.

акс. 54/53/6

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: Spostrzeżenia szpitalne. 41 przypadków zakażenia jadem wąglkowym, spostrzeżanych w szpitalu w Mieni. Podal Dr. H. Dobrzycki, lekarz tegoż szpitala. — Przegląd piśmiennictwa polskiego. Zinnica. Przez prof. CHALUBIŃSKIEGO. Sprawozdawca Dr. Z. DOBIESZEWSKI. — Odcinek Korrespondencyja z Czestochowy. Kilka słów o mierzeniu ciepłoty ciała i o naszych ciepłomierzach. Skreślił Dr. G. FRITSCHE. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O mało znanym zbiorze objawów cierpienia rdzenia kręgowego. Przyczynek do wymiany materji pomiędzy matką i płodem. Ropniaczka spowodowana zapaleniem płuc włóknikowem. Przeciw-zapalny opatrunek ran pooperacyjnych. — Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Rozdział pomiędzy medycyną sądową a służbą zdrowia publicznego. — Bibliografja.

SPOSTRZEŻENIA SZPITALNE.

Czterdzieści jeden przypadków zakażenia jadem wąglkowym (*infectio carbunculosa vulgo pustula maligna—Milzbrand-krankheit*) spostrzeżanych w szpitalu w Mieni.

Podal **Henryk Dobrzycki**, lekarz tegoż szpitala.

W sprawozdaniach moich z czynności lekarskich szpitala w Mieni za rok 1868 i 1869 ¹⁾ zwróciłem uwagę kolegów na liczne przypadki chorób wąglkowych, jakie w szpitalu mi powierzonym postrzegać miałem sposobność, zastzegając sobie na później obszerniejsze uwagi nad leczeniem różnych postaci tej zabójczej choroby. Z ogłoszeniem ich postanowiłem wstrzymać się czas jakiś, gdyż spodziewałem się zebrać większą liczbę spostrzeżeń aby tym sposobem uwagi te na obszerniejszej oprzeć podstawie. Jakoż do 38 spostrzeżeń (z roku 1868 i 1869) w dwóch następnych latach przybyły mi jeszcze 3 inne, nie licząc czwartego (jako po za szpitalem widzianego), tak iż ogólna ich liczba przeszła czterdzieści wynosi. Gdy w ciągu ostatnich lat czterech na szczęście ani jednego przypadku nie było, a stosowany przezemnie sposób leczenia rzec mogę dobre dał wyniki, postanowiłem, nie zwlekając dłużej, podać go do wiadomości kolegom, aby w danym razie mógł być spożytkowanym.

Sądzę, iż nie każdemu nadarzy się sposobność zebrania w krótkim stosunkowo czasie tak znacznej liczby przypadków, i to przypadków spostrzeżanych w szpitalu, w którym przeważna liczba rzezonnych chorych przez cały ciąg trwania cho-

¹⁾ „Klinika” Tom VI str. 245 i następ., 358 i następ.



roby prawie od wystąpienia pierwszego objawu, aż do jej zupełnego ukończenia się, przebywała. Nieznaczną odległość miejscowości w której zaraza najprzód wybuchnęła (wiorst 9 od szpitala w Mieni), jak również i to, że władze policyjno-lekarskie zaraz od chwili pojawienia się jej między bydłem i nad ludźmi stały dozór ustanowiły, były to warunki które wpłynęły w ten sposób, iż każdy z tych którzy zachorowali bezzwłocznie pod przymusem do szpitala był odsyłanym. (O ile nadzór ten był energicznym, przynajmniej z początku, okazuje się najlepiej z tego, iż oprócz rzeczywiście chorych przysyłano mi do szpitala zupełnie zdrowych lecz „podejrzanych o zarażenie się” ludzi. Tych ostatnich oczywiście jako należących do kategorii „mających dopiero zachorować” do domów odsyłałem). Tym sposobem miałem zapewnioną możność postrzegania choroby w całym jej przebiegu, gdyż nie wypisałem żadnego chorego inaczej jak po zupełnem wyzdrowieniu, ściślej mówiąc po zupełnem zablźnieniu miejsce sprawą chorobną zajętych.

Pod koniec Lipca r. 1868 we wsi Mistowe (powiat Nowo-Miński, dawny Stanisławowski) nagle wybuchnęła zaraza. Miejscowość ta od dawien dawna wyróżnia się szczególnem usposobieniem do częstych wybuchów zarazy, która co pewien przeciąg czasu się pojawia. Ile razy tylko *epizootycja* w powiecie zaznaczaną bywała, prawie zawsze tam swój brała początek. Nie wdając się w szczegółowe opisy choroby u zwierząt także zapadających, jako pewną wiadomość podać mogę, iż zaraza objawiła się w postaci choroby samodzielnej (idiopatycznej). Na raz padło kilkanaście sztuk dworskich baranów, a następnie zaraza udzieliła się bydłu. Kilka przypadków odznaczało się przebiegiem niesłychanie gwałtownym parę minut trwającym, który słusznie wąglikiem piorunującym nazwany został. Zdrowe zupełnie i wesołe bydło jeść nagle przestawało i przy objawach bezwładu kończyn tylnych, drżenia całego ciała i wypływu ciemnej posoki z nozdrzy i kiszki prostej w kilka minut zdychało. Miejscowi włościanie padłe lub chore sztuki za beżeen nabywali, dobijali je i spożywali. Było nawet kilka przypadków, w których zakopane już sztuki odgrzebywali aby jak się wyrażali „choć skórkę uratować.” To jeszcze mniejsza, ale byli i tacy amatorowie którzy odkopane mięso jedli (fakt pewny). Na takie gody schodzili się nocą jak szakale i dalsi sąsiedzi, bo dniem czuwała policja. Następstwem tego było: iż od dnia 29 Lipca do końca Sierpnia (w r. 1868) przywieziono do szpitala t y l k o 25 osób, z których 15 było z samego Mistowego, a 13 z trzech sąsiednich wsi (wszystko miejscowości blisko obok siebie położone). Tegoż samego roku i prawie współcześnie zaraza objawiła się między bydłem w miejscowości o 4 mile od Mistowego odległej (we wsi Otwock) z kąd przysyłano mi 2-ch chorych do szpitala. W następnym roku taż sama historia się powtórzyła tylko w mniejszych nieco rozmiarach, bo z tejże samej t. j. pierwszej miejscowości (Mistowe) i jej okolicy nadesłano do szpitala 9 osób. Reszta to jest 5 które ogólną liczbę 41 dopełniają, były to przypadki odosobnione (sporadyczne), w których trudno było wykazać aby istniał pewien związek pomiędzy *epizootycją* a chorymi ludźmi; zwłaszcza iż ta pierwsza już zupełnie podówczas zagasła.

Ze względu na liczbę miejscowości z których powyżsi chorzy pochodzili, to Mistowe dostarczyło osób 18, Niedziałka 10, Ruda 6, miasto Kałuszyn 3, Otwock 2, Wielgola i Zamienie po jednym, czyli razem 41. Co do czasu czyli pory

w jakiej pojawiły się powyższe przypadki to nie wyróżniając lat a tylko miesiące było: w Sierpniu 30, Maja 7, Kwietniu, Lipcu, Wrześniu i Październiku po jednym, razem 41.

Nie masz podobno przedmiotu, któryby tyle spornych pytań w sobie zawierał jak choroby węglikowe u zwierząt i człowieka. Na każdym kroku spotkać się można z dwoma wprost przeciwnymi sobie twierdzeniami, już to mniejszą, już większą liczbą t. z. spostrzeżeń, doświadczeń lub faktów popartymi. Wszelako, jak słusznie mówi CL. BERNARD, nie masz złych doświadczeń lub spostrzeżeń które istnienie jakiegoś faktu stwierdzają, a są tylko fałszywe wnioski i te ostatnie właśnie wszelkiego zawikłania w pojęciach stają się powodem. W obec takiego stanu rzeczy każdemu z piszących o tym przedmiocie niełatwo jest korzystać z prac poprzedników. Należy mu się prawie wyłącznie ograniczyć na zebraniu i stwierdzaniu faktów, nie przywiązuje najmniejszej wagi do wniosków jakie po za granicami własnych spostrzeżeń wyprowadzone zostały. Uwzględniając to co można za dostatecznie wyjaśnione uważać, wnioski moje przedewszystkiem opierałem na własnych przedmiotowych spostrzeżeniach. Są one nieco odmienne od obecnie przyjmowanych, szczególnie w przedmiocie podziału chorób węglikowych. Z powodów które w dalszem rozwinięciu będę starał się uzasadnić, należałoby wszelkie postacie rzeczonych chorób podzielić na dwie grupy, przyjmując za podstawę sposób udzielania się zarazka ustrojowi albo ściślej, miejscu na które takowy pierwotnie podziałał, a mianowicie: 1^o choroby powstałe skutkiem wprowadzenia jadu od zewnątrz (zaszczepianie jadu—*inoculatio*), 2^o od wewnątrz (zakażenie—*infectio*). Pierwsze powstają skutkiem bezpośredniego zetknięcia się powierzchni zewnętrznej ciała z częściami jad zawierającymi, jakimkolwiekby to sposobem było dokonane (a te sposoby zaszczenia jadu jak wiadomo są bardzo rozliczne), drugie są skutkami wprowadzenia jadu do ustroju za pośrednictwem przewodu pokarmowego (zjedzenie mięsa węglikowego), lub dróg oddechowych (z powietrzem zawierającym drobne cząsteczki w postaci pyłu, jaki przy niektórych czynnościach np. przy obróbce wełny, włosia, sierści, gałganów i t. p. się wydziela; przedmioty te stają się ośrodkiem czyli przenośnikiem jadu jeśli pochodziły z chorego zwierzęcia lub w jakikolwiek sposób jadem zakażone zostały). Każda z tych dwóch grup chorób może się przedstawić znowu w dwojakiej postaci. Pierwsza czyli powstała skutkiem zaszczenia jadu (od zewnątrz) daje nam albo 1^o czarną krostę w ściśle znaczeniu tego wyrazu (*pustula maligna stricte sic dicta*), mianowicie gdy jad zaszczeniony został na częściach bardziej od tułowia oddalonych a w szczególności poniżej stawu łokciowego (o kończynach dolnych nie ma tu mowy, ze względu iż te jako zwykle okryte, dla działania jadu są niedostępne i udziału w czynnościach warunkujących zaszczenie jadu nie biorą—choć tak samo jak kończyny górne siedliskiem krosty być mogą); albo 2^o powstaje t. z. czyrak złośliwy (lub jeśli kto chce węglikowy) pierwotny (*anthrax carbunculosus idiopathicus, v. anthrax malignus primitivus*) jeśli jad zaszczeniowany został na częściach bliżej tułowia położonych poczynając od okolicy ramieniowej. Innemi słowy: jeden i tenże sam jad, jednym i tymże samym sposobem zaszczeniowany da nam stosownie do miejsca, raz czarną krostę drugi raz czyraka, a obie te postaci jak zaraz zobaczymy różnią się pomiędzy sobą bardzo wybitnie pod każdym

względem. W drugiej grupie chorób powstałych przez wprowadzenie jadu do wnętrza ustroju, skutkiem zakażenia ogólnego powstaje (zwykle na jakiejkolwiek okolicy tułowia): 1° czyrak złośliwy (węglkowy) wtórny czylinastępczy (*anthrax carbunculosis symptomaticus v. anthrax malignus consecutivus*), poprzedzany przez zjawiska ogólne; albo 2° może nie przyjść wcale do zjawisk na skórze dostrzeganych (prawdopodobnie skutkiem tego że śmierć wprzód następuje zanim zjawiska na skórze w postaci czyraka wytworzyć się zdolają), a wtedy powstaje w ogóle rzadka postać, która jako choroba bez miejscowych objawów (*morbus carbunculosis sine eruptione*) przebiega. Że owe typowe postacie rzeczonej choroby w różny sposób ze sobą wikać się mogą rzecz jest jasną z powodu, iż współcześnie na jednego i tegoż samego osobnika mogą podziać przyczyny (podwójne zarażenie się) je wywołujące. Według więc powyższego podziału choroba zjawić się może w postaci: 1° czarnej krosty, 2° czyraka pierwotnego, 3° czyraka następczego i 4° bez zjawisk miejscowych. Porządek według którego postacie chorobne przedstawione tu zostały służy zarazem za wskazówkę pod względem częstości ich pojawiania się, jak również i pod względem stopnia niebezpieczeństwa. Podczas gdy czarna krosta jest postacią najczęstszą, to ostatnia (4-ta) należy do najrzadszych; śmiertelność zachowuje się w stosunku odwrotnym. Z 284 przypadków jakie w ostatnich 8-miu latach z różnych źródeł zebrać mi się udało (z pominięciem wątpliwych lub niedokładnie opisanych co do postaci) wypada iż w liczbie 100 chorych przecięciowo odsetki zachorowania i śmierci przedstawiają się następnie (ułamki opuszczone):

1. Czarna krosta: zachorowyywa	72	umiera	12
2. Czyrak pierwotny	18	„	9
3. Czyrak następczy	8	„	6 ¹⁾
4. Bez zjawisk miejscowych	2	„	2

Naturalnie, daleki jestem od tego aby przytoczonemu obliczeniu nadawać znaczenie prawidła, jak to czynią ci dla których proste zebranie cyfr bez uwzględnienia całej summy warunków i bez krytycznej metody, nazywa się statystyką. Przytoczone cyfry dają nam tylko przybliżone pojęcie o stosunku zachodzącym pomiędzy częstością różnych postaci tej choroby, jak również i stosunku zmarłych do liczby zachorowań. W każdym razie widzimy, iż pierwsza z tych jest najłagodniejszą, ostatnia zabójczą; pierwsza najczęstszą, ostatnia najrzadszą; podczas gdy 3-cia i 4-ta pod obydwo ma względami t. j. częstości i śmiertelności zajmują stanowiska pośrednie. W znanem dziele OESTERLEN'A (*Handb. d. Med. Stat.* r. 1874 str. 695) znajdujemy tylko bezwzględne cyfry śmiertelności; ilość zachorowania nie jest podaną, nie mogliśmy więc ich spożytkować.

W liczbie 41 przezemnie spostrzeganych przypadków było: wyłącznie z czarną krostą 17; z czyrakiem pierwotnym 12 (umarł 1); z czyrakiem następczym 8

1) Ta postać przedstawia największą wątpliwość co do rozpoznania, jeżeli choroba w całym swym przebiegu od początku nie była postrzegana, skutkiem czego nie można stwierdzić czy zjawiska ogólne poprzedziły wytworzenie się miejscowych, czy też odwrotnie.

(zmarło 4); z krostą i czyrakiem pierwotnym 3; chorobą bez objawów miejscowych 1 (zakończony śmiercią). W liczbie 41 było 19 przypadków z objawami ogólnymi, zależnymi nie od miejscowego zajęcia tkanek lecz niewątpliwie od zakażenia (tak pierwotnego jako i następczego) całego ustroju; 4 przypadki były tego rodzaju iż przedstawiały pewną wątpliwość czy zjawiska ogólne zależnymi są od zakażenia, czy też od miejscowego zajęcia, gdyż to ostatnie we wszystkich tych 4-ch przypadkach na dość znacznej było przestrzeni; pozostałe 18 przypadków nie przedstawiały zjawisk ogólnych. Co się tycze krost, to największa ich liczba jaką na jednym osobniku widziałem w jednym czasie była 8, w drugim 5, w czterech po 2, a wreszcie po jednej. Siedliskiem ich były palce u rąk, dłoń, grzbiet ręki, i różne punkta na powierzchni przedniej (raz na tylnej) przedramienia. Czyraki zaś tak jedne jak i drugie były pojedyncze i takowe spostrzegłem na czole, różnych okolicach twarzy, szyi, ramieniu i piersiach. (c. d. u.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA POLSKIEGO.

Pisma lekarskie D-ra T. Chałubińskiego, b. prof. kliniki terapeut. w Warszawie.

II. Zimnica. Studium ze stanowiska praktycznego. Warszawa 1875. Str. 162.

Sprawozdanie D-ra Dobieszewskiego.

W roku ubiegłym prof. CHALUBIŃSKI obdarzył piśmiennictwo nasze drugim poszytem swych „Pism,” w którym zawarł studyjum o z i m n i e y,—rozbiór tego dzieła pomieszczamy na czole naszego „Przeglądu;” jest to bowiem najważniejsza i najwięcej wartości posiadająca praca, ze wszystkich jakie w r. z. w literaturze naszej się pojawiły.

Ogłoszona drukiem praca, łączy się nierozdzielnie z częścią pierwszą „Pism” autora: „o wynajdywaniu wskazań” i stanowi szacowne studyjum pedagogiczne dla lekarza, zmuszonego zdobywać sobie własnymi spostrzeżeniami niezależność praktyczną. Prof. Ch. nie napisał bowiem monografii zimnicy, ale wzięwszy za przedmiot jedną z najpospoliej spotykanych w praktyce gorączek i wprowadziwszy czytelnika na to pole, wykazuje mu wytyczne punkta, których jako kierowników trzymać się winien, roztacza przed umysłem jego różne przeszkody jakie go na drodze rozpoznania jej przyrody spotkaćby mogły, podaje sposoby uniknięcia szkopałów i błędów, i przez cały szereg manowców prowadzi, jakby za rękę, aż go wyprowadza na otwarty gościeńce po którym do zamierzonego łatwiej już dojść potrafi celu. Obeznawszy tym sposobem z przyrodą zimnicy, i nauczywszy go takową od innych podobnych jej cierpień odróżniać, wprowadza na pole rokowania a potem leczenia, wiodąc i tutaj wedle tej samej metody, na najpewniejsze, praktyczne stanowisko lekarskie.

Na samem też wstępie przedstawia autor studyjum naszej nauki: „Długich i mozolnych usiłowań (powiada), wymaga wykształcenie naukowe lekarza, a jednak chwila w której naukową działalność osiągnął, daje mu dopiero poznać prawdziwą trudność jego położenia, a zarazem otwiera przed nim widnokrąg, nigdy nie mającej się wyczerpnąć naukowej pracy.

Odrobina rutyny nabytej, choćby w najlepszej szkole, nie wystarcza mu ani na chwilę. Zasoby własnego doświadczenia,—te właśnie zdobywać dopiero musi.”

We wstępie tym dotyka błędów spoczywających w samym kształceniu lekarzy, które wykształcenie to utrudniają; błędy te wedle autora, mieszczą się: 1° w niedostatecznym uwzględnieniu nauk przyrodniczych w planie studiów lekarskich; 2° zaniedbanie w niem nauk pomocniczych, filozoficznych, zwłaszcza logiki; 3° zaniedbanie krytycznych studiów historii medycyny i 4° nadmierna ilość wykładanych nauk lekarskich, przy elementarnem kształceniu lekarza. To ostatnie sprawia, iż nauki przyrodnicze i filozoficzne bywają zaniedbywane.

Taki stan rzeczy wyraża brak odpowiedniego przyrodniczego wykształcenia, pomimo że nauka nasza spoczywa właśnie na takiej podstawie, brak gi m n a s t y c z n e g o wyrobienia umysłu, a zwłaszcza sądu przy stosowaniu nauk lekarskich do praktyki, brak wiedzy przeszłości, a to wszystko powodować musi: niejasność pojęć, niedokładność sądu, powierzchowność poglądów i chaotyczne zamieszanie w umyśle. Każdy przyzna słuszość zdaniom szanownego profesora.

A oprócz nich istnieją inne jeszcze, które autor miejscowemi nazywa, a skreśla je tak dosadnie, iż przytoczymy ten ustęp w całości, streszczając go bowiem ani pominąć niepodobna.

„Oprócz owych, tak dziś ogólnych wad i niedostatków nauczania, są jeszcze inne, więcej umiejscowione, a jednak znaczny wpływ na ogół lekarski wywierające. Do takich zaliczamy wadliwy sposób prowadzenia wykładów w wielu szkołach a szczególnie w całych Niemczech.

W wieku reklamy i sztucznych efektów, katedra nietyle jest uważaną za organ zasadniczego bezstronnego nauczania, jak raczej za organ krytyki i sektarstwa. Każdemu prawie uczącemu wydaje się, że od niego nowa datuje się era. Z katedry, jak z baterji jakiej sypie on ogień na wszystko co było przed nim i obok niego, i przygotowuje nie badaczy ale fanatyków, sektarzy, spoglądających z pogardą właściwą ograniczonosci, na każdego, kto się ośmiela mieć odmienne zdanie. Naturalnie odbywa się to i w literaturze; szczególnie zaś szkodliwie wpływa na umysły poczynających lekarzy, zaślepiając ich sąd i utrudniając przez to dalsze kształcenie się.”

W istocie żądza reklamy przechodzi coraz bardziej z pola ekonomicznego na naukową siedzibę w Niemczech oddawna, we Francji mniej nieco, bo ściśle biorąc tam chyba tylko szkołę Piorry'ego za tworcą sektarzy i usługującą się reklamą uważaćby można, ale niestety i do nas te błędy przechodzić zaczynają; a odbija się to i w literaturze, żąd to dążenie do niezem nieusprawiedliwionych zachcianek, gwoli których każdy piszący, lub mający dopiero ochotę pisać, pożąda dla siebie własnego organu, literatura więc peryjodyczna, zamiast być zbiorem sumiennych spostrzeżeń, będzie w ten sposób areną popisów, nie w naukowych lecz osobistych celach.

Prof. Cui. odkładając wskazanie środków ułatwiających położenie uczących się, do innej pracy, ogranicza się w obecnej na zapisaniu iż najdostępniejszemi dla tego celu będą środki następujące: a) Rozszerzanie wiedzy ogólnej, bo nauki nawet bezpośredniego związku nie mające z medycyną do gruntownego wykształcenia lekarza przeczytać się muszą. b) Wycwiczenie myśli i sądu, a więc gruntowna znajomość praw myślenia i logiki, która ułatwia pracę lekarza. c) Ułatwianie praktyki szpitalnej, a przynajmniej prowadzenia spostrzeżeń, oraz ściślej kontroli działania środków lekarskich i przebiegu choroby. d) Krytyczne wyrobienie pojęć ogólnych, tak o pojedynczych ogniwach jak o całych typach spraw chorobnych.

Nad tym ostatnim punktem zastanawia się autor obszerniej; kreśląc kierunek studiów analityczny, wykazując jak z obranego punktu wychodząc zgromadzać spostrzeżenia do wyrobienia pojęć ogólnych doprowadzić mające, jak zestawiać swe spostrzeżenia z innemi „co przyjąć i kiedy, a co odrzucić należy.” Jeżeli zeszyt pierwszy „Pism” autora, zawierał „metodę wynajdywania wskazań

lekarskich," to wstęp przy drugim ich zeszyście skreślony, moglibyśmy nazwać „sposobami umiejętnego badania i krytycznego przechodzenia od szczegółów do ogólnych pojęć, na polu tak teorii jak i praktyki lekarskiej," i dla tego do wstępu tego przywiązujemy wielką wagę, i najmocniej kolegom go polecamy, nie żeby zawierał jakieś nowe i nieznanne praktykom szczegóły albo poglądy, ale dla tego, iż powtarzanie sobie prawd w nim zawartych, utrzymuje umysł lekarza w napięciu, że tak powiemy, i zmusza go do klasycznego, jeżeli tak rzec wolno, myślenia, co przy nawale zajęć praktycznych nie zawsze samodzielnie uczynić można.

Badania lekarskie, powiada autor, w celach praktycznych, w celach leczenia chorób muszą mieć, do pewnego stopnia swój właściwy odrębny charakter, wszelki szczegół odnoszący się do danej choroby, staramy się wówczas wyzyskać dla celów praktycznych; wszelki więc nowy fakt odkrywa teorię, którą lekarz praktyczny przyjmuje, bada i sprawdza w celu leczenia choroby.

Podobne usiłowania lekarzy praktycznych zmieniły w ówieré wieku, dawniejsze pojęcia co do rokowania i leczenia takich spraw chorobnych, jak: choroba BRICHTA, wady serca, suchoty płucne, ku wielkiemu pożytkowi chorych. To też studyja, jakie czyni każdy lekarz ze stanowiska praktycznego, jakkolwiek różnią się między sobą, bo przedstawiają niesłychaną różnorodność obrobienia, przecież ze względu na sam przedmiot i sposób badania, muszą przedstawiać pewne podobieństwa między sobą.

Prof. CHALUBIŃSKI, w obecnie wydanym na widok publiczny poszyście P i s m swoich, wybrał jakieśmy na wstępie zaznaczyli, za przykład do podobnych studyjów, jedną z najpospolitszych chorób: z i m n i e c e.

Lekarz wynosi z sobą ze szkoły, oprócz obszernych wiadomości, dotyczących objawów małą ilość faktów przyczynowych i nieliczne dane odnoszące się do leczenia zimnicy.

Podaniowa swoistość (specyficzność) chininy w leczeniu tej choroby, wyrobiła pewną rutynę w jej podawaniu; w przypadkach lżejszych wystarcza rutyna, ale zjawiają się przypadki opierające się jej wpływowi, a to wyradza dążenie do szukania innych, swoistych leków. To słusznie twierdzi autor, bardziej niż drożyzna chininy, powoduje wprowadzanie, od czasu do czasu, co raz nowych swoistych leków, które, nie ziszczają położonej w nich nadziei. To też autor wyraża przekonanie, że niewłaściwie pojmowana swoistość w działaniu chininy, jest głównym powodem zbyt rutynowego i zład nieodpowiedniego leczenia zimnicy. „Tak wygodnie jest, powiada, jeżeli wraz z rozpoznaniem choroby stawia się w umyśle naszym „specyfik" który ją leczyć „powinien," że łatwo można spuścić z uwagi mnóstwo warunków, w jakich choroba się odbywa; łatwo z lekceważeniem pominąć to, co jednakże w racjonalnem leczeniu stanowi winno najważniejsze wskazówki postępowania.”

Nie przesadzając zatem co nam przyszłość, pod względem patogenetycznym i farmakologicznym dać może, sądzi autor, że należyte zużytkowanie faktów, utworzenie sobie, na zasadzie znanych już praw życia, bliższego o chorobie pojęcia, może wyjaśnić przyrodę zimnicy i rzucić światło na inne jeszcze sprawy chorobne,—z drugiej zaś strony wskazać pewniejsze drogi do rozumowego postępowania lekarskiego, w obec postaci złośliwych, przy pomocy nawet obecnie znanych nam środków.

Ponieważ, jakieśmy rzekli wyżej, autor nie napisał monografii zimnicy, przeto z objawów i innych szczegółów do sprawy zimnicy się odnoszących, przytacza to tylko co do rozbioru bezpośrednio jest potrzebnem.

Za punkt wyjścia do swego studyjum, bierze prof. CHAL. obraz zimnicy trzeciaczki, niezem niepowikłany i rozbiera kolejno cały szereg główniejszych jej objawów.

Wśród częstokroć niczem niezakłóconego zdrowia, o pewnej stałej godzinie zjawia się osłabienie, zmęczenie, z wydatnem najczęściej pragnieniem. Nastę-

pują ciągoty, ziewanie, ból głowy, wkrótce uczucie ziębienia. I rozwija się cały znany okres ziębienia, który trwa od $\frac{1}{2}$ do 2 godzin. W okresie tym śledziona jest stale powiększoną. Po czem, przy ciągłym bólu głowy i silniejszym jeszcze pragnieniu, chore zaczyna czuć przemijające a potem silne rozpalenie. Siność ustępuje ezerwoności, skóra pała i rozwija się drugi okres gorąca, który kończy się często wystąpieniem potów, poczem wszystkie objawy ustają: oddech staje się głębszym i swobodniejszym, moczu zwykle jest mocno nasycony i strąca w krótkim czasie po oddaniu, charakterystyczny osad. Po tem wszystkim pragnienie ustaje, wraca chęć do jedła i uczucie się „dobrze,” które trwa cały dzień jeden i część drugiego do napadu następnego. Śledziona zmniejsza się, w stosunku do swej wielkości w pierwszym okresie, ale nie dochodzi do wymiarów jakie posiadała przed napadem.

Im więcej chorey przebył napadów, tem się staje bardziej wycieńczonym, tem bardziej chudnie, blednie z właściwym odcieniem żółtawym. Śledziona, oprócz powiększenia twardnieje co raz bardziej, wątroba powiększa się, twardnieje, robi się czułą na ucisk. Trawienie się upośledza i występuje, przy coraz większej wodnistości krwi, opuchlina. Dwa te okresy przedstawiają zatem wyraźne cechy potłumienia (*depressio*) i pobudzenia czyli odczynu głównie w krążeniu wraz z cechami odpowiednich zaburzeń w całym ustroju.

Przedstawiający w ten sposób obraz napadu zimnicy, zastanawia się autor nad różnemi chorobnemi sprawami, które mniej lub więcej przedstawiają obraz tych samych zaburzeń, i zdaje sobie sprawę z podobieństw i różnic jakie między niemi zachodzą, zwłaszcza w miarę różnorodności przyczyn wywołujących te zaburzenia. Tym sposobem wyrabia pojęcie o gorączce w ogólności, a o zimnicy w szeregłości.

Bierze więc naprzód pod uwagę d n i ó w kę (*f. ephemera*). Obraz zaburzeń w tej chorobie nieczem się prawie nie różni od obrazu zaburzeń w zimnicy, tylko dalsze napady choroby nie przychodzą; dalej zwraca uwagę, że największa część spraw ropniczych przedstawia także okres potłumienia i pobudzenia, różni się tylko od tamtych raczej jako ciężowó, a okres pobudzenia przeciąga się w ostatnich dłużej niż w zimnicy, stosownie do wywołującej ją przyczyny, którą z a w s z e w y ś l e d z i ć m o ż n a. W miarę przyrody źródła ropnicy, napady powtarzać się mogą nowemi okresami potłumienia, lecz występują nieprawidłowo, obraz ich bywa mniej wyraźnym, bo przychodzą po przestankach niezupełnie bezgorączkowych; obraz więc cały zbliża się bardziej do gorączki w o l n i e j a c e j (*f. remittens*).

Gorączka trawiająca (*f. hectica*) występująca w przebiegu suchot płucnych objawia się pod postacią zupełnie podobną do napadów zimnicy, albo na tle gorączki ciągłej (*f. continua*), albo z zupełnem bezgorączkowiem (*apyrexia completa*). Zależy ona od ropnicy, a źródło jej jasne.

Gorączki z a k a ż n e (durzyca, odra, płonica i t. d.) poczynają się również okresem potłumienia, którego pojedyncze ogniwa mogą się różnić, lecz w gruncie rzeczy cały obraz jest taki sam jak w zimnicy. Objawy wstępne, cechujące, urozmaicają ich obraz ale ogólnych cech potłumienia nie zawierają. Nie zawsze przy ustaniu gorączki zjawiają się tu poty, ale też nie ma ich często i w zimnicy.

Przy sprawach z a p a l n y c h widzimy również okres potłumienia i odczynu gorączkowego, zmieniając oczywiście objawami odpowiedniemi do cierpienia narządu i gorączka trwa tutaj do ukończenia sprawy zapalnej. W czasie przełomów znowu można dostrzedz te same objawy co przy końcu napadu zimnicy. Śledziona jednak przy chorobach czysto-zapalnych nie powiększa się w y d a t n i e, chyba że panuje epidemia zimnicy.

Niektóre rodzaje z a p a l e n i a o p ł u e n i (*pleuritis*) występują z wyraźnym, nieprawidłowo zjawiającym się okresem potłumienia; u osób nerwowych, przy miernem trawieniu, występuje po każdym zjedzeniu wyraźnie okres p o t ł u-

mienia i odczynu, znikający po ukończeniu wyrabiania mleczka (chylifikacji). Jest to tak zwana gorączka trawienia (*f. digestiva*). Nakoniec przy działaniu bardzo wielu środków lekarskich pobudzających (*excitantia*), występują napady podobne do okresów potłumienia i odczynu, spostrzeganych w zimnicy; tylko okres pierwszy jest tu bardzo niewyraźny, okres zaś odczynu przeważa i ztąd do niego całkowicie działanie leków odnoszą. Do podobnie działających środków należy chinina, która u osób zupełnie zdrowych wywołuje objawy podobne do napadu zimnicy, ztąd owo sławne „*similia similibus*” HANEMANN'A. Nareszcie zaprowadzanie moczociągu (kateteru) u osób bardzo wrażliwych, wywołuje niekiedy dokładny napad podobny do zimniczego, z okresem potłumienia i pobudzenia.

Po przejściu wymienionych tu cierpień, przebieg których niewprawnego spostrzegacza o błąd wzięcia ich za zwyczajną zimnicę przyprawić może, zastanawia się autor nad pojedynczemi objawami, w których, rzecz oczywista, nie widzi nie odrębnego dla zimnicy. I tak: występujące uczucie osłabienia i znużenia, nie różni się od takich objawów u osób zdrowych, po fizycznej lub umysłowej pracy, zwłaszcza przy braku posiłku i bezsenności. Brak uczucia łaknienia, po skończonym napadzie zimnicy lub przebyciu dniówki, tłumaczy autor, nie wyczerpaniem sił (*inanitio*), lecz chorobliwie zmienionem umierwieniem pod wpływem bodźca gorączkowego, i zalicza go do objawów okresu potłumienia (*depressio*). Ziewanie i cięgięgoty świadczą o potłumieniu podczas gorączki, siność twarzy, zimno skóry, tłumaczy autor, według TRAUBE'GO kurczem drobnych tętnic, w których krew krąży powoli i nie odwęgla się należycie a oprócz tego krew żylna nagromadza się zbyt znacznie w żyłach, właśnie z powodu tego kurczu tętnic. Ból głowy tłumaczy przepełnieniem żył krwią źle odwęgloną i gorętszą od prawidłowej (ból zaś głowy w czole objawami gastrycznymi). Pragnienie, podniesieniem ciepłoty krwi, dreszcze zaś, szczykankanie zębami, gęsią skórę tłumaczy odruchami powstającemi skutkiem wrażeń odbieranych przez nerwy czucia (głównie skutkiem zniżenia ciepłoty) i przenoszenia takowych na nn. ruchowe. Tętno prędkie, częste a małe, tłumaczy autor zmniejszeniem sprawności serca; w istocie słusznem jest twierdzenie, że jakkolwiek powody zmian w ruchach serca, zależące od czynników, których działanie dość jest powikłane, w wielu przypadkach, mianowicie chorobowych, dokładnie oznaczyć się nie dadzą, to w pierwszym (potłumiającym) okresie gorączki czynność ośrodka naczynio-ruchowego przeważa nad czynnością przyrządów pobudzającego i hamującego, ztąd okres pierwszy w gorączce ze słusnością można nazwać okresem potłumiającym jakim go właśnie autor mieni. Idąc bowiem za rozumowaniem jego, do takich a nie innych przyjdziemy wyników i widoczne jest, dla najmniej wprawnego do spostrzeżeń oka, że tętnice obwodowe w tym okresie podlegają skurczowi (zniżenie ciepłoty skóry tłumaczy to dowodnie), a ten ich kurcz zależy od pobudzenia pośredniego lub bezpośredniego ośrodka naczynio-ruchowego; niepodobna dowieść ani nawet przypuścić aby ten kurcz na powierzchownych ograniczył się tętnicach, owszem, niewątpliwie sięga on w głąb ustroju i musi dotykać również tętnic właściwych serca (*art. coronaria cordis* i jej gałęzi), skutkiem tego następuje zmniejszenie dopływu krwi do miększu serca i powolniejsze krwi tej utlenianie. Z drugiej strony podniesiona ciepłota działa pobudzająco na ośrodek ruchowy serca, bo jakkolwiek niepodobna jest tego dowieść stanowczo, przyspieszenie ruchów serca zdaje się niewątpliwie tego dowodzić. Dopóki zatem wpływ ośrodka naczynio-ruchowego trwa, serce zmuszone jest do powiększonej pracy przy zmniejszonym odżywianiu, ztąd to charakter paretyczny w działaniu serca, w okresie potłumienia przez wielu badaczy wskazywany; ztąd tętno częste, prędkie lecz małe. Ale też stan paretyczny serca bynajmniej nie chroni go od podlegania kurczom, owszem, według ROMBERG'A i HOPE'GO bezkrwistość, a raczej niedokrwistość usposobia

do stanów kurezowych i ztąd też pomimo stanu niezupełnego porażenia serca widzimy bardzo często bicia serca (*palpitationes*). Jakość moczu stan paretyczny serca potwierdza. Według zresztą Bezolda i Suszczyńskiego, zaciśnienie tętnic okrężnych serca nie wpływa zrazu na jego ruchy potem je opóźnia i czyni nieprawidłowymi zaciśnięcie żył okrężnych najprzód przyspiesza, później zaś te ruchy opóźnia. (c. d. n.)

ODCINEK.

KORRESPONDENCYJE MEDYCyny.

Częstochowa, 15 Grudnia 1875 r.

Kilka słów o mierzeniu ciepłoty ciała i o naszych ciepłomierzach.

Mierzenie ciepłoty ciała stało się jednym z codziennych zajęć lekarza praktycznego. O ważności dokładnego przekonania się w każdej chorobie ostrej i w każdym jej okresie, jak wysoko ciepłota ciała dosięga, tak dla rokowania jak i dla leczenia nie potrzebują się rozwodzić, dosyć przypomnieć durzycę, której natężenie i stopień niebezpieczeństwa tylko przy pomocy ciepłomierza ocenić się dadzą, a użycie przy nim ważnych i na przebieg choroby nadzwyczaj wielki wpływ wywierających sposobów leczenia, jak np. zimnych kąpiel, da się z korzyścią dla chorego zastosować tylko na zasadzie bardzo dokładnych i częstych sprawdzeń ciepłoty ciała; to samo powiedzieć można o płonicy, o zapaleniu płuc, o błonicy i w ogóle o wszystkich chorobach ostrych. Wprowadzenie zatem mierzenia ciepłoty ciała chorych uważać należy jako jedną z ważniejszych i zbawienniejszych zdobyczy nowoczesnej medycyny. Kalorymetryja zajęła obecnie bardzo ważne miejsce w umiejętnościach lekarskich, a literatura jej z każdym dniem wzrasta. Doświadczenie jednak uczy nas, że jakkolwiek prostem się wydaje to postępowanie, zachować przy niem należy pewne środki ostrożności, których zaniedbanie może być źródłem bardzo wielkich pomyłek. Zwrócić tu pragnę uwagę: 1-ód na sposób stosowania tego środka rozpoznawczego i 2-re na narzędzia których przy tem używamy.

Dowiedzieć się można o wysokości ciepłoty ciała, przez umieszczenie gałki ciepłomierza w odbytnicy, w pochwie macicznej, w jamie ustnej, w jamie pachowej lub wreszcie w pachwinie. W odbytnicy i w pochwie macicznej w najkrótszym czasie i najpewniej o cieplocie ciała przekonać się można: w dwie minuty ślup rtęci dochodzi do swojej wysokości i całe postępowanie na tem się kończy. W odbytnicy mogą się wprawdzie znajdować kawałki stwardniałego kału, które na obniżenie ciepłoty wpłynąć mogą, łatwo się jednak tego błędu ustrzedz gdyż przy wprowadzaniu ciepłomierza natrafia się w takim razie na opór. Sposób ten, jakkolwiek najpewniejszy i przez wszystkich autorów usilnie zalecany, nie da się w praktyce prywatnej zastosować, z wyjątkiem niektórych rzadkich przypadków, z powodu iż jest równie nie dostępny dla chorego jak i dla lekarza. W jamie ustnej trudno się ustrzedz od przeciągu powietrza, który oezewiście znakomicie ciepłotę obniża; sposób ten należy z tego powodu zupełnie z praktyki wykluczyć. Pozostaje jama pachowa, którą też jako najodpowiedniejszą pospolicie w tym celu używamy. U ludzi średniej otyłości mierzenie ciepłoty w jamie pachowej dobre daje wyniki, gdyż przez przycisnięcie ramienia możemy bardzo dokładnie gałkę ciepłomierza otoczyć ciałem. Ogólnie rozpowszechnione pozostawianie ciepłomierza pod pachą przez 10—15 minut zu-

pełnie jest zbyteczne; jeżeli bowiem pacha przed włożeniem ciepłomierza była zamknięta, to słup rtęci po 5—6 minutach dochodzi do swojej wysokości i już więcej w górę nie idzie. Maximum zatem czasu, jaki potrzebny jest do zamierzenia ciepłoty w tem miejscu wynosi 6 minut. U chorych bardzo chudych i u małych dzieci pacha nie może być na ten cel użyta; u pierwszych bowiem niemożliwym jest dokładne otoczenie gałki ciepłomierza ciałem, a u drugich, jama pachowa tak bywa mała, że gałka zwyczajnego ciepłomierza nie może się w niej pomieścić. W takich razach używam od dawnego czasu do mierzenia ciepłoty pachwiny. Po założeniu ciepłomierza zgina się odpowiednie udo i przycisiska silnie do brzucha, co u chorych rozebranych i w łóżku leżących, równie jak u małych dzieci, najmniejszej trudności w wykonaniu nie przedstawia, trzeba tylko nieco więcej czasu na to poświęcić i ciepłomierz pozostawić 10—12 minut.

Co się tycze ciepłomierzów, których do mierzenia ciepłoty ciała używamy, smutnego w ostatnich czasach nabrałem doświadczenia. Kiedy przed trzema miesiącami leczyłem wspólnie z jednym z tutejszych kolegów dziecko cierpiące na gorączkę, zależną od cierpienia żołądka uderzała nas zbyt wysoka ciepłota, którą użyty ciepłomierz wskazywał; po wyjeździe na dłuższy czas owego kolegi, kiedy do narady inny z tutejszych lekarzy był wezwany i tego ostatniego ciepłomierz użyty, ciepłota ciała naraz znacznie jakoby opadła a późniejsze porównanie dwóch tych ciepłomierzów wykazało pomiędzy nimi różnicę o 0,8°C. Wkrótce potem będąc wezwany do Krakowa do osoby durzącą dotkniętą, miałem sposobność przekonać się iż różnica pomiędzy moim ciepłomierzem a tym, którego koledzy Krakowscy używali wynosiła niemniej jak 0,9°C. Udałem się natychmiast do jednego z pierwszych optyków w Krakowie i porównyując u niego 6 ciepłomierzów, które miał na sprzedaż, przekonałem się iż nie było dwóch jednakowo ciepłotę wskazujących a *maximum* różnicy wynosiło: 1,4° C. Zwróciwszy raz uwagę na tę okoliczność zacząłem porównywać ze sobą wszystkie ciepłomierze, jakie dostać mogłem; ogólna ich liczba dochodzi do 30 i z przykrością przychodzi mi wyznać iż niedokładność w wykonaniu używanych przez nas ciepłomierzów tak jest wielką, że nasze mierzenie ciepłoty, staje się przez to ezczerą i do niczego nie prowadzącą komedyją. W Warszawie u dwóch optyków sprawdzałem u każdego po 6 ciepłomierzów i znalazłem największą pomiędzy nimi różnicę 2,1°! a jednak ciepłomierze te były i są za dobre sprzedawane! Hu to kolegów było przez nie w błąd wprowadzonych, ile fałszywych wywodów leczniczych, ile błędnych rokowań wystawiono! Smutny ten stan rzeczy nie tylko u nas ma miejsce: JÜRGENSEN wydając dzieło swoje o ciepłocie zdrowego ciała (*Die Temperatur des gesunden Körpers*) używał do swoich licznych i nadzwyczaj dokładnych doświadczeń ciepłomierza, o którym się później przekonał że wskazuje ciepłotę o 0,7° za wysoką i w późniejszym wydaniu tego dzieła musiał wszystkie cyfry o ten ułamek obniżyć. Wobec takiego stanu rzeczy niezbędnym jest obmyślenie środków, za pomocą których każdy lekarz byłby w stanie nabyty przez siebie ciepłomierz sprawdzić i o jego dokładności się przekonać. LIEBERMEISTER w pięknym dziele swoim o gorączce (*Handbuch d. Therapie n. Pathologie des Fiebers. Leipzig 1875*) podaje następujący sposób: zaleca on żeby lekarz nowo nabytym ciepłomierzem ciepłotę swojego ciała zmierzył, tę za 37°C przyjął, w razie gdyby ciepłomierz więcej lub mniej wskazywał, przy następujących mierzeniach u pacjentów odpowiednią robił poprawkę. Sposób ten zupełnie jest niedobrym, przekonałem się bowiem za pomocą dokładnych mierzeń na sobie samym iż bardzo łatwo takim sposobem popełnić błąd o 1° C i więcej.

Według mnie jeden tylko jest sposób, którym wielkiej tej niedogodności z łatwością zaradzić można. Niechby każde z naszych Towarzystw lekarskich wyznaczyło komitet, któryby się zajął odszukaniem lub wykonaniem dokładnego ciepłomierza; ciepłomierz taki uważanoby za wzorowy a każdy lekarz mógłby

swój nowonabyty podług niego uregulować. Oprócz tego należałoby włożyć obowiązek na optyków, żeby każdy z nich miał u siebie jeden ciepłomierz zupełnie zgodny z owym przez Towarzystwo lekarskie wystawionym; każdy taki ciepłomierz wypadłoby pieczęcią Towarzystwa lekarskiego zaopatrzyć, tak aby każdy kupujący mógł na miejscu sprawdzić o ile nowonabywany z takim samym się zgadza.

Takim tylko sposobem mierzenie ciepłoty ciała przestanie być bezużyteczną stratą czasu (czem jest obecnie) i stanie się prawdziwie ważnym i wielką dla chorych korzyść przynoszącym środkiem rozpoznawczym. *G. Prielsche.*

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZAGRANICĄ.

O mało znanym zbiorze objawów cierpienia rdzenia kręgowego (*medulla spinalis*). Prof. Erb w Heidelbergu między licznymi przypadkami cierpień rdzenia kręgowego przezeń spostrzeganymi, zauważył do 12 przypadków z tak cełującymi i odrębnymi objawami, iż pocytuje za słuszne uważać je za oddzielną postać chorobową. Mamy tu zawsze, powiada autor, do czynienia z cierpieniem przewlekłym, powoli się rozwijającym, które przysyłało mu dla leczenia ich elektrycznością, jako przypadki zawiądu rdzenia (*tabes dorsalis*). Cierpienie zaczyna się zawsze objawami w sferze ruchowej: wciąż wzrastające osłabienie ruchów, prędkie zmęczenie nóg, sztywność ich, niepewność chodu, tak iż nadchodzi chwila w której chorzy obawiają się by nie upadli. Prócz tego niekiedy w początku drgawki lub napięcie pojedynczych mięśni. Bardzo rzadko przyłączają się objawy w sferze uczuciowej, jak ból w krzyżu, w kończynach i t. d. W każdym jednak razie jeśli one i istniały to znikają w późniejszym przebiegu, tak iż wszystkie rodzaje uczucia (skórnego i mięśniowego) są prawidłowe. Odżywianie mięśni w nich nie jest zmienionem (a także czynności pęcherza moczowego i narządów płciowych). Przytoczone objawy ruchowe powoli się pogorszają, chorzy mają wtedy szczególny chód, który z pozoru przez swą niepewność przypomina chód w nieładzie (*ataxia*), lecz stanowiło różni się od niego: chorzy powłóczą za sobą nogi, jak gdyby stopy przyklejone były do podłogi, dla tego chód ich sprawia dużo hałasu; przy każdym stąpieniu następuje jakby lekkie podskoczenie całego ciała do góry, nogi przytem są ściśnione od napięcia mm. ksbonych (*adductores*), sztywne, kolana nieco naprzód nachylone i cała połowa górna ciała naprzód podana. Nie ma tu jednak rzucania nogami i uderzania piętami jak w nieładzie. W położeniu leżącym chorego wszystkie ruchy są możliwe, tylko daleko słabsze, powolniejsze, niezgrabne i przerywane drgawkami mięśniowymi. Nawet skomplikowane ruchy są spokojne i pewne, przy otwartych jak i zamkniętych oczach. Stanie jest możliwym, nawet na jednej nodze i to przy zamknięciu choremu oczów. Badanie okazuje naprężenie mięśni różnego stopnia, wyraźne zwłaszcza przy ruchach biernych, lecz i w spokoju nawet wyczuwany niektóre mięśnie twardymi od naprężenia. W późniejszym czasie przychodzi to przykurczenie (*contracturae*) a wtedy chodzenie jest niemożliwym. Odżywianie mięśni jest zupełnie dobre, pobudzalność ich elektryczna prawidłowa. Często widzimy sztywność i osłabienie mięśni grzbietu i brzucha, tak iż wstawanie i siedzenie są utrudnione. Rzadko tylko cierpią i kończyny górne. Odruchy (*reflexa*) skórne są prawidłowe, za to odruchy ściągiste w wysokim stopniu zwiększone. Odruch ściągisty (*Schmerzreflex*) jest to nowy objaw, na który zwrócił uwagę po raz pierwszy prof. Erb. Rozumie on pod tą nazwą skurczenia mięśnia wywołane podrażnieniem mechanicznem odpowiedniego ścięgna. Objaw ten istnieje i u zdrowych ludzi. (Prof. Erb przedstawiając na swych odczytach o elektroterapii, chorych z objawami przytoczonymi, wspominał iż Polacy należą do tych jednostek u których najłatwiej wywoływał ten odruch w stanie zdrowia;—przypuszcza więc w tym względzie istnienie właściwości narodowych P. P.) Odruch ściągisty łatwo wywołać można uderzając lekko palcem lub młoteczką opukowym w więzadło rzepkowe (*lig. patellae*) przy półzgiętem położeniu nogi, przy czem powstaje szybki skurek w m. *quadriceps cruris*. Tak samo pow-

staje on przy uderzaniu o ścięgno Achillesa, o ścięgno trójgłowe ramienia (*triceps brachii*) i t. d. przy przyczepieniu ich do kości. W stanie chorobowym odruchy te ścięgniaste są ogromnie powiększone i występują na miejscach na których nie było ich w stanie zdrowia. Przytaczana przez BROWN SÉQUARD'a i CHARCOT „*Spinalpilesie*”, mianowicie drżenie stopy i goleni przy zgięciu stopy przez prędkie uderzenie w podszawę, objaśnia się odruchem ścięgna Achillesa. Tem samym objaśnia się owo, wspomniane wyżej, podskakiwanie przy chodzeniu. Ze zmian naczynioruchowych w pojedynczych przypadkach, w omawianych przypadkach ERB zauważył tylko siność nóg. Czynności mózgu i nerwów mózgowych nie zmienione. Stan ogólny zupełnie dobry. Co do przebiegu dalszego to albo następuje polepszenie, albo cierpienie zatrzymuje się na jednym stopniu albo wreszcie coraz więcej pogorsza się, tak iż następuje zupełne porażenie mięśni, zmuszające chorego do ciągłego leżenia. Zebrawszy wszystko widzimy, iż mamy tu do czynienia z powoli wzrastającym osłabieniem (*paresis*) mięśniowym, z naprężeniem mięśni, z uderzająco zwiększonymi odruchami ścięgniastymi, przy zupełnym braku zboczeń z strony czucia, odżywiania i pęcherza moczowego. Rozpoznanie różnikowe (*diagnosis differentialis*) nie przedstawia trudności: I tak: od rozlanego zapalenia rdzenia kręgowego zajmującego całą jego grubość (*myelitis diffusa*) różni się brakiem zboczeń czucia, pęcherza moczowego, niebytnością odleżyn i niezupełnym porażeniem mięśni, chociaż są i objawy właściwe obu tym cierpieniom: napięcie mięśni, właściwy chód i odruchy ścięgniaste—lecz tłómaczy się to tem iż przy rozlanym zapal. rdzenia włączymi są i te jego części, cierpienie których oddzielne, wyradza wspomniany obraz chorobowy. Od zawiądu rdzenia (*tuberc dorsalis*)—nie ma tu rzucania stopami naprzód i na zewnątrz, tupania piętami, zataczania się i t. d. jeno stopy przylegają do ziemi, chód jest na palcach, powłóczenie nóg; przy zawiądzie rdzenia ruchy są szybkie, rzucające, niepewne, tutaj są niezgrabne, sztywne, powolne lecz pewne. Dalej przy zawiądzie ciępi i czucie pęcherza moczowy, narząd płciowy (*impotentia*), których tu braknie. Przy zawiądzie brak odruchów ścięgniastych i naprężeń mięśni. Od porażen w obrębie ogona końskiego (*cauda equina*) i obu nerwów kulszowych (*nn. ischiadici*) rozciąłość porażenia, brak przykurczeń, odruchów ścięgniastych, obecność zboczeń czuciowych umozębniają rozpoznanie. Co do istoty choroby, to ERB twierdzi iż prawdopodobnie mamy tu do czynienia ze stwardnieniem bocznych pęczków rdzenia kręgowego (*sclerosis lateralis*), wedle bowiem spostrzeżeń CHARCOT do obrazu tego cierpienia, anatomicznie dowiedzionego już przez TÜRK'a należy osłabienie mięśni wzrastające powoli aż do ich porażenia, większe w kończynach dolnych jak górnych; wiotkość z początku mięśni przechodząca potem w przykurzenia, brak cierpienia czucia. Widzimy więc tu takie same obrawy jak wyżej podane, tylko brak odruchów ścięgniastych; zdaje się jednak że i te istniały, bo CHARCOT mówi o drżeniu stopy przy biernym szybkim jej zgięciu. Jest to tylko prawdopodobnem, bo ERB nie widział ani jednego zejścia śmiertelnego, nie mógł więc robić poszukiwań anatomicznych. Zarzut ten traci na wartości, w obec faktów iż znano także takie cierpienia jak *ataxie locomotrice progressive*, *paralysis bulbaris progressiva*, porażenie rdzenne u dzieci, za nim się przekonano jakie zmiany anatomiczne je powodują. Co do rokowania to w przypadkach świeżych, przy odpowiedniem leczeniu, często jest ono pomyślnem (ERB widział i wypadek zupełnego wyleczenia w innych mniej lub więcej znaczne polepszenie). Jest ono niepomyślnem w późnych okresach cierpienia, przy bardzo posuniętem porażeniu i znacznych przykurzeniach. Leczenie—elektryczność, przepuszczanie prądu stałego wzdłuż stosu kręgowego. (*Berl. klin. Woch. Nr. 26. 1875*).

W. Gajkiewicz.

Przyczynek do nauki o wymianie materji pomiędzy matką i płodem. Na zjeździe w Gracu Dr. BENICKE (z Berlina) miał w tym przedmiocie odczyt, który w streszczeniu podajemy: W instytucie położniczym w Berlinie, wykonano szereg doświadczeń w celu rozstrzygnięcia zadania prędkości wymiany pierwiastków między matką i płodem. 25-cia rodzącym podawano kw. salicylowy jako środek łatwo ulegający wchłonięciu i który można bez trudności wykazać w moczu za pomocą chlorniku żelaza (*liq. ferr. sesquichlorati*). Po rozwiązaniu tak matkom jak dzieciom wypuszczano mocz cewnikiem, które

następnie badano na kw. salicylowy; badania te przeprowadzano w ciągu kilku dni po rozwiązaniu. Oto ich wyniki: 1) Wymiana materji pomiędzy matką i płodem jest bardzo szybką. Kw. salicylowy podawano zawsze po rozpoczęciu się bólów porodowych. W dwóch przypadkach, w których poród nastąpił w 10 i 15 m. po zadaniu kw. salicylowego, u dzieci nie można go było wykazać i w dwóch innych przypadkach, w których dzieci urodziły się w 40 i 85 minut po jego zażyciu, także nie można go było wykryć w moczu, lecz dopiero w wydalonym w kilka godzin później. We wszystkich zaś pozostałych przypadkach zaraz po urodzeniu dziecka znaleziono w jego moczu kw. salicylowy. Najkrótszy przeciąg czasu, jaki oddzielał podanie kw. salicylowego od urodzenia się dziecka, wynosił 2 godziny. Zgad wynika, iż po 40 już minutach kw. salicylowy przechodzi do ustroju płodu, po 2-eh zaś godzinach do jego moczu. 2) Przemiana materji u samego płodu zaraz po urodzeniu się jego znacznie jest szybszą, aniżeli podczas życia wewnątrz-maciecznego. Wypływa to z doświadczenia pokazującego, iż oddziaływanie na kw. salicylowy moczu dziecka w kilka godzin po urodzeniu jest o wiele mocniejszym, aniżeli moczu natychmiast po urodzeniu wypuszczonego. 3) W moczu matki po upływie 24 do 36 godzin nie można już wykryć kw. salicylowego; mocz zaś płodu zawiera go jeszcze 3-go a nawet 4-go dnia. Wreszcie, gdzie to było możebnem, poszukiwano kw. salicylowego także i w wodzie płodowej. Na 25 przypadków zdołano tylko w 4-eh otrzymać wodę płodową taką, jaka się mogła nadawać do tego rodzaju badań t. j. zupełnie czystą, bez domieszki krwi i moczu matki. Ani razu nie wykryto w niej kw. salicylowego. Następnie z pomiędzy ciężarnych którym zadawano kw. salicylowy na 6—15 dni przed porodem, w otrzymanej u trzech czystej wodzie płodowej ani śladu kw. salicylowego nie znaleziono, gdy tymczasem zawsze go wykrywano w moczu płodu. Wyniki tych doświadczeń przemawiają: 1) przeciwko poglądowi GUSSEROW'A, który w późniejszych miesiącach ciąży mocz płodu uważa za najważniejsze źródło wody płodowej, i 2) przeciwko mniemaniu SCHATZ'A, który sądzi, iż w ostatnich miesiącach ciąży płód połyka wodę płodową i następnie wydziela ją przez nerki i skórę. Wyniki rzeczonych doświadczeń przedstawiają praktyczną ważność, z powodu, iż szybka wymiana materji pomiędzy matką i płodem objaśnia: 1) przechodzenie pierwiastków chorobowych z jednej na drugie 2) w jaki sposób leki podane matce wywierają mogą znaczny wpływ i na płód, zadanie dla wyjaśnienia którego dotychczasowe nasze doświadczenia bardzo niewiele jeszcze uczyniły.

(Allg. Wien. med. Ztg., N. 40, 1875). St. Kw.

Ropnica (pyaemia) spowodowana zapaleniem płuc włóknikowem (pneumonia crassa). Na klinię prof. NAUNYN w Królewcu przybył 42 letni mężczyzna z objawami zapalenia płata dolnego płuca prawego. W 8-ym dniu choroby powstał silny dreszcz, wysokie podniesienie ciepłoty ciała, powiększenie śledziony wystąpiła wysypka na całą powierzchnię skóry w postaci plamek czerwonych wielkości od główki szpilki do ziarnka grochu, znikających za uciskaniem. W kilka godzin ucisk już nie wpływał, nastąpił więc tam wylw krwi. Badanie płuc nie pokazało żadnej różnicy od dni poprzednich. W sercu nie było prawidłowego. Prof. NAUNYN objaśnił wysypkę zatorem naczyń włoskowatych skóry (*embolia capillarum cutis*) spowodowanym zakażeniem ropnem (*pyaemia*) w skutek wchłonięcia ropy powstałej z wysięku zapalnego w płucach. Przebieg dalszy choroby potwierdził rozpoznanie. Co do wysypki to część jej znikła, a część przechodziła w krosty (*pusulae*). Używano środków pobudzających i wdechań z terpentyny. Przypadek ten zakończył się pomyślnie. Ropnica po zapaleniu płuc bez wytworzenia się ropnia (*abscessus*) w płucach jest wielką rzadkością. Znajdujemy o niej wzmiankę tylko w monografii PAUSE'GO (*Die Lungentzündung*, Leipzig, 1861) i u GRIESINGER'A (4 wypadki w *Ges. Abhandl.* II. p. 216). W wypadkach jednak tych nie było wysypki. Nieco podobnym do obecnego jest przypadek VINCOW'A (*Ges. Abh.* 711) w którym wystąpiła różyczka (*roseola*), a może opisane przez GRIESINGER'A „*eitrigen Miliarien*” należałoby może tak samo pojmować. Ze wysypka w przytoczonym wypadku NAUNYN'A nie była cierpieniem skóry wklajającym niekiedy zapalenie płuc (*miliaria, roseola*) mówi przeciw temu cały przebieg, który nie różnił się w niczem od przebiegu każdej innej ropnicy.

(Berl. klin. Woch. Nr. 37, 1875).

W. G.

Przeciwwzpalny opatrunek ran. W Nrze 26 „*The Lancet*” z r. z. podaje S. HURCHINSON nowy sposób opatrywania ran. Po oczyszczeniu rany i zbliżeniu jej brzegów kilku szwami oraz paskami plastra lepkiego, nakłada się na takową kawałek płótna zmazanego w następującym roztworze: *Ripe; Liquor plumbi* 15, *Spiriti vini* 45, *Aq. dest.* 500. Na to nakłada się watę i flanelową opaskę, które się zdejmuje po 6—12 god. podczas gdy szwy oddala się dopiero po 3—4 dniach. Opatruje się następnie ranę pokrywając ją tylko płótnem zmazanem w powyżej podanym roztworze. Nawet największe rany (*amput. mammae*) zagajają się przy tym opatrunku bez wielkiego oddziaływania (*reactio*) i ropienia w ciągu 8—14 dni. Opatrunek ten działa także przeciwgnilnie. Nie ma obawy zatrucia ołowiem. (*Ref. w Aliq. Wien. med. Zeit. Nr. 33—1875.*) E. M.

Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Rozdział pomiędzy medycyną sądową a służbą zdrowia publicznego. Według pewnych wskazówek domyślać się mamy prawo, że w sferach rządzących Cesarstwa pomiędzy innymi jest na porządku dziennym przekształcenie tak stanu lekarskiego jak i służby zdrowia publicznego. Dlatego za stosowne uważam do czasu do czasu przedstawiać czytelnikom Medycyny jakie okresy ta sprawa dziś przechodzi w innych państwach a mianowicie w cesarstwie niemieckiem którego stosunki pod względem urzędzeń lekarskich wiele do naszych są zbliżone. Otóż kiedy w Anglii, Belgii, Holandyi i Francyi istnieje zupełny rozdział pomiędzy organami wykonawczemi służby zdrowia publicznego a organami wykonywającemi czynności lekarsko-sądowe; tymczasem w Niemczech, podobnie jak u nas lekarze rządowi (powiatowi i t. p.) jednocześnie są z obowiązku stróżami zdrowia publicznego i wykonawcami wszystkich czynności sądowo-lekarskich. Taki stan rzeczy czyni wszelki postęp w praktyce policyjno-lekarskiej niemożliwym. Jeżeli wolna praktyka lekarska, jak to już dawno w Anglii i Ameryce uznano, nie da się pogodzić z sumiennem i pilnem spełnianiem obowiązków „urzędnika zdrowia publicznego”, to niezawodnie większą jeszcze przeszkodą w spełnianiu tych ważnych obowiązków dla naszych lekarzy powiatowych i t. p. jest przymusowa ich praktyka sądowo-lekarska. Medycyna sądowa osobnej nauki nie stanowi, a raczej jest tylko stosowaniem wiadomości z całego obszaru nauk lekarskich w celu rozwiązywania danych kwestyj. Spełnianie czynności lekarsko-sądowych wymaga prócz zwykłych wiadomości lekarskich małej tylko liczby wiadomości specjalnych. Przeciwnie w policyi lekarskiej liczba tych specjalnych, od medycyny odrębnych wiadomości jest niezmiernie wielką, niema zaś w niej nie takiego coby nakazywało naukę jej i praktykę łączyć z nauką i praktyką medycyny sądowej. Lekarz sądowy nie tylko innych studyjów przygotowywanych niepotrzebuje ale nadto musi koniecznie stać na gruncie medycyny praktycznej, medycyny klinicznej, musi i powinien się trudnić praktyką lekarską. Przeciwnie dla urzędnika zdrowia publicznego wiadomości anatomiczno-patologiczne i kliniczne schodzą na drugi plan a na pierwszym planie stoją wiadomości fizjologiczne, chemiczne a szczególnie analityczno-chemiczne. Nauka higieny publicznej stanowi dziś już odrębną gałąź wiedzy i opierać się musi na pomocniczych wiadomościach z chemii, fizyki, technologii, ekonomii politycznej, statystyki i t. d. Aby urzędnicy zdrowia publicznego spełniali swój urząd godnie i z pożytkiem dla społeczeństwa, trzeba aby nie tylko posiadali wszelkie potrzebne wiadomości teoretyczne i techniczne ale nadto, aby byli wolniemi od wszelkiej praktyki lekarskiej i sądowo-lekarskiej. Tytuł lekarza sądowego otrzymać może każdy lekarz który po uzyskaniu zwykłej kwalifikacyi do praktyki lekarskiej zechce poddać się osobnemu egzaminowi w zakresie nauki i praktyki sądowo-lekarskiej. Sądy mając listę wszystkich lekarzy posiadających rzeczonny tytuł mogą w danym wypadku powoływać tego który na ich zaufanie zasługuje, za każdorazowem osobnem wynagrodzeniem. Tak więc oddzielenie czynności sądowo-lekarskich od czynności policyjno-lekarskich niewymagałoby żadnego wydatku z funduszów państwa. Co się tyczy urzędników zdrowia publicznego, to uczyniwszy ich niezależniemi od praktyki lekarskiej przez stosowną pensyję (u nas przynajmniej 1,200 rs.) i uwolniwszy od obowiązków sądowo-lekarskich, wystarczającym by było gdyby jeden przypadła na 100,000 mieszkańców. U nas potrzebaby zatem 60 takich urzędników odpowiadających dzisiejszym lekarzom powiatu. (*Podług referatu MAKOWER'A w D. V. j. f. öff. G. Tom VI. str. 286.*)

Biblijografija.

Nowe czasopismo p. n. DWUTYGODNIK HIGIENICZNY wychodzić będzie w r. 1876 w Krakowie, pod redakcją D-ra St. JANIKOWSKIEGO, prof. medycyny sądowej i policyi lekarskiej i D-ra GRABOWSKIEGO, docenta higieny w uniwersytecie Jagiellońskim. Zadaniem tego czasopisma poświęconego wyłącznie sprawom ochrony zdrowia publicznego i prywatnego, urządzeniom służby zdrowia i stosunkom zawodu lekarskiego, będzie nie tylko rozbiierać sprawy higieniczne krajowe, ale także obznajmiać czytelników z postępem higieny zagranicą. Czasopismo to wychodzić będzie dwa razy na miesiąc (dnia 15-go i ostatniego każdego miesiąca) w objętości pół arkusza. Pierwszy Nr. wyjdzie d. 15 b. m. i r. Prenumerować można jako dodatek do PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO lub też oddzielnie. Szczerze cieszy nas ten nowy nabytek i życzymy mu powodzenia i uznania na jakie zasługuje. W obce bowiem coraz większego zajęcia się sprawami zdrowia publicznego i prywatnego zagranicą—a w ślad za tem powstających w tym kierunku nowych organów, wobec budzącego się poczucia potrzeby obznajmiania się i uprawiania higieny i medycyny społecznej i pomiędzy naszymi lekarzami, pojawienie się DWUTYGODNIKA HIGIENICZNEGO przypada w samą porę, a umiejętnie prowadzone tego rodzaju czasopismo na szerokie koło czytelników liczyć może.

Warunki przedpłaty dla naszych czytelników podamy po otrzymaniu takowych.

Zeszyt IV-ty PAMIĘTNIKA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO, wydawanego staraniem i nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcją D-ra J. ROGOWICZA, za r. 1875 wyszedł z druku i zawiera:

J. SZNABLA O działaniu digitaliny na krwi krążenie.

J. KOSIŃSKIEGO. Przypadek gruźliczego owrzodzenia języka usuniętego zapomocą operacyi krwawej.

J. ŻYCKIEGO. Odpowiedź na ocenę jego dzieła p. n. „Leczenie cholery z postrzeżeń praktycznych” skreśloną przez D-ra JANISZEWSKIEGO i pomieszczoną w zeszycie poprzednim.

PROTOKÓŁY posiedzeń Towarzystwa zawierające między innymi: sprawozdanie o stanie biblijoteki i opis przypadku zwichnięcia ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia.

USTAWĘ biblijoteki Towarzystwa i Regulamin wydawnictwa Pamiętnika.

Przedpłata wynosi: w Warszawie rs. 4 rocznie, rs. 2 półrocznie; z przesyłką pocztową rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. Dla członków korespondentów Towarzystwa lek. Warszawskiego rs. 3 rocznie z przesłaniem, lecz pod warunkiem nadesłania przedpłaty bezpośrednio do redakcyi (w Warszawie ul. Marszałkowska 45) przy takim bowiem obniżeniu dla czł. koresp. przedpłaty niepodobna oprócz ponoszenia kosztów przesłania odstępować jeszcze rabat, jaki księgarnie za przesłanie redakcyi adresu i pieniędzy na prenumeratę pobierają.

Centralblatt für Chirurgie

pod redakcją

D-ra L. LESSER, Dra M. SCHEDE i D-ra H. TILLMANS.

Podający treściwe sprawozdania z całego zakresu chirurgii, w następnym roku (1876), trzecim swego istnienia wychodzić będzie jak dotychczas co tydzień w objętości najmniej 1-go arkusza. Przedpłata wynosi na rok 20 Reichsmark (rs. 8). Wszystkie księgarnie i bióra pocztowe przyjmują przedpłatę roczną i półroczną. Numera na okaz otrzymać można we wszystkich księgarniach jak również i roczniki z dwóch lat ubiegłych.

Lipsk, w Grudniu 1875 r. Breitkopf und Härtel.

Redakcyja Medycyny i Pamiętnika Tow. lek. Warszawskiego przy ulicy Marszałkowskiej Nr. 45

Redaktor odpowiedzialny, Dr. K. BERNI.

Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Дозволено Цензурою: Варшава 15 (27) Декабря 1875 г. — Друк Е. Скивского Elek. N. 28.

Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).