

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r z e d p ł a t y :

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

**TREŚĆ:** Rozprawy. Kilka uwag z powodu wycinania t. z. „szankrów twardych”. Podał dr. E. KLINK, ordynator szpitala św. Łazarza w Warszawie. (Ciąg dalszy). — Wykłady kliniczne. Charakter i znaczenie zapalenia stawów grzybowatego. Wykład prof. R. VOLKMANN'A. Podał w streszczeniu dr. WŁ. MATLAKOWSKI, ordynator kliniki chirurgicznej. — Odcinek. PETERSEN'A: Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCHE. (c. d.) — Streszczenia i wyciągi. Przyczynok do patogenii i etiologii krzywicy. Zastosowanie pilokarpiny u dzieci. — List otwarty dra. B. MARKIEWICZA z powodu artykułu BIOT'A o leczeniu gośńca mlekiem. — Kronika miejscowa. Wybory w uniwersytecie i w Towarzystwie lekarskim Warszawskim. — Ogłoszenia. — Sprostowanie.

## Kilka uwag z powodu wycinania tak zwanych „szankrów twardych”.

Podał dr. Edward **Klink**, ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Towarzystwa lekarsk. dnia 7 Paździer. b. r.)

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 42).

Podam teraz w możliwym streszczeniu wyniki jakie sam otrzymałem po wycięciu pierwotnego stwardnienia przymiotowego, czyli tak zwanego szankra twardego.

Dokonałem wycięcia w 5 przypadkach. Żaden z moich chorych nieprzechrodził poprzednio choroby przymiotowej.

Spostrzeżenie I. W. K. lat 26 liczący, przedstawił się po raz pierwszy na początku Lutego 1878 r. Na skórze ścią w bliskości rowka żołądździowego, znajdowało się małe owrzodzenie wielkości ziarna grochu okrągłego, najzupełniej miękkie w dotknięciu, skąpo wydzielające ropę, bez podminowanych brzegów; gruczoły pachwinowe obrzmiałe, ecz zupełnie niebolesne; wedle zapewnienia chorego, są one od bardzo wielu lat w takim samym stanie. Gdy po kilku dniach przy opatrunku roztworem kwasu karbolowego owrzodzenie o tyle się zmieniło, że nieco się pogłębiło, nierozszerzając się na boki i przedstawiało cechy poczynającego się owrzodzenia przymiotowego, pomimo że najmniejszego stwardnienia wyczuć nie było można, zaproponowałem choremu wycięcie wrzodu, na co tenże chętnie się zgodził. Przemysłwy dokładnie roztworem kwasu karbol. całą ranę, uchwyciłem takową szczypcami haczykowatemi i wyciąłem nożyczkami (w połowie Lutego). Nawiasem dodaję że narzędzia były poraz pierwszy przy tej operacji użyte i w roztworze kwasu karbolowego zmaczane. Po wycięciu skóry na przestrzeni dosyć znacznej opatrzyłem ranę roztworem kw. karbolowego. Wycięcia dokonałem na 10 dzień po okazaniu się wrzodu, zabliznienie nastąpiło mniej więcej w 14 dni (w końcu Lutego) blizna pozostała zupełnie miękką. W 2 miesiące po zabliznieniu owrzodzenia, a więc pod koniec Kwietnia wybuchła ogólna choroba przymiotowa, pod postacią wysypki różyczkowej

i guziczkowej na całym ciele. Po 24 wcieraniach pół-drachmowych z maści szarej, wysypka zupełnie znikła. Na początku jednakże Lipca tegoż roku owrzodzenia w gardle skłoniły mnie do powtórzenia wcierań, których chory użył przeszło 20. Pod koniec roku 1878 wystąpiły bóle głowy natury przymiotowej, wreszcie na początku Kwietnia r. b. porażenie obu kończyn dolnych, niemożność oddawania moczu, słowem objawy bardzo groźne. Pomijam dalszy przebieg tego przypadku, mam bowiem zamiar użytkować go w innej pracy.

Spostrzeżenie II. A. P. lat 28 liczący przedstawił mi się po raz pierwszy na początku Maja r. b. Przy obejrzeniu części płciowych spostrzegłem dwa łepięże spiczaste, wielkości łebka od szpilki, na wewnętrznym listku napletka w bliskości wędzidełka. Żadnego owrzodzenia lub chociażby najmniejszego obtarcia nie było. Po wypaleniu łepięży *arg. nitric. in subst.* powstały po 2 dniach dwie małe ranki, które przy użyciu roztworu kwasu karbolowego po 4 dniach się zablizniły. Pod koniec jednakże zabliznienia się tych dwóch ranek wystąpiła trzecia, wielkości łebka od szpilki, w bliskości ranek po wypaleniu powstałych. Chory zapewniał mnie że od 8 dni niespółkował.

Ranka ta zupełnie powierzchowna, bez podminiowanych brzegów, z dnem czystym robiła raczej wrażenia powierzchownego starcia nabłonka, aniżeli szankra.

Skoro po 6 dniach, gdy przed kilku dniami ranki po wypaleniu łepięży powstałe zupełnie się zablizniły, owrzodzenie to nieprzedstawiało najmniejszej skłonności do zabliznienia się, przy opatrunku słabym roztworem *argenti nitrici* (gr. 2 na 1 unc.) nadto gdy chory podejrzewał że kobieta z którą odbył ostatni raz spółkowanie nie była zupełnie zdrową, wyciąłem całe to owrzodzenie nożyczkami dosyć głęboko, przy zachowaniu ostrożności poprzednio opisanych.

Ranka powstała po wycięciu w 6 dni zupełnie się zablizniła. Dodać tu jestem zmuszony że ani ranka pierwotna, ani blizna po zagojeniu wyciętej ranki powstała nieprzedstawiała żadnej różnicy w twardości od tkanki zdrowej. Gruczoly pachwinowe były zupełnie nietknięte. Wycinałem ranę nie z przekonaniem pewnym, że mam do czynienia z pierwotnym owrzodzeniem przymiotowym, ale raczej wskutek tego że podejrzaniem było spółkowanie i że trudność w zabliznianiu istotnie rzucała pewne podejrzenie na naturę choroby. Wyciąłem więc ranę podejrzanej natury 14 dnia po ostatnim podejrzanym spółkowaniu. Dopiero w 3 miesiące potem wystąpiła obfita wysypka różyczkowa (*roseola*) i zajęcie gardła.

Spostrzeżenie III. A. S. przedstawił mi się po raz pierwszy w r. 1878 w połowie Marca z owrzodzeniem, które przedstawiało wszelkie cechy tak zwanego szankra miękkiego: było ono umieszczone na wewnętrznym listku napletka niedaleko od rowka żołędziowego, brzegi były podminiowane, dno pokryte obfitym rozpadającym się nalotem. Owrzodzenie to rozwinęło się na 3-ci dzień po spółkowaniu. Pomimo roztworu kwasu karbolowego i proszku jodoformu owrzodzenie to powiększało się mianowicie, drążąc włąb i przy badaniu można było stwierdzić występujące nieznaczne stwardnienie. Tak więc cechy wrzodu zmieniały się, a owrzodzenie przyjmowało charakter tak zwanego szankra twardego. Gruczoly pachwinowe były zupełnie nietknięte. Dokonałem wycięcia 1 Kwietnia a więc 16 dnia po ostatnim spółkowaniu.

Zabliznienie nastąpiło dopiero we dwa tygodnie, zatem w połowie Kwietnia z powodu że rana po wycięciu powstała była dosyć znaczna. Blizna była zupełnie miękka.

We 3 1/2 miesiące po zabliźnieniu rany wystąpiła obfita wysypka guziczkowa i łuszczyca dłoni (*psoriasis palmaris*).

Spostrzeżenie IV. W. B. zgłosił się do mnie w połowie miesiąca Marca r. b. z szankrem na brzegu napletka umieszczonym, który przedstawiał wszelkie cechy szankra twardego. Wedle opowiadania chorego, szankier ten trwał już przeszło 3 tygodnie, rozwinął się zaś w 10 dni po spółkowaniu, tak że licząc od chwili zarażenia się, pierwotne stwardnienie przymiotowe już istniało przeszło miesiąc. Gruczoły pachwinowe bardzo nieznacznie obrzmiały i w pachwinie prawej lekko bolesne. Chory domagał się, wiedząc że ma szankra twardego i słysząc że wycinanie szankrów twardych ma zapobiegać jakoby stanowczo wybuchowi ogólnej choroby przymiotowej, o wycięciu owrzodzenia będącego na jego napletku. Zgodziłem się, chociaż niechętnie z powodu, że istniało już obrzmienie gruczołów pachwinowych. Wycięcia dokonałem sposobem zwykłym, zabliźnienie nastąpiło dopiero we 3 tygodnie później, blizna po zagojeniu rany powstała była nieco twardą w dotknięciu. W 3 tygodnie po zabliźnieniu rany, przy objawach dosyć znacznej gorączki, mocnych bólach głowy, nastąpił wybuch różyczki nadzwyczaj obficie rozrzuconej po całym ciele.

Spostrzeżenie V. F. Z. w pięć dni po ostatnim spółkowaniu zauważył owrzodzenie na brzegu napletka, które rozpoznałem jako zwykłe owrzodzenie szankrowe. Było to na początku Stycznia b. r. Owrzodzenie to przy opatrunku roztworem kwasu karbolowego i jodoformu powiększało się, zaczęło twardnieć i w drugiej połowie miesiąca Stycznia można było stanowczo orzec, że mamy do czynienia z pierwotnym stwardnieniem przymiotowym. Gruczoły pachwinowe były wcale nieobrzmięte. Tak więc owrzodzenie trwało, licząc od chwili wystąpienia aż do chwili wycięcia, które wykonałem w dniu 20 Stycznia, około 16—18 dni.

Rana po wycięciu powstała zabliźniła się bardzo szybko, bo gojenie trwało zaledwie 7 dni. Choroba przymiotowa wybuchła dopiero w 4 miesiące po zabliźnieniu się rany, a więc w końcu Maja b. r. dosyć łagodnie, pod postacią niezbyt obfitej różyczki (*roscola*) i obrzmienia gruczołów chłonnych.

Z tych 5 własnych spostrzeżeń okazuje się, że pomimo iż wycięcie pierwotnego stwardnienia przymiotowego następowało bardzo szybko po okazaniu się owrzodzenia, bo na 10, 6, 16, 18 dzień, a tylko w przypadku IV, po 4 tygodniach, we wszystkich jednakże przypadkach nastąpił wybuch ogólnej choroby przymiotowej.

Pomimo że we wszystkich prawie przypadkach (z wyjątkiem przyp. IV) dokonałem wycięcia bardzo wczesnie, bo gruczoły chłonne jeszcze były niezajęte, prawie we wszystkich przypadkach stwardnienie jako cecha szankra twardego było tak nieznaczne, a w niektórych nawet przypadkach raczej tylko z zewnątrz z niego wyglądu można było przypuszczać, że ma się do czynienia z pierwotnym stwardnieniem przymiotowym, jednakże wybuch ogólnej choroby przymiotowej nastąpił.

Z przytoczenia spostrzeżeń wielu autorów okazało się, że w tych przypadkach gdzie po wycięciu szankra twardego, po zagojeniu rany, blizna była miękka, tam nie nastąpił wybuch ogólnej choroby przymiotowej. Otóż we wszystkich moich przypadkach, z wyjątkiem przypadku IV-go, pomimo że zabliźnienie rany po wycięciu powstałej, następowało dosyć

szybko, bo w przeciągu 6—14 dni i pomimo że w tych przypadkach bliźna po zagojeniu powstała, była zupełnie miękką, wybuch ogólnej choroby przymiotowej nastąpił.

Autorowie przemawiający za wycinaniem szankrów twardych utrzymują, że jeżeli nawet wycięcie pierwotnego stwardnienia przymiotowego nieuchroni od wybuchu ogólnej choroby przymiotowej, to przynajmniej czyni ją łagodniejszą.

Ta uwaga, zdaniem mojem zawczasie wypowiedzianą została, bo kilka lub nawet kilkunasto-miesięczne spostrzeżenie przebiegu w danym przypadku choroby przymiotowej, nieupoważnia do wypowiedzenia zdania, że przebieg jest łagodny, bo niemożemy stanowczo orzec czy w przyszłości niebędzie złośliwym.

W naszych dwóch przypadkach (Spostrzeżenie I i III) możemy śmiało powiedzieć, że po wycięciu szankra twardego, przebieg był złośliwy; w 1 bowiem przypadku wystąpiły, pomimo racjonalnej i energicznej kuraacji, objawy groźne ze strony układu nerwowego, w 2-im zaś przypadku odrazu przyszło do wybuchu wysypki guziczkowej i łuszczycy na dłoni, które to wysypki uważać zawsze musimy względnie za złośliwe w stosunku do innych przypadków, gdzie nastąpił tylko wybuch różyczki.

Jedną istotną zauważyliśmy zmianę w przebiegu choroby po wycięciu szankra twardego wybuchającej, a mianowicie, że ogólne objawy choroby przymiotowej występują nie co później niż przy zwykłym przebiegu pierwotnego stwardnienia przymiotowego. Różnica jednakże nie jest tak wielką, gdy weźmiemy pod uwagę, że przez wycięcie znacznie przyspieszamy zablźnienie się wrzodu

Prócz pięciu własnych spostrzeżeń miałem sposobność spostrzegania jeszcze pięciu innych przypadków chorobowych, będących początkowo w leczeniu innych kolegów, w których albo dokonano wycięcia szankra twardego albo proponowanym było tylko wycięcie, lecz chorzy na nie zgodzić się nie chcieli.

Ponieważ spostrzeżenia te nasuwają bardzo ważne uwagi, w możliwym więc streszczeniu je tu podaję.

Przypadek pierwszy odnosi się do chorego, u którego prof. K. rozpoznał szankra twardego, umieszczonego w rowku żołądźwiowym i proponował wycięcie tego pierwotnego stwardnienia przymiotowego, lecz chory zgodzić się niechciał. Po zbadaniu przeźnennie chorego, doszedłem do przekonania stanowczego, że mam do czynienia ze zwykłym owrzodzeniem szankrowem, które istotnie nieco było twarde w ujęciu, lecz wszelkie inne cechy przemawiały za t. z. szankrem miękkim. Zalecony jodoform do opatrunku po 2 tygodniach sprowadził zupełne zablźnienie. Po rocznem spostrzeganiu żadnych objawów ogólnej choroby przymiotowej nieodrzedłem.

Drugi przypadek odnosi się do chorego, u którego kol. B. rozpoznał szankra twardego umieszczonego w rowku żołądźwiowym; chory na proponowane wycięcie zgodzić się niechciał. Przy badaniu chorego istotnie znalazłem dwa owrzodzenia szankrowe w rowku żołądźwiowym, których dno w ujęciu było dosyć twarde, lecz owrzodzenia te przedstawiały charakterystyczne cechy szankrów miękkich łagadenicznych. Przy opatrunku jodoformem owrzodzenia te w przeciągu 3 $\frac{1}{2}$  tygodnia zablźniły się zupełnie.

Po 6 miesiącach nie było żadnych objawów ogólnej choroby przymiotowej. Nadto dodaje że chory przed kilku laty był już dotknięty chorobą przymiotową.

Trzeci przypadek odnosi się do chorego u którego kol. S. rozpoznał szankra twardego, umieszczonego na napletku i takowego szankra wyciął całkowicie nożyczkami. Rana w krótkim przeciągu czasu zablizniła się. Chorego po raz pierwszy widziałem w 4 miesiące po zabliznieniu się rany; chory opowiedział mi szczegóły, które dopiero co przytoczyłem, nadto dodał, że kol. S. przed miesiącem, a więc w 3 miesiące po zabliznieniu rany, badając go nie znalazł żadnych objawów ogólnej choroby przymiotowej i upewnił, że chory uniknął już całkowicie wybuchu ogólnej choroby przymiotowej, a to dzięki wycięciu szankra twardego. Chory przy badaniu, przedstawiał na skórze piersi i brzucha obfitą wysypkę różyczkową i łepieże płaskie na migdałach. Dodać tu muszę, że chory upewniony że jest zdrow, spółkując z żoną, udzielił jej choroby przymiotowej.

Czwarty przypadek również dotyczy się chorego kol. S. u którego także wycięto szankra twardego, lecz w bliskości rowka żołądźwiowego umieszczonego i po dwumiesięcznym spostrzeganiu kol. S. zapewnił chorego, że nie potrzebuje się obawiać wybuchu ogólnej choroby przymiotowej. W 10 dni po tem widziałem chorego i stwierdziłem istnienie ogólnej choroby przymiotowej, przedstawiającej się w postaci różyczki i nieznacznego obrzęku gruczołów chłonnych.

Nakoniec przypadek piąty dotyczy się chorego, u którego prof. AUSPRITZ z Wiednia, głośny propagator wycinania szankrów twardech, rozpoznał szankra twardego pomieszczonego w rowku żołądźwiowym i po dwutygodniowym spostrzeganiu chorego, zaproponował mu wycięcie tego pierwotnego stwardnienia przymiotowego. Chory udał się do prof. SIGMUND<sup>2</sup>, który odradzał wycinanie i zalecił tylko miejscowe leczenie tego owrzdodzenia. Spostrzegałem chorego już w 10 dni po zagojeniu się wrzodu i do dziś dnia t. j. blisko w 9 miesięcy po zabliznieniu się owrzdodzenia, śladów ogólnej choroby przymiotowej nie spostrzegam. Dodać muszę, że chory przed 7 laty był dotknięty chorobą przymiotową i po kilkakroć przechodził leczenie rtęciowe.

Pominałem wszelkie szczegóły odnoszące się do przytoczonych dopiero co spostrzeżeń, raz dlatego, że niedosyć dokładnie pamiętali je chorzy, a powtóre i dlatego, że przede wszystkim szło mi o wykazanie z jaką ostrożnością należy wypowiadać zdanie swoje w tak ważnej kwestyi.

W przypadkach I, II i V gdzie mieliśmy do czynienia z szankrami miękkimi, po wycięciu ich, gdyby na takowe zgodzili się chorzy, nigdy niedoczekalibyśmy się wybuchu ogólnej choroby przymiotowej. W przypadkach III i IV po dokonaniem wycięciu, zbyt krótko chorzy byli spostrzegani i dlatego pomimo upewnienia lekarza, nastąpił wybuch ogólnej choroby przymiotowej.

Przypadki te pouczają nas, jak często trudno jest nawet tak poważnemu specyjaliście jak prof. AUSPRITZ, rozpoznać pierwotne stwardnienie przymiotowe, gdy to nieprzedstawia się w swej typowej postaci.

Niewątpliwie, gdyby w przypadkach I, II i V dokonaniem zostało wycięcie owrzdodzenia, to przypadki te figurowały by w opisach jako przykłady w których po wycięciu szankra twardego, nienastąpił wybuch ogólnej choroby przymiotowej; zarówno też i przypadki III i IV w tej samej kategorii byłyby pomieszczone.

## WYKŁADY KLINICZNE.

Charakter i znaczenie zapalenia stawów grzybowatego (*Arthritis fungosa*).

Streścił z odczytu VOLKMANN'A <sup>1)</sup> Wł. Matlakowski ordynator klin. chir.

Bezustanny przyrost wiedzy i rozwój pojęć, tak widoczny w pewnych kierunkach (np. opatrunki ran), nie pozostał bez wpływu na dawniejsze nasze poglądy o istocie zapalenia stawów grzybowatego. Głównym powodem małego ruchu pojęć w tym przedmiocie był w części brak, w części nieodpowiedniość materijału. Badania nasze prowadziliśmy na odjętych kończynach, na spuszczonej stawach, lub na osobnikach zmarłych po długoletniem cierpieniu z gruźlicy, z przeistoczenia mączkowego lub ogólnego wyniszczenia. Rzadkie wypitowania dotyczyły przeważnie całkowicie zropiałych i zniszczonych stawów. Wynik badania takich części był zawsze jednakowy: zamiast prawidłowej ścianki stawowej znajdowano grubą, galaretowatą, słoninowatą, czyli t. z. „grzybowatą” warstwę granulacyjną, otoczoną znowu potężnymi pokładami obrzękłej, włóknistej, galaretowatej tkaniny, która zastępowała miejsce wszystkich prawidłowych składników naokoło stawu, a tu i owdzie dochodziła pod samą skórę. Wśród ogólnego zniszczenia znajdowano chrząstki albo powiększej części całemi, albo też uderzająco mało zmienionemi. Nic więc dziwnego że tego rodzaju dane prowadziły do następującego wniosku: cierpienie jest sprawą rozlaną, biorącą początek w błonie maziowej.

Tam nawet, gdzie chrząstki były zniszczone do szczeru, gdzie nawet nasady stawowe (*epiphyses*) podległy grubym zmianom, tłumaczono sobie, że są to następstwa zmian błony maziowej, że chrząstki kąpiąc się w zmienionej mazi stawowej, nasiąkały nią i rozpadały się, lub że tkanka ziarninowa powoli od brzegu wrastała i toczyła chrząstkę i kość samą. Dodajmy do tego działania bezustannego nacisku powierzchni stawowych na siebie, na który słusznie zwrócili uwagę BUSCH i VOLKMANN. W podobny sposób zachowuje się rogówka przy zapaleniach spojówki; nie będąc zdolną do zapaleń postaci nieżytowej i wysiękowej, ulega sprawie miąższowej, niszczącej. Ztąd też VOLKMANN i HUETER nadali niektórym postaciom zapalenia stawów nazwę *Synovitis et chondritis pannosa*. Panujące też pojęcia o naturze innych zapaleń stawów nie stawały w sprzeczności z powyższym poglądem. Oddawna znane były stosunki przyczynowe zapalenia grzybowatego do zołzów (*Scrophulosis*) i gruźlicy (*Tuberculosis*). Aczkolwiek nie przypuszczano jeszcze oddzielnego jadu (*virus*) lub osobnej materji zakaźającej, co dopiero wykazały nowoczesne doświadczenia na zwierzętach o szczepieniu gruźlicy; wszelako miano zawsze na myśli jakąś ostrość, jakieś zanieczyszczenie, jakąś osobną skazę (*krasis*) krwi, a właśnie doświadczenie kliniczne uczyło, że prawie wszystkie choroby zakaźne wywołują niekiedy zapalenia stawów rozlane, wychodzące z błony maziowej. (*Pyæmia*, *Febris puerperalis*, *Exanthemata acuta*, *Typhus*, *Syphilis* w pierwszym ostrym okresie, *Dysenteria*, *Maliasmus*, a prawdopodobnie i *Rheumatismus articuloꝝ acutus*).

Zresztą w pewnych rzadszych przypadkach przyjmowano wyjście sprawy pierwotnie z kości; lecz również miało to być rozlane zapalenie szpiku kostnego nasad stawowych. Znajdywano całe nasady rozmiękczone i zaczerwienione, a zamiast szpiku tkankę ziarninową. Widocz-

<sup>1)</sup> Ueber den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündungen von Richarda VOLKMANN, Sammlung klinischer Vorträge Nr. 168 i 169.

nie zatem i tu sprawa rozlana rozpoczynała się jako *Osteomyelitis chronica, granulosa*, skutkiem której chrząstka podminowana wyrastającymi z nasady ziarninami, przedziurawiona przez nie jak sito, odpadała i niszczała.

Atoli ładne te uogólnienia niedotarły do istoty sprawy, a w części fałszywie rzecz przedstawiały; owo rozlane bowiem sprawy, czyto w torebce stawowej, czy w kości, mają prawie zawsze znaczenie drugorzędne, bo są tylko w części następstwem zakażenia (*Infectio*), w części zaś wyrazem zapalenia odczynnego, naprawiającego (*Inflammatio reactiva, reparativa*).

W przeważnej większości przypadków zapalenie grzybowate rozpoczyna się jako sprawa czysto ogniskowa, ograniczona do pewnego punktu, a dopiero wchłonięcie do stawu wytworów chorobnych w owych ogniskach powstałych i rozplywających się, wywołuje owe rozlane zapalenie bł. maziowej i kości, jakie tak często znajdujemy w klasycznych przypadkach sprawy o której mowa.

Owe ogniska pierwotne, wielkości wiśni lub orzecha znajdują się zawsze w kości, niekiedy dość daleko od chrząstki stawowej w nasadzie lub czasami aż w trzonie (*Diaphysis*) i noszą charakter wybitnie żółzowaty, serowaty lub gruzliczy. A zatem zapalenie grzybowate stawów rozpoczyna się zwykle, a u dzieci chyba bez wyjątku, nie jako cierpienie stawu, lecz jako choroba kości (*Osteitis et osteomyelitis*), a czysto już od przypadku zależy, czy sprawa przedjdzie na staw sąsiedni, czy też wytwory chorobne zrobią sobie ujście mimo stawu. Z tego wynika także, iż możebnem jest otorbienie, zaciągnięcie się (*Schrumpfung*) lub wessanie takich ognisk w kości.

Nim atoli to tego dojdzie, nim uwidoczni się zapalenie stawu, oddawna już, może całe lata tkwi skrycie w kości ognisko, nie sprawiając żadnej dolegliwości, nie wywołując żadnego objawu. Jestto *stadium prodromorum* dawnych pisarzy. Sprawa widocznie chyli się już ku końcowi, kiedy chory zaczyna się skarżyć na ból, kiedy chroma lub oszczędza rękę. Częstokroć jednak niebrak pewnych nieznacznych zaburzeń; właściwe atoli zapalenie jeszcze się nie rozpoczęło, jad gruzliczy jeszcze do stawu się nie przedostał, a tylko przyływ do chorej nasady (*Epiphysis*) pociągnął za sobą przyływ do błony maziowej, do okostni, do części miękkich około stawu. Ztąd skóra nieco obrzękła (*Pastositus*); torebka stawowa bardziej naprężona; maź (*Synovia*) obfitsza i mętniejsza od ciałek chłonnych (limfoidalnych). Czasami nawet dochodzi rzecz cała do częściowego lub całkowitego zarośnięcia (*obliteratio*) stawu. Pamiętajmy jednak, że dotąd jeszcze się właściwe grzybowate zapalenie stawu nie rozpoczęło. Zmiany tylko co opisane mają jednak doniosłe znaczenie na dalszy przebieg choroby. Oczywiście bowiem jest rzeczą, że kiedy ostatecznie przyjdzie do wylania się wytworów z owych ognisk w kości do stawu, takowe znajdują jamę stawową zmniejszoną lub zarośniętą, co oczywiście zmniejsza ciężkie następstwa z zajęcia stawu wynikające. Z drugiej strony nadmienić wypada, że błona maziowa tem słabiej oddziałuje na różne bodźce zapalne, na stykające się z nią wytwory zakażające lub jadowite, im jest bardziej zgrubiała, plastycznie naciekła, im więcej posiada nowych naczyń, im podobniejszą jest do tkanki ziarninowej. Znaną powszechnie jest siła ochraniająca ziarniny. Tkanka granulacyjna wchłania z trudnością, a zatem nieprzepuszcza tworów zakażających.

Nadmieniliśmy już wyżej, że owe pierwotne ogniska w kości są ma-

Je, że nietylko znajdują się pod chrząstką, lecz także w pewnej od niej odległości, a czasami nawet aż za chrząstką oddzielającą nasadę od trzonu (*Fugenknorpel*). Nam co prawda wtedy dopiero udaje się je widzieć, skoro już istnieje ich bardzo wiele młodszych i starszych, skoro te ostatnie zdolały już zakazić i zniszczyć staw t. j. wtedy, skoro już zmuszą chorego do szukania pomocy chirurgicznej. W tym okresie na przepitowanej substancji gąbczastej kości widzimy plamki wyraźnie odgraniczone, żółtawe lub żółte, odznaczające się swoją suchością, niedokrwiistością, podobieństwem do suchawego sera. Przyjrząwszy się bliżej, częstokroć nawet gołym okiem, można odkryć w najbliższym sąsiedztwie owych żółtych ognisk malutkie szare guziczki wielkości prosa, które są rzeczywistymi gruzelkami. Niekiedy całe ognisko serowate otoczone jest delikatną bladą szarą lub bladą sinawą obwódką galaretowatą, w której drobnowidz odkrywa niezliczone zlewające się ze sobą guziczki. Najmniejszej wątpliwości nie ulega, że guziczki te są prawdziwymi gruzelkami. W samej rzeczy są to okrągławe twory, posiadające bogatą siateczkę (*reticulum*), zawierające w środku komórki olbrzymie naokoło nich komórki nabłonkowe (*epitelioidalne* t. j. podobne do nabłonkowych), a wreszcie na obwodzie otoczone ciąkami chłonnymi. Guziczki te nie posiadają zupełnie naczyń i szybko ulegają zserowaceni. Jak widzimy zatem rozbierana sprawa chorobna jest prawdziwą, niewątpliwą gruźlicą kości. W znacznej większości przypadków udaje się wysledzić powstawanie ognisk serowatych z owych małych prosówkowych guziczek; mówimy w większości przypadków, ale niezawsze, i dlatego też rodzi się pytanie, ażali podobnie jak w płucach tak i tu mamy proste zapalenie kości serowate, (*osteitis caseosa phthisis ossium*), i właściwą gruźlicę (*tuberculosis ossium*). VOLKMANN nie może tego stanowczo rozstrzygnąć, skłonny jest jednak uważać wszystkie ogniska serowate w kości przy zapaleniu grzybowatym za powstałe z guziczek gruzelkowych serowatych; chociaż z drugiej strony przy długotrwałym zakaźnym zapaleniu kości i szpiku (*osteomyelitis*) nierzadko spotykamy zserowaciałe masy szpiku i mocno zgęstniałą ropę, które nie mają nic wspólnego z gruźlicą.

W większości przypadków znajduje się jedno jedyne takie ognisko chorobne; w innych razach jest ich kilka; daleko rzadziej od razu powstają w obu nasadach danego stawu, np. w szyjce udowej i w panewce. Są to pierwotne mnogie ogniska, w przeciwstawieniu do ognisk wtórnych, o których będzie mowa niżej. Ogniska serowate posiadają swoje ulubione miejsca; do takich należą: wyrostek łokciowy (*Olecranon*), oba kłykiec ramienia, k. piętowa, kłykiec wewnętrzny uda, szyjka udowa, rzadziej główka lub panewka.

Czasami, na szczęście nadzwyczaj rzadko, spotykamy rozlany serowaty nasięk (*infiltratio caseosa*) szpiku, rozciągający się po całej nasadzie. W takich razach wypada zamiast rozpoczętego wypilowania (*resectio*) odjąć kończynę (*amputatio*).

Niebezpieczeństwo rozpoczyna się z chwilą rozmiękczenia masy serowatej i wywołanego przez nie ropienia odczynnego i odgraniczającego. Nie znamy bliższych warunków tego rozmiękczenia; wiemy tylko, iż ono następuje raz wcześniej, drugi raz później, niekiedy nawet zupełnie się nie pojawia. Liczne wypilowania przedsiębrane w celach ortopedycznych przekonały VOLKMANN'A, iż ogniska serowate mogą spoczywać w nasadach po 15—17 lat bez żadnych objawów, nie przechodząc w rozmiękczenie i to takie ogniska, o których gruźliczej naturze nie mogło być najmniejszej wątpliwości, sądząc z badań histologicznych wypilowanych części. Sprawa od-



czynna ograniczała się do lekkiego stwardnienia i zgęszczenia (*induratio et sclerosis*) tkanki w najbliższem otoczeniu ogniska.

Wrazie gdy rzecz doszła do rozmiękczenia, powstaje mała jamka w kości (*caverna*) napełniona twarogowatą rozpadową tkanką granulacyjną, zserowaciałą ropą, lub masą gęstą, podobną do masła lub kitu szklarskiego, otoczona cienką warstwą szpiku serowato nasiąkniętego, zawierającego liczne gruzelki, albo osobną błoną ropniową (*membrana pyogenea*) składającą się prawie z samych gruzelków prosowatych; daleko zaś częściej zwłaszcza u dzieci, całe ognisko serowate obumiera, skutkiem czego powstaje martwak (*sequestrum*). Odpowiednio do rozmiarów samego ogniska martwaki takie bywają wielkości wiśni lub orzecha; są one okrągławe, jakby wypolerowane, częściej nierówne, podobno do owocu morwy, barwy blado-żółtej, lub kredowej. Śladają się one z substancji gąbczastej, której kanaliki napełnione są masą serowatą lub podobną do kitu, zaskłaniającą zupełnie budowę kości do tego stopnia, że z pierwszego rzutu oka możnaby sądzić, iż się ma przed sobą zwapniałe gruczolę oskrzelowe, lub inne jakie konkrementa. Martwaki te zazwyczaj spoczywają w kości, otoczone grubą warstwą zserowaciałej tkanki ziarninowej blado-szarej, przeswiecającej lub żółto nakrapianej, która bez wyjątku zawiera gruzelki prosowate dostrzegalne gołym okiem, a nawet prawie wyłącznie z nich się składa. Ropa rzadko kiedy otacza je w większej ilości; owszem daleko częściej tkwią one wśród wyschłej i serowatej masy ziarninowej, wśród której trudno je odnaleźć, niekiedy tak mocno, że przy wydobywaniu ich uciec się trzeba do podważenia *elevatorium* lub ostrą łyżeczką. Godnem jest uwagi, iż gruzelki znajdują się tylko w warstwach otaczających owe jamki lub powyższe martwaki; reszta zaś nasady zupełnie od nich jest wolną. Spotyka się to w całym szeregu przypadków tak, że w końcu przychodzi się do przekonania, że gruzelki te zostały wywołane zetknięciem się zdrowej tkanki z ogniskami serowatemi, czyli że tu zachodzi prawdziwe zakażenie (*infectio*).

Tu zatem poraz pierwszy spotykamy fakt, który ma nadzwyczajną doniosłość dla całej historii zapalenia grzybowatego i dla próchnienia takiegoż charakteru (*Caries fungosa*). Wszędzie gdzie tylko zetknie się zdrowa tkanka z rozmiękłemi massami serowatemi i z ropą zawierającą jad gruzliczy, tam wszędzie powstają gruzelki prosowate; a zatem: w ziarninie szpiku kostnego otaczającej mały martwak, w ścianie ropni, powstających podokostniach między mięśniami, w bł. maziowej i jej wypukleniach i torebkach maziowych, jak również w ściankach przetok (*istulae*), przez które wydzielają się produkta chorobne z ognisk w kości, z ropni opadowych (*Abcessus per congestionem*) i z worków maziowych. Tym sposobem powstają nowe gruzelki, które znowu serowaciejąc i rozpadając się, dostarczają nowego materiału do zakażenia, nowych mas do szczepienia. One to są jedyną przyczyną dla czego tak łatwo powstaje rozpad tkanki i owrzodzenia, dla czego wyrastają złe i bujne granulacje, dla czego tak trudno goją się przetoki i ropnie, a wreszcie dla czego tak snadnie cierpienie powraca po pozorownem wyleczeniu.

Czy produkta rozmiękczenia ognisk pierwotnych i zakażona przez nie ropa, powstała skutkiem zapalenia odczynnego i odgraniczającego, ostatecznie wyleją się do stawu czy nie, zależy to do pewnego stopnia od ich

położenia. Najpomysłniejsze warunki przedstawiają ogniska leżące zdaleka od stawu, pod samą okostnią, skutkiem czego ropa wcześniej może utorować sobie drogę nazewnątrz; np. tak bywa w wyrostku łokciowym (*olecranon*). Naodwrot: im bliżej znajdują się chrząstki stawowej i przyczepu więzadła torebkowego, tem łatwiej następuje zakażenie stawu. Lecz nawet i przy ogniskach środkowych, głęboko w nasadzie położonych, zdarza się, że produkta rozmiękczenia torują sobie drogę nie do stawu a nazewnątrz. Stanowi to bardzo pomyślny wypadek dla chorego; a rozumie się wlewa otuchę w lekarza, który usuwając i niszcząc owe ogniska serowate, ratuje staw i życie chorego. Z drugiej strony na łatwe lub trudne wciągnięcie stawu do sprawy chorej wpływają także stosunki anatomiczne. Im głębiej koniec stawowy tkwi w worku maziowym (*capsula synovialis*), jak np. w stawie biodrowym, gdzie nawet szyjka wystaje do jamy stawowej, tem większe niebezpieczeństwo grozi stawowi; gdy tymczasem w stawach w których torebka stawowa przyczepia się tuż obok chrząstki (np. piszczel) produkta chorobne łatwiej mogą sobie utworzyć ujście na zewnątrz. VOLKMANN widział dwa przypadki, w których ognisko serowate tkwiło aż w główce kości udowej, a mimo to udało mu się wybić dziurę w szyjce przez krętarz, nie otwierając stawu, wydstać z jamy martwaki, wyskrobać łyżeczką masy serowate i otrzymać zupełne wyleczenie z zachowaniem czynności stawu.

Na nieszczęście ogniska serowate rzadko kiedy otwierają się na zewnątrz, nie do stawu. Przewlekła gruźlica kości przeważnie zajmuje końce kości cewkowatych, tuż koło samego stawu, podobnie jak gruźlica płuc powstaje w szczytach. U młodych zresztą dzieci częstokroć można spotkać sprawę, o której mowa, w trzonie, najczęściej na palcach, w kościach śródstopowych i dłoniowych, czasami w kości łokciowej, piszczeli i udzie.

Komuż nieznane są owe charakterystyczne zgrubienia kości zwane *spina ventosa*? I w nich VOLKMANN stale znajdował ogniska serowate lub rozpadające się gruzelki. Wiadomo powszechnie jak często podobne zgrubienia znikają, nie zostawiając po sobie żadnych zaburzeń; wiadomem jest, że niekażde takie dziecko umiera z gruźlicy; owszem że częstokroć następuje wyleczenie przez otworzenie się ogniska nazewnątrz lub bez takowego.

Nadmieniliśmy powyżej, że zapalenie grzybowate stawu następuje od chwili, gdy swoiste produkta ognisk serowatych przedostaną się do jamy stawowej. Jest to zatem sprawa wtórna, następowa, pierwotnem było przewlekłe zapalenie tkanki kostnej. Zachodzi tu zatem to samo, co widzimy po zaszczepieniu ropy gruźliczej lub cząsteczki gruczolu żółtego w jamie brzusznej, w komorze przedniej oka, lub w tkance podskórnej, po którym w 3—4 tygodni następuje wybuch gruzelków prosowatych, najprzód w najbliższem sąsiedztwie miejsca, w którym było zrobione szczepienie.

(d. c. n.)

## ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Zobacz Nr. 1, 2, 4, 7, 8, 17, 19, 23, 27—30, 33 i 39.)

Przedstawienie powyższe nosi wprawdzie na sobie piętno zbyt indywidualne, z powodu silnie namiętnej retoryki, może być jednakże uważa-

ne jako prawdziwy obraz stanowiska szkoły ówczesnej Wiedeńskiej. Medycyna nie powinna i nie może nie uznawać jak tylko logicznie sformułowane nauki przyrodnicze, działalność lekarza powinna być wynikiem ściśle badanych spraw patologicznych. DIETL występuje z zasady przeciwko rezygnacyi, która stworzyła pozytywnym francuzkiej anatomii patologicznej, jego naukowe samo poczucie uznaje tylko jedną skończoną, absolutnie pewną terapiją, opartą na patologii; ponieważ jednak patologia taka wówczas nie istniała, więc też i terapia istnieć nie mogła. Sztuka szukania po omacku, przez starą szkołę uprawiana, jej niepewność w sędzi i w ocenianiu, są dla niego tak niezadawalającemi i tajemniczeni, że woli się raczej bez żadnej terapii obejść i oddawać się nihilizmowi. Zresztą nie jest on wcale pesymistą, lecz przeciwnie, mając nieograniczone zaufanie do prawdziwej nauki, czuje się zadowolonym i pewnym; jeżeli nauka nie jest w możności dostarczenia racjonalnej terapii, to trzeba się bez niej obejść, wszak przyroda sama leczyć może; lekarz powinien tylko badać starannie. Jako patolog humoralny powraca on do tak zwanej *vis medicatrix*, jakkolwiek nie przedstawia jej sobie tak poetycznie-personifikująco, jak dawniejsi jego współwyznawcy. Przyznaje on, iż pierwszym wielkiem zadaniem badania terapeutycznego, powinno być docieczenie, jak daleko sięgać może siła uzdrawiająca przyrody (zdanie to dotychczas, pomimo szkoły Wiedeńskiej i nowszych badań niemieckich uczonych, nie jest jeszcze rozstrzygnięte), a jeżeli tylko przyroda dotrzyma tego, czego się od niej mamy prawo spodziewać, to w rzeczy samej kierunek ten terapeutyczny może wielkie korzyści dla cierpiącej ludzkości przynieść. Natomiast nie można mu przyznać racyi w wygłaszanych przez niego pojęciach o terapii przyszłości, w której jedynie zbawienia wyczekuje i bez której pomimo całego zaufania do sił przyrody, obejść się nie może. Już samo jego dążenie do zupełnie racjonalnej i pewnej terapii mającej być wynikiem patologii jest utopią, jakkolwiek pięknie brzmi takie dążenie do odległego idealnego celu. Takie jasne przeniknięcie wszystkich fizyopatologicznych momentów jest, jak w obecnej chwili, w wysokim stopniu nieprawdopodobne i musimy się ograniczyć, tak jak szkoła francuzka to uczyniła, na wyprowadzaniu ze zjawisk, które dobrze pojmujemy, pewnych prawdopodobnych wniosków używając wyników badań empirycznych w analogicznych przypadkach, jako punkt oparcia. Jeszcze bardziej spaczona są pojęcia DIETLA o zadaniu lekarza, ponieważ trzyma on się do przesady ontologicznego stanowiska, a przy leczeniu ma tylko na oku anatomię i chorobę, nie zaś chore indywiduum. Pod tym względem zgadza się on ze szkołą francuzką, która jakeśmy to wyżej widzieli, także na wyłącznie anatomicznie patologicznem stanowisku się wspierała, na stanowisku prowadzącem do takich np. wniosków: środek, który raz zapalenie płuc wyleczył, może być z pożądanym wynikiem, w każdym przypadku tej choroby zastosowany. DIETL zapomina przytem że choroba chorego, dotkniętego tylko co wymienionem cierpieniem na czem jeszcze polega, nie tylko na zmianach, które w płucach jego znajdujemy. Wprawdzie poglądy DIETLA stanowią już pewien postęp w obec stanowiska francuzkiego, gdyż anatomia patologiczna ROKITANSKY'EGO daleko wyżej stała od tejsz anatomii we Francyi, a nawet pod pewnym względem miała prawo nazywać się „fizyologiją patologiczną”. Widzieliśmy jednak powyżej, że dla ROKITANSKY'EGO nie miała części apriorycznych spekulatywnych rozumowań uchodziła za fakta fizyologiczne. Jakkolwiek ROKITANSKY uważał się stanowczo za badacza przyrody, jednakże nie zbliżył się on do prawdziwej na faktach opartej fizyologii, którą MAGENDIE i Joh. MÜLLER ugruntowali. Rozumny uczeń ROKITANSKY'EGO, nie zrobił znacznego pod

tym względem postępu, pomimo iż bardzo wiele o fizjologii mówił, gdyż byłby dostrzegł smutne następstwa, jakie z ontologii dla terapii wynikają i nie byłby tak niemiłosiernie wydrwiewał i wysmiewał indywidualizowanie w terapii. Ta konieczność indywidualizowania utrzymuje naszą działalność w bezustannym stosunku do sztuki i z geniuszem i nie może być pominiętą w nowszych badaniach przyrodniczo-fizjologicznych, a na przyszłość tem mniej może być pominiętą, im głębiej zatapiać się będziemy w rozpoznania wszystkich tak powikłanych i tak zmiennych zjawisk życiowych i ich przyczyn. Jednakże obawa że nasze intuicyjne życzenia, nie dadzą się na ścisłą i logiczną naukę zamienić, nie powinna nas powstrzymywać od ścisłych farmako-dynamicznych badań; powinna ona nas raczej uzbroić w rezygnacyją, nauczyć nas skromności i stać się bodźcem do bezustannych starań o przezwycięzenie olbrzymich trudności. Jeżeli określiłem dążenie DIETLA do absolutnej racjonalności w terapii jako utopią (zapatrując się na nie z dzisiejszego stanowiska), to jednak przyznać trzeba całe idealne uprawnienie tego żądania, które wskazuje nam drogę jaką w rzeczy samej cały rozwój cywilizacji postępował i nadal postępować będzie i jaka prowadzi od ciemności i mistycznego przeczcucia do pewności i do naukowej jasności. DIETL sam służyć nam może jako pocieszający przykład, jak krytyka i sceptyka niekoniecznie powstrzymują pozytywne terapeutyczne badania, skoro sam np. wykonywał ściśle doświadczenia nad farmako-dynamicznem zachowaniem się chininy. Zresztą nawet w jego wyłącznie krytycznych pracach, np. w stanowiących epokę poszukiwaniach nad upustem krwi w zapaleniu płuc, w których dzieło przez LOUIS'A rozpoczęte do końca doprowadza i całą dogmatykę puszczenia krwi na ziemię powala, znajdujemy wiele pozytywnych momentów niemałej wagi. Dążenia DIETLA w pozytywnie-terapeutycznym kierunku były zwrócone, zgodnie z duchem ówczesnej szkoły, do zamienienia lekarskiego leczenia na chirurgiczne, do uwydatnienia „zasady mechanicznej”, zwłaszcza przez wypróżnianie patologicznie nagromadzonych płynów. Idzie on tak daleko w tym kierunku i taką niezbitą okazuje konsekwencyją, że nawet przy wodogłowiu zastosować chce zasadę mechaniczną, a w swojej „klinice chorób mózgowych” z przekąsem wspomina, że znaleziono się w pewnej wątpliwości pod względem prawdziwego leczenia tej choroby. Zaprzeczyć się nie da iż wypróżnienie płynu z wodogłowia jest, ze stanowiska patologiczno-anatomicznego racjonalnem, okazało się jednakże dla chorych niekorzystnem, a z tego właśnie łatwo przekonać się możemy jak niebezpieczną jest rzeczą zbyt szybko logicznie terapią ze spraw patologicznych wyprowadzać i jak przedewszystkiem należy się empiryją kierować, a przynajmniej w każdym razie takowej nie lekceważyć.

pozytywna strona terapii DIETLA jest zatem dosyć podrzędnej wartości; przeważnie pociesza on się leczeniem przyrody i nadzieją na jakąś pewną, naukową terapią przyszłości. Negatywna, nihilistyczna tendencyja, która u DIETLA tak jaskrawo się przebija, występuje jeszcze wyraźniej na pierwszy plan u młodszego nieco adepta szkoły Wiedeńskiej, docenta Pragskiego Józefa HAMERNIK'A, który w działalności swojej terapeutycznej zrzeka się wszelkiej pozytywnej korzyści z leczenia i za godło swoje wystawia tezę: użytemi środkami leczniczymi chorym nie szkodzić. Niezaprzeczenie negatywne te wskazania mają swoje wielkie znaczenie i HAMERNIK położył pewne zasługi zwłaszcza w obec dawnej, zawsze energicznie występującej terapii. HAMERNIK powstaje przede wszystkim energicznie przeciwko puszczeniu krwi z powodu osłabiającego działania. Idzie on w tym kierunku jeszcze dalej aniżeli DIETL, który wykazał wprawdzie zgubne skutki jakie upust krwi na przebieg

choroby wywiera, ale o tyle okazał się sprawiedliwym i bezstronnym, iż przyznawał wielką ulgę, jaką środek ten w zapaleniu płuc sprowadza. HAMERNIK potępia bezwarunkowo puszczenie krwi w zapaleniu płuc i uważa je jako absolutnie szkodliwe i powiada, we wstępie do swojego, skądinąd wielce szacownego dzieła („Serce i jego ruchy”): „jestem przekonany, że upusty krwi i inne znane sposoby leczenia osłabiające są prawdziwym nieszczęściem medycyny, że pogorszają one tylko stan chorego i że praktyka lekarska, dopóki się nimi posługiwać będzie, coraz bardziej tracić będzie charakter humanitarnej nauki i stanie się plagą i nieszczęściem ludzkości”.

Niesłusznie by było, gdybyśmy twierdzili że klinika Pragska ograniczała się na negatywnem wskazaniu: nikomu nie szkodzić. Pomimo iż tendencje HAMERNIK'A, jak słuchacze jego zaświadczenia, były silnie nihilistyczno-fatalistycznymi, zdarzyło się z nim, tak jak to zwykle bywa w położeniach, które nas do działania zmuszają: najbardziej stanowczy sceptyk jest zmuszony do wybrania jakiejś barwy i największy terapeutyczny nihilista ma jakąś swoją „słabą (a może silną) stronę”, coś w co wierzy: jestto nieraz zabobon, przesąd, który z racjonalizmem nie wspólnego niema. Toteż i HAMERNIK miał swój przesąd, jak to z przedstawienia jego terapii przez ucznia jego SOLDIN'A się przekonywamy. Ze szczególnem upodobaniem zalecał on użycie rosolu i wody zimnej; olej kleszczowinowy uważał za bardzo energiczny środek i zamiast niego często używał enemy z wody zimnej. Na HAMERNIK'U jak i na innych terapeutycznych sceptykach owego czasu, widać znaczny wpływ hydroterapii która właśnie w owym czasie jako środek ludowy, ważną rolę zaczęła odgrywać i jako uniwersalny środek przeciwko wszystkim chorobom była uważana. HAMERNIK sam nie wydał nigdy szczegółowego opisu swoich poglądów na terapię; jeden z nakładców innego dzieła jego zapowiedział wprawdzie iż wkrótce wyda pracę jego p. t. „*Ueber den heutigen Standpunkt in der Therapie*” ale zdaje się, iż utwór ten nie ujrzał nigdy światła dziennego. Nie jest nieprawdopodobnem, że zbyt wyuzdano-radykalna treść tej pracy, stanęła na przeszkodzie do jej wydrukowania. Radykalizm bowiem HAMERNIK'A nie zmniejszał się, lecz raczej powiększał z wiekiem, a klinika jego przedstawiała prawdziwy terapeutyczny nihilizm, który w praktycznem zastosowaniu zajmował się wyłącznie tylko siłą leczniczą przyrody w znaczeniu DIETLA, znęcając się zresztą nad dawną terapią. Prawdopodobnie wystąpienie HAMERNIKA z uniwersytetu, które w parę lat później nastąpiło, jest w związku z coraz bardziej powiększającym się radykalizmem jego. Stał się ofiarą swojego wymarzonego radykalizmu, a WUNDERLICH słusznie przytacza HAMERNIK'A jako smutny przykład, do czego dojść może głowa uzdolniona ale pozbawiona wszelkiej dyscypliny. „Pomimo gruntownych wiadomości pod wieloma względami, pomimo bogatego doświadczenia, przy wielkiej technicznej wprawie i najsumienniejszem dążeniu do prawdy, przyczynił on się w ostatnich czasach więcej od kogokolwiek innego do wprowadzenia zamieszania w medycynie”.

(d. c. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Przyczynki do patogenii i etiologii krzywicy (rhaclitís) SERMANN** (w VIRCHOW'A *Archiv* 1879. Bd. 79) z długiego szeregu badania moczu zdrowych i krzywicą dotkniętych dzieci wykazuje, że a krzywicowych wydzielanie się wapna jest mniejszem aniżeli u zdrowych i że u tamtych dopiero podczas zdrowienia wydzielanie wapna z moczem znowu staje się większem. Dalsze badania zwykłych pokarmów jakich dzieci używają, a w szcze-

gólności rozbiory mleka matek dzieci krzywicowych wykazały, że we wszystkich pokarmach znajduje się daleko więcej wapna aniżeli go wogóle ustrój dziecka zużywa. Zatem nie można niedostatku soli wapiennych w kościach krzywicowych przypisywać zwiększonemu wydalaniu wapna z ustroju, a tem mniej aby ten niedostatek był wynikiem niedostatecznego dowozu tych soli w pokarmach jakie dziecko spożywa. BUNGE wykazał, że obfita zawartość soli potażowych w pożywieniu, spowodza niedostatek soli kuchennej we krwi, a ztąd stara się dowieść, że niedostatek soli wapiennych w kościach krzywicowych jest wynikiem swoistych zaburzeń w trawieniu, które zależą od niedostatecznego wytwarzania się kwasu solnego w żołądku. Ten niedostatek kw. solnego jest wynikiem ubóstwa krwi w chlorki, przyczyną którego jest zbyt obfity dowóz soli potażowych (jakie istnieją w obfitości w pokarmach roślinnych i mleku krowiem). Dalej autor stara się wykazać, że ubóstwo soli wapiennych należy uważać jako przyczynę zmian histologicznych w kościach i że to cierpienie kości stanowi samo przez się całą istotę krzywicy, wszystkie zaś inne, po największej części krzywicy towarzyszące objawy, jedynie tylko jako stany następowe uważać należy. Co się dotyczy leczenia, to autor widzi w soli kuchennej, czy to w postaci kąpieli czy też jako dodatku do pożywienia, pewny środek zapobiegający krzywicy, a nawet wystarczający do jej wyleczenia jeżeli tylko powikłania nie zasły zadaleko.

(Ref. w Berl. klin. Wchft. Nr. 41—1879).

**Pilocarpinum muriaticum u dzieci** zastosował WEISS (z Buda Pesztu „Pester med. chirurg. Presse” 1879. Nr. 2) w postaci wstrzykiwań podskórnych w 14 przypadkach. U dzieci mniej niż 4 lata życia mających używał autor 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu, u starszych nad lat 4,—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Nadto u chorych, u których z powodu długiego trwania choroby obawiał się wystąpienia, po zastrzyknięciu tego leku, nagłego upadku sił, dodawał autor do roztworu pilokarpiny 4—5 kropli eteru do jednej strzykawkii PRAVAZ'A. S. na podstawie swoich spostrzeżeń doszedł do następujących wniosków:

1) Pilokarpina jest bardzo pożytecznym lekiem u dzieci dotkniętych cierpieniem nerek przy płonicy (*nephritis scarlatinsosa*).

2) U dzieci można tego leku używać z początku tylko w małej zadawce, którą następnie według potrzeby można powiększyć.

3) U dzieci wycieczonych, u których należy się obawiać wystąpienia upadku sił po zastrzyknięciu pilokarpiny, jest bardzo stosownym dodatek kilku kropel eteru do roztworu pilokarpiny.

4) Zastosowanie pilokarpiny wywołuje tak obfite i tak długo trwające poty, jakich niedłwie przy użyciu żadnego innego leku napotnego wywołać nie można; działanie pilokarpiny jest przytem prędkie i pewne.

5) Rozległy niezbyt oskrzeli (*bronchitis*) wikłający puchlinę, który u dzieci wywołuje utrudnione oddechanie, a nawet niekiedy duszenie, znika w krótkim czasie po zastosowaniu pilokarpiny. (Ref. w Central. Ztg. J. Kinderheilk. Nr. 14—1879). J. R.

## List otwarty do Redaktora „Medycyny”.

Szanowny Redaktorze! w Nr. 36 MEDYCINY z r. b. pomieszczono sprawozdanie z pracy BIOT'A o wpływie dyjety mlecznej na przebieg ostrego gośceca stawowego. Wykazując zbawienne działanie mleka na to cierpienie autor podaje, że przy wyłącznem użyciu mleka wydzielenie z moczem azotu zostaje powiększonym, 2—3 razy niż było przed leczeniem i przewyższa więcej niż 3 razy ilość azotu przyjętą w pokarmach, gdyż dochodzi do 40 grm. na dobę; cyfra tak wielka, że zmusza powątpiewać o jej dokładności.

W stanie fizjologicznym ilość wydzielanego z moczem azotu bywa rozmaita; silny mężczyzna wydziela 12—15 grm., kobiety około  $\frac{2}{3}$  tej ilości; dzieci jeszcze mniej, stosownie do wieku (PARKES, FRANKLAND, WOLF, LEHMAN); według wyliczeń RANK'E'GO na 1 kilogr. wagi wydziela się średnio około 0,27 grm. mocznika t. j. 0,126 grm. azotu. Podana więc przez BIOT'A ilość rzeczywiście przewyższa więcej niż 3 razy prawidłową. Takie niezwykłe powiększenie autor stara się wytłumaczyć jedynie wpływem mleka na

ułatwienie wydzielania chorobliwie nagromadzonych we krwi wytworów i spotęgowanie rozróbki materji. To wyjaśnienie mogłoby być zadawalajacem gdyby choroba trwała 2—3 dni, ale przy kilkutygodniowym przebiegu staje się najzupełniej nieprawdopodobnem. Autor twierdzi że nadmierna ilość azotu wydzielanego z moczem przy użyciu mleka dochodzi do 30 grm. co odpowiada 64,28 grm. mocznika; ileż to powinno się nagromadzić mocznika we krwi cierpiących na gościec przez 4—6 tygodni i nie przyjmujących mleka, a więc wydzielających, jak autor dowodzi, 3 razy mniej: już po 15 dniach choroby ilość jego, nie licząc tej, nagromadzenie której wywołało chorobę, doszłaby do 965,2 grm. i u mężczyzny 65 kil. wagi stanowiłaby więcej niż 19% wagi krwi (stosunek wagi krwi do wagi ciała według WELKER'A jest 1:13). Czy podobna przypuścić aby urząd ludzki mógł znieść choćby nawet  $\frac{1}{10}$  cz. tej ilości bez objawów zatrucia.

Jeszcze więcej dziwna i nieprawdopodobna byłaby taka olbrzymia rozróbka materji pod wpływem mleka; przynawsz ją, należałoby już nie tylko zaprzeczyć odżywczym własnościom mleka, ale nawet zaliczyć je do najheroicznych środków lekarskich. Wiemy że mięso pozbawione tłuszczu zawiera w sobie średnio około 2,7% azotu. VOIT i BISCHOFF podają 3,4% inni znacznie mniej: SIMLER 2,08%, LAVES i GILBERT 2,03%; nadmierne więc wydzielenie 30 grm. azotu odpowiada zużyciu 1,1 kilogr. mięsa, co w przeciągu 15 dni równałoby się stracie 16,66 kilogr. czyli 41,65 funt. Ponieważ zaś liczne doświadczenia PETTENKOFER'A i VOIT'A nad głodzonemi zwierzętami wykazały, że straty mięśni stanowią ledwo 42% ogólnych, więc te ostatnie w naszym przykładzie doszłyby do pokaźnej cyfry 99,1 funt. Takiego wyniszczenia najsilniejszy mężczyzna nie byłby w stanie przenieść, gdyż najwytrzymalsze zwierzęta głodzone umierają koniecznie, skoro tylko waga ich spadnie na połowę pierwotnej; znacznie mniejsze straty byłyby już wielce groźnemi dla ekonomii ustroju i z trudnością dałyby się wyrównać.

Jakkolwiek rachunek w sprawach życiowych, gdzie podstawą jego bywają ilości zmienne i niedokładnie zbadane, nie może być ostatecznym sędzią, jednak w tym razie daje on nam, mojem zdaniem, zupełne prawo powątpiewać o ścisłości spostrzeżeń autora i wyprowadzone z nich wnioski, uznać je za niezgodne z dzisiejszą naszą wiedzą. Należy się spodziewać że nasi klinicyści, ze względu na ważność poruszanej kwestji, nie zaniedbają przeprowadzić szeregu odnośnych spostrzeżeń nad wpływem mleka na wydzielanie tworów azotowych w cierpieniach gośćcowych, a ogłoszeniem takowych ostatecznie rozstrzygną wątpliwości wywołane artykułem BROTA.

Orgiejew, d. 25 Września 1879 r.

B. Markiewicz.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

**Wybory.** W ubiegły Wtorek odbywało się głosowanie na Radzie uniwersyteckiej co do pozostawienia na następne lat 5 przy dotychczasowych wykładach, dwóch profesorów, którzy liczą już 25 lat służby rządowej. Według obowiązujących obecnie u nas przepisów tacy profesorowie podlegają głosowaniu Rady uniwersytetu, która większością głosów postanawia: czy taki wysłużony profesor ma być od dalszego pełnienia obowiązków uwolniony z połowiczną emeryturą, czy też może jeszcze wykladać przez następne lat 5. Tym razem podlegli głosowaniu: prof. TYRCHOWSKI, wykładający akuszeryją i pediatriją i prowadzący klinikę położniczą i wykłady w szkole akuszerki i prof. KRYSZKA, wykładający farmakologiją. Obaj wybrani zostali i zatrzymani na zajmowanych posadach na następne 5-ciolecie, po którym nowe głosowanie nastąpi, jeżeli sami nie zażądają uwolnienia.

Tegoż samego dnia dopelniono wyborów w tutejszem Towarzystwie lekarskiem na redaktora PAMIĘTNIKA na następne lat 3; wybrano kol. KLANKA. Nadto z powodu przypadającego się w tych dniach 50-letniego jubileuszu zawodu lekarskiego, wybrano na członków honorowych d-rów: Jana DUDREWICZA i Henryka PODOSKIEGO, naczelnego lekarza szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

## OGŁOSZENIA.

W tych dniach opuścił prasę **Tom V Zbioru Praw i Rozporządzeń Rządu**, który jak wiadomo ma zastępować dalszy ciąg dawnego „Dziennika Praw Królestwa Polskiego”. Wydane poprzednio cztery tomy tego Zbioru, obejmowały wszystkie obowiązujące w Królestwie Polskiem przepisy i rozporządzenia Rządu, ogłoszone we właściwej drodze prawodawczej w ciągu lat 1871, 1872, 1873 i w pierwszej połowie 1874. Ukończony obecnie Tom V-ty zawiera prawodawstwo za drugie półrocze tego ostatniego roku. Redakcyja „Niwy” której nakładem „Zbiór Praw” wychodzi, ogłasza na okładce tomu V-go, że tom VI, który obejmie prawa obowiązujące w Królestwie Polskiem, wydane w ciągu pierwszego półrocza 1875, wyjdzie z druku niebawem. Tom ten między innymi obejmie ważne prawodawcze przepisy o zaprowadzeniu reformy sądowej.

### ZAKŁAD LECZNICZY DLA KOBIET

D-RA J. ROGOWICZA

w WARSZAWIE

ulica Nowogrodzka Nr. 20.

Przyjmuje ciężarne, rodzące i położnice, oraz osoby dotknięte wszelkimi chorobami kobiecemi oprócz rakowatych nieuleczalnych.

W razie potrzeby zachowanie zupełnej tajemnicy ustawa Zakładu zapewnia. O warunkach przyjęcia i opłaty za mieszkanie, całkowite utrzymanie, leczenie chorej i t. p. dowiedzieć się można u właściciela Zakładu na miejscu.

### ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY W NOWEM MIEŚCIE NAD PILICĄ WODOLECZNICA.


Cały rok w zimie i w lecie przyjmuje chorych. Urządzenia do leczenia kąpielowego w porze chłodnej i zimnej. Najlepsze skutki leczenia w jesieni i w zimie chorób nerwowych i kataralnych (katary żołądka i kiszki).

Bliższe objaśnienia w zarządzie zakładu, lub w aptece H. KUCHARZEWSKIEGO w Warszawie, Senatorska 480.

W biurze Administracyi MEDYCYNY (Nowogrodzka 20), znajduje się do **sprzedania za 25 rs. krzesło do badań i operacyj gynecologicznych**, całe żelazne z materacem skórą krytym, fabryki MINTER'A, wykonane według modelu d-ra J. ROGOWICZA. Obejrzeć można na miejscu codziennie o god. 9 — 11-ej przed południem i o 3—5 po południu.

**Sprostowanie.** W N-rze 40 MEDYCYNY wkładły się następujące omyłki, które niniejszem prostujemy: Na str. 626 w wierszu 7 od góry po wyrazie jest, opuszczono: krótszą; im odległość ogniskowa jest. Na str. 628 w wierszu 24 od góry zamiast mały winno być malej. Wreszcie na str. 629 w wierszu 2 od góry zamiast mniej, winno być więcej.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

 Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20.