

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

|              |                 |              |  |                 |          |
|--------------|-----------------|--------------|--|-----------------|----------|
| w Warszawie: | rocznie.....    | rs. 5 kop. — | Na prowincyi<br>i w Cesarstwie<br>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. (Dokończenie). — Wykłady kliniczne. Charakter i znaczenie zapalenia stawów grzybowatego. Wykład prof. R. VOLKMANNA. Podał w streszczeniu dr. WŁ. MATŁAKOWSKI, ordynator kliniki chirurgicznej. (d. c.) — Odcinek. PETERSEN'A: Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCH. (c. d.) — Streszczenia i wyciągi. Znieczulanie ogólne zapomocą mieszaniny tlenu azotu z tlenem, stosowanej pod wpływem powiększonego ciśnienia powietrza. — *Pulvis antirachiticus*. — Kronika zagraniczna. Nowy wzór ciała ludzkiego. — Kronika mlejsowa. Lecznica dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni. — Zawiadomienie. — Ogłoszenia.

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.)

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 42 i 43).

Zkąd pochodzi ta różnica w otrzymywaniu tak rozmaitych wyników przy wycinaniu szankrów twardych i dlaczego ten sposób leczenia znajduje w jednych badaczach gorących zwolenników, w drugich niemniej gorących przeciwników?

Co do pierwszego a mianowicie, dlaczego różni lekarze otrzymują rozmaite wyniki po wycinaniu szankrów twardych, w części wykazałem już powyżej. Tu muszę jednak zauważyć, że nie mam prawa na mocy pięciu, a właściwie siedmiu spostrzeżeń własnych, zaprzeczyć stanowczo możliwości nierozwinięcia się ogólnej choroby przymiotowej po wycięciu szankra twardego.

Sądzę że przy rozwiązywaniu tej ważnej kwestyi, w przyszłości inaczej niż dziś postępować by należało. Zdaje mi się bardzo właściwem badanie tej kwestyi z b i o r o w o, przez kilku na raz specjalistów: gdy wycinaniem będzie p r a w d z i w e pierwotne stwardnienie przymiotowe, gdy spostrzeżenie chorego będzie dokonane przez czas dostatecznie długi, wtedy istotnie otrzymamy wyniki ściśle i będziemy wiedzieli czy wycinanie tak zwanych szankrów twardych zapobiega wybuchowi ogólnej choroby przymiotowej, czy nie.

Dziś, gdy każdy z autorów wykonywa badanie na swoją rękę, wyniki muszą być nieściśle i rozmaite.

W wielu niewątpliwie przypadkach pierwsze objawy ogólnej choroby przymiotowej mogą być tak nieznaczne i tak szybko przemija, że ani choroby je spostrzeże, ani lekarz nie uchwyci w porze ich okazania się. Odstęp-

py czasu między pojawieniem się pierwszej wysypki, a następnej mogą być kilku miesięczne; tak więc pierwsze objawy unikną uwagi chorego i lekarza, a wtórne będą tak oddalone od chwili istnienia wrzodu, że lekarz ani przypuści żeby w tak oddalonym czasie od pojawienia się pierwotnego stwardnienia przymiotowego, mogły dopiero wybuchnąć objawy wtórne, ani chory nie uzna za konieczne zgłosić się do lekarza, który dokonał wycięcia. Nadto przy rozstrzygnięciu zbiorowem tak ważnej kwestyi zawsze powinno być badane i źródło udzielające zarazę, bo przez to uniknąć by można niekiedy możliwej pomyłki w rozróżnianiu natury choroby u osobnika leczonego.

Pomijam uwagi jakieby się mogły jeszcze nastrożyć przy rozbiórce tego pytania, a przechodzę do 2-go punktu, a mianowicie: dlaczego wycięcie pierwotnego stwardnienia przymiotowego, przez pewnych badaczy jest bardzo zalecane, a przez innych uznane jako bezużyteczne.

Ta wybitna różnica w zdaniu pochodzi stąd, że gdy jedni uważają szankra twardego za objaw ogólnego już zakażenia, drudzy tymczasem przyjmują, że pierwotne stwardnienie przymiotowe p o c z ą t k o w o, jest owrządzeniem wyłącznie miejscowem. Pierwsi są przeciwnikami, drudzy zaś zwolennikami wycinania szankrów twardych.

Do dziś dnia ani kliniczne spostrzeżenia, ani anatomiczne poszukiwania nierzucają dostatecznego światła na znaczenie t w a r d o ś c i pierwotnego stwardnienia przymiotowego. Znaczna bardzo liczba badaczy utrzymuje, że zarazek przymiotowy dostając się do ustroju naszego wywołuje drażniące działanie na miejscu zaszczepienia i jednocześnie przez naczynia chłonne dostaje się do ogólnego krwi obiegu, powodując zarażenie całej masy krwi; więc pierwotne stwardnienie przymiotowe jest odbiciem ogólnego działania zarazka przymiotowego. W rozwoju pierwotnego stwardnienia przymiotowego powstający rozpad niektórzy, usiłują wyjaśnić jako następstwo ogólnego i rozwiniętego zakażenia krwi. Inni jak np. BIESTADECKI przyjmują, że ogólne zakażenie ustroju nie następuje na drodze prostego wchłonięcia zarazka do naczyń chłonnych, lecz wskutek dalszego rozprzestrzeniania się zapalenia wrzodu na naczynia i gruczoły chłonne, wskutek rozmnażania się w nich komórek i rozechodzenia się tych komórek ze strumieniem limfy po całym ustroju. Tak więc przy zakażeniu przymiotowem, cierpienia naczyń chłonnych stoją na pierwszym planie, bo w naczyniach tych występują zmiany anatomiczne zaraz po wchłonięciu zarazka do krwi. Zmiany te w naczyniach dają się rozpoznać za pośrednictwem powrózkowatego zgrubienia, rozciągającego się od otwartego jeszcze, lub prawie zablźnionego stwardnienia tkanki, do najbliższej położonych gruczołów chłonnych. To niebolesne stwardnienie naczyń chłonnych powstaje jednocześnie z wystąpieniem niebolesnych obrzmiń gruczołów. Wreszcie jako dowód, że pierwotne stwardnienie przymiotowe jest już objawem ogólnego zarażenia ustroju podają i ten fakt, że u podobnych chorych szczepiona ropa z szankra twardego nie wywołuje nowego stwardnienia.

Przeciwno wszystkim tym faktom po szczególe występują ci badacze, którzy przyjmują że pierwotne stwardnienie przymiotowe, przez czas pewien jest wyłącznie cierpieniem miejscowem i nie jest objawem ogólnego zakażenia ustroju zarazkiem przymiotowym.

Przedewszystkiem powiadają, że skoro pierwotne stwardnienie przymiotowe jest objawem ogólnego zakażenia krwi, to dlaczegóż stwardnienie to pojawia się jedynie na miejscu zaszczerpienia zarazka, a nie na wszystkich przypadkowych owrzodzeniach skóry?

Powtóre, przytaczają doświadczenia BIDENKAP'A i BOECK'A, którzy szczepili wydzielinę pierwotnego stwardnienia przymiotowego chorym dotkniętym tak zwan. szankrem twardym. Doświadczenia te pokazały że w 6 tygodni po zarażeniu, a więc we 2—3 tygodni po wystąpieniu stwardnienia przymiotowego, szczepiona wydzieliną z tegoż owrzodzenia wydawała owrzodzenie, które zdaniem BIDENKAP'A i BOECK'A było drugiem niejako pierwotnem stwardnieniem przymiotowem. Tym więc sposobem w przeciągu 2—3 tygodni po wystąpieniu stwardnienia, jeszcze nie było ogólnego zarażenia ustroju.

Trzeci zarzut jest następujący: wiadomo, że ropa wzięta z dymienicy powstałej przy zwykłym owrzodzeniu szankrowem i zaszczerpiena, wywołuje tak zwanego szankra miękkiego, zaś wydzieliną wziętą z dymienicy powstałej przy pierwotnem stwardnieniu przymiotowem i zaszczerpiena ma niewywoływać ogólnej choroby przymiotowej. Prócz tego utrzymują, że umiejscowienie i przebieg cierpienia gruczołów chłonnych pachwinowych jest zupełnie niezależny od obecności lub nieobecności zgrubienia powrózkowatego naczynia chłonnego, biegnącego od pierwotnego stwardnienia przymiotowego do najbliższych gruczołów chłonnych.

Wszystkie zmiany anatomiczne i drobnowidzowe jakie towarzyszą pierwotnemu stwardnieniu przymiotowemu, a dotyczące naczyń krwionośnych, chłonnych, tkanki łącznej, naskórka, dadzą się wykazać i u tych wszystkich chorych, u których po wycięciu pierwotnego stwardnienia przymiotowego ani śladu ogólnej choroby przymiotowej nie było. Tak więc wszystkie te zmiany anatomiczne muszą być uważane jako zmiany miejscowe wywołane drażniaczem działaniem jadu. Pomijam tu inne zarzuty, a ciekawych odsyłam do prac dr. UNNY <sup>1)</sup> i AUSPIETZ'A <sup>2)</sup> którzy starają się i przy pomocy prawdziwych faktów klinicznych i przy pomocy rozumowania dowieść, że pierwotne stwardnienie przymiotowe nie jest objawem ogólnego zarażenia ustroju, usiłując tym sposobem dać racjonalną podstawę tak gorąco popieranemu przez nich wycinaniu tak zwanych szankrów twardych.

Kwestyja przez nas rozbiekana niewątpliwie jest w okresie swego początkowego rozwoju. Przedewszystkiem powinniśmy się starać o roz-

<sup>1)</sup> *Ueber die Excision des harten Schankers.* Wykład miany w Tow. lekar. w Hamburgu, a pomieszczony w *Vierteljahresschrift für Der. und Syg.* 1879. Zeszyt II i III.

<sup>2)</sup> *Ueber die Excision der Hunter'schen Induration.* *Wiener Mediz. Presse* 1879 Marzec.

strzygnięcie pytania: czy pierwotne stwardnienie przymiotowe jest objawem ogólnego zarażenia się ustroju, czy też nie. Dotychczasowe fakta nie rozjaśniają jeszcze stanowczo tego pytania.

Następnie w samych doświadczeniach klinicznych tyczących się wycinania pierwotnego stwardnienia przymiotowego, powinna być zachowana ta oględność o jakiej już powyżej mówiono.

Dzisiaj więc jesteśmy zmuszeni przyjąć jako fakt uznany przez niektórych autorów za prawdziwy, że w pewnej liczbie przypadków wycinanie pierwotnego stwardnienia przymiotowego ochrania od wybuchu ogólnej choroby przymiotowej, ale z drugiej strony musimy także przyjąć, że nie znamy wszystkich okoliczności wobec których wycinanie takie prowadzi do celu.

W daleko większej zaś liczbie przypadków wycinanie pierwotnego stwardnienia przymiotowego, dokonane o ile by się zdawało w warunkach najprzyjajniejszych, jest bezskutecznem i nieochrania od wybuchu ogólnej choroby przymiotowej.

## WYKŁADY KLINICZNE.

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

Streścił z odczytu VOLKMANN'A Wł. Matlakowski ordynator klin. chir.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 43).

O gruzlicy błon maziowych pierwszy wspomina ROKITANSKY. Zdanie jego jednak nie zostało przyjęte przez innych badaczy. FÖRSTER stanowczo zaprzecza istnienia gruzlicy błon tylko co wymienionych. VOLKMANN w swoim dziele o chorobach narządów ruchu (w zbiorowym wydawnictwie BILLROTH'A i PITHY) potwierdził zdanie ROKITANSKY'EGO, lecz dopiero KÖSTER dowiódł stanowczo obecności gruzelków prosowatych w ziarninie każdego stawu przy zapaleniu grzybowatem. Rozpowszechniony atoli natenczas pogląd o śmiertelności gruzlicy wprowadził w kłopot samego odkrywcę i doprowadził go do wniosku, że twory prosowate, znajdowane przezeń bez wyjątku w ziarninie przy zapaleniu stawów grzybowatem nie są prawdziwymi gruzelkami i że to ostatnie zupełnie różni się od właściwej gruzlicy stawów. Pierwszym bowiem warunkiem rozwoju gruzlicy w stawie jest „oczywiście” obecność jej w innych narządach. Badania te zostały przyjęte z wielką ostrożnością i chętniej nazywano owe twory „guziczkami KÖSTER'A” niż gruzelkami prosowatemi.

Zresztą gruzlica błony maziowej nie zawsze przedstawia się jednako. Jeśli błona maziowa zdołała uleść silnemu plastycznemu nasiękwowi i została bogato uposażoną w nowe naczynia, zanim przyszło do zetknięcia się z ciałami zakażającemi, to przeważnie powstaje postać grzybowata zapalenia stawowego, a w takim razie guziczki prosowate zjawiają się w niewielkiej ilości, rozsiane w tkance ziarninowej. Czasami znajdują się tak gęsto, że tworzą większe guziczki widzialne gołym okiem. Zaledwie trzeba przypomnieć czytelnikowi, że gruzelki są tworami bardzo małemi i że widzialne gołym okiem utwory składają się zawsze z wielkiej liczby malutkich guziczków. Nadto gruzelki te rozsiane w ziarninie, tworzące częstokroć na powierzchni nieprzerwaną warstwę, znajdując się wśród bo-

gato unaczynionej tkanki, posiadają mniejszą skłonność do zserowacenia i rozpadu.

Jeśli jednak wytwory gruzlicze dostaną się do zupełnie zdrowego stawu, a po ich przedostaniu się nie wytworzą się szybko i obficie naczyńnia i tkanka ziarninowa; wtedy gruzelki prosowate tworzą ciekłą warstwę w mało zmienionej błonie maziowej, pokrytej ciekłą warstewką serowatej ropy lub ciekłą błoną rzekomą, a zapalenie stawowe przybiera charakter raczej ropny niż grzybowaty.

Rozumie się, iż między temi dwiema postaciami istnieje wiele postaci przejściowych; wszędzie atoli owe twory prosowate posiadają budowę anatomiczną gruzelka, ulegają przeistoczeniu serowatemu, a wytwory ich rozpadu wywołują ropnie opadowe między mięśniami i pod skórą. Nadto istnieją pewne różnice zależne od wieku gruzelka. Różnice te atoli nie usprawiedliwiają przytoczonego wyżej poglądu KÖSTER'A. Co najwyżej moglibyśmy zdanie jego o różnicy między grzybowatym zapaleniem, a prawdziwą gruzlicą stawów wytłumaczyć w ten sposób, że dla chorego lepiej jest, gdy przed gruzlicą lub obok niej powstaje sute bujanie ziarniny i na zewnątrz silne odczynowe stwardnienie tkanki łącznej t. z. modzelowate zgrubienie stawu (*Tumor albus*), a co za tem idzie, że typowa grzybowata postać gruzlicy stawowej mniej jest niebezpieczną od wysiękowo-ropnej; można też wyrazić to i w ten jeszcze sposób, że silny rozwój ziarniny i żywy miejscowy odczyn są wynikiem lepszego odżywiania i mniejszej wrażliwości ustroju na jad gruzliczy.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że ropnie opadowe powstające w bliskości chorych stawów bez wyjątku mają swe źródło w następowem zakażeniu tkanek jadem gruzliczym. Przedewszystkiem zauważyć należy, że wszystkie ropnie tego rodzaju są ropniami opadowymi i że wszystkie dochodzą do chorej kości lub do gruzliczego stawu, choć częstokroć kanał łączący je z pierwotnem ogniskiem jest cienki i bardzo kręty. VOLKMANN kładzie na to nacisk, dawniej bowiem przypuszczano że podobne ropnie mogły powstawać skutkiem przeniesienia materji zapalnych przez szpary w tkance łącznej i naczynia chłonne (*Abscès circonvoisins*). Dawniej do czasu wprowadzenia opatrunku przeciwnielego obawiano się otwierać podobne ropnie. Jeszcze i teraz wielu lekarzy uważa obszerne ropnie napływowe przy cierpieniu kręgow za *noli me tangere*. W ostateczności robiono małe cięcia lub co chętniej jeszcze wyciągano ropę sposobem podskórnym bez dostępu powietrza.

Obecnie zmieniły się pojęcia: robimy obszerne cięcia, a na kończynach otwieramy wszystkie zatoki. Otóż po przecięciu widzimy, że cała jama ropnia wysłana bywa błoną bladą, szaro-żółtawą, lub fioletową, podobną nieco do pęcherza bąblowca. Błona ta łączy się z głębszemi częściami za pomocą nadzwyczajnie luźnej, miękkiej, galaretowatej tkanki ziarninowej, ale tak luźnej, że błona drży i faluje przy wstrząśnieniu kończyny, a częstokroć odrywa się pod wpływem lekkiego strumienia dezynfekcyjnego płynu. Łyżeczką lub innem tępem narzędziem można wysmienić całą błonę odłuszczyć, oddzielić; poczem pozostaje zdrowa, nieco stwardniała tkanka, która zdolna jest do gojenia się *per primam intentionem*.

Otóż wpatrzywszy się dobrze w taką błonę, przekonamy się, iż w warstwie powierzchniowej t. j. zwróconej do jamy ropnia znajdują się całe miliardy gruzelków stykających się ze sobą. Gruzelki te przechodzą różne stopnie przeistoczenia serowatego, a wytwory ich rozpadu nadają właśnie ropie owe własności, które dawniej oznaczano mianem skrofulicznej. Takiej błony, łatwo odłuszczalnej, któraby zawierała w sobie wszystko, co jest chorego, jak to bywa w ropniach między-mięśniowych i pod-

skórnych nie znajdujemy prawie nigdy w torebkach maziowych przy zapaleniu grzybowatym. Nietylko błona maziowa lecz i torebka włóknista są nasiąknięte ziarniną i nadziane gruzelkami, a przeto po najenergiczniejszym nawet wyskrobianiu łyżeczką nie dostajemy się jeszcze do zdrowych tkanek. W ciężkich przypadkach należy przedsięwziąć całkowite wycięcie torebki stawowej.

Po takim wyskrobianiu ropnia zazwyczaj udaje się wynaleźć kanał prowadzący do chorej kości lub do jamy stawowej.

Podobne wyraźnie odgraniczone, odluszczalne błony spotykamy tylko w ropniach powstałych skutkiem spraw gruzliczych. Nigdy nie znajdujemy ich w ropniach traumatycznego pochodzenia, choćby najbardziej przewlekłych np. powstałych po strzaskaniach kości postrzałowych, gdzie jakiś odszczep, kawałek martwaka lub ciało obce podtrzymuje ropienie przez całe lata. Ziarnina pozostaje zawsze mocną, włóknistą i stopniowo przechodzi w zdrową tkankę, dlatego też nie możemy tu łyżeczką wyskrobać wszystkiego aż do zdrowych pokładów.

Przechodzimy teraz do tego, w jaki sposób zapalenie przenosi się na końce stawowe i w jaki sposób przychodzi do skutku wtórne zniszczenie nasad.

Wpływ ropy zarażonej, zawartej w jamie stawowej, lub wydzieliny wytworzonej przez grzybowatą ziarninę bujającą na wewnętrznej powierzchni torebki stawowej, właściwym sobie sposobem może rozpocząć się dopiero od chwili zniszczenia chrząstek stawowych, które chronią nasady od działania jadu. Rozlane zapalenia tkanki kostnej nasad zachodzące przed utratą i przedziurawieniem chrząstek, dalej wytworzenie warstwy granulacyjnej tuż pod samą chrząstką, są prosto sprawą charakteru odczynowego. Samo nawet zniszczenie chrząstki, które postępuje bądź z głębi bądź od powierzchni niezem się nie różni od zapaleń ropnych pochodzenia traumatycznego. VOLKMANN utrzymuje, że dawniejszy jego pogląd, jakoby zniszczenie chrząstki przez kosmki (*Zapfen*) ziarniny wyrastające z głębi kanałów szpiku kostnego, miało dowodzić początku zapalenia grzybowatego z kości, t. j. pierwotnego cierpienia kości (*Primäre osteopathische Form der fungösen Gelenkentzündung*), jest obecnie błędnym. Owe niby to charakterystyczne sitowate przedziurawienie chrząstki stawowej, jak się później przekonał, zdarza się i przy zwyczajnych drążących ranach stawów, a mianowicie przychodzi ono do skutku wtedy, gdy działanie ropy na chrząstkę nie jest silne iżbyt niszczące.

Zachodzi tu taka sama sprawa, jak przy zapaleniu powierzchownej warstwy kości t. z. *Ostitis s. Osteomyelitis corticalis*, za pośrednictwem którego pokrywa się napowrót obnażona kość: z tą tylko różnicą, że w jednym razie stoczona zostaje substancja zbita korowa kości, w drugim chrząstka. A zatem sitowate przedziurawienie tej ostatniej nosi na sobie charakter sprawy naprawiającej, a jeśli po niem nie spostrzegamy wygojenia i zablźnienia, pochodzi to ztąd, że następuje zakażenie.

Tkanka chrzęstna nieczuła jest na swoiste działanie wydzieliny gruzliczej; skoro tylko atoli nastąpi obnażenie kości i zetknięcie jej z substancją zakażającą, kość ulega zakażeniu. I właśnie przy sitowatym przedziurawieniu chrząstki zauważyć można, jak gruzelki powstają w tych małych punktach, gdzie tkanka ziarninowa zdołała przebieć pokrywą chrzęstną, gdy tymczasem w innych miejscach jeszcze ich nie widać.

Za zniszczeniem chrząstki idzie zakażenie i rozlane niszczenie nasady. Z nasady wyszło pierwotne źródło zakażenia i wtórne zakażenie nasady zamyka kółko przemian w stawie i w ten sposób doszliśmy do *Panarthriti fungosa*. Gruzelki zazwyczaj zajmują cienką warstewkę ziar-

niny i powierzchowne części otwartych przestworzy szpiku kostnego; gruzelki te serowacieją i rozpadają się; powstają nowe granulacje, które taki sam los czeka i tak krok za krokiem postępuje zniszczenie końców stawowych. Do tego przyłącza się działanie nacisku obu nasad na siebie, od którego rozpad tkanek i wchłanianie kości się powiększa, a taka właśnie kombinacja sprawy odczynnej, naprawiającej i swoistej (specyficznej), taka mięszanina sprawy twórczej i rozpadu bujającego szpiku, a wchłaniania tkanki kostnej daje w rezultacie to, co przy zapaleniu stawów grzybowatem, zowią próchnieniem powierzchownem (*caries superficialis*).

Tak często przy grzybowatem zapaleniu stawów, znajdujemy ogniska serowate to w środku, to pod powierzchnią nasady, że nasuwa się pytanie: aż ali kiedykolwiek sprawa, o której w niniejszym odczynie mowa, wychodzi pierwotnie z bł. maziowej. W pewnych razach nader trudno rozstrzygnąć: gdzie było pierwotne ognisko, z którego wyszło całe cierpienie. Tak np. jeśli ognisko znajdowało się bardzo powierzchownie tuż pod samą chrząstką, po zniszczeniu tej ostatniej następuje starcie, zropienie i zniszczenie powierzchownych warstw nasady, przy którym ginie ślad pierwotnego ogniska wprzód, nim przyjdzie do operacji i obejrzenia stawu. Dalej mały martwak napojony masą serowatą, owa charakterystyczna pozostałość po pierwotnym ognisku gruźliczem w kości, może wyjść na zewnątrz z ropą przez przetokę. Mimo to jednak bynajmniej VOLKMANN nie twierdzi stanowczo, by nie istniała wcale pierwotna postać grzybowatego zapalenia stawów, biorąca początek z bł. maziowej. Zdarza się jednak znacznie rzadziej, prawie wyłącznie u dorosłych i polega zawsze na pierwotnej gruźlicy bł. maziowej. Są to najgorsze przypadki pod względem rokowania. Wielokrotnie przebiegają one pod postacią niebolesnego ropienia w stawie. Rozwój ziarniny idzie nader powoli i niesporo. Staw zostaje silnie rozciągnięty przez ropę, pomieszaną z serowatemi strzępkami, niekiedy zaś podobną do masy twarogowatej lub rozrobionego wapna. Błona maziowa jest usiana dużemi gruzelkami, słabo unaczyniona. Chrząstki zniszczone na znacznej przestrzeni, a nasady obnażone. Tutaj należy znaczna część przypadków opisywanych przez BILLROTH'A pod nazwą *Caries atonica*, a przez BONNET'A, pod nazwą zimnych ropni stawowych. Zazwyczaj zapalenie stawu stanowi tylko objaw ogólnej gruźlicy. Większa część chorych ma już suchoty płucne i zapalenie gruźlicze jelit. Jednym słowem są to owe postacie, których gruźliczy charakter najprzód rozpoznany został, a dziś nikt o nim nie wątpi.

Dalsze spostrzeżenia pokażą, w jakim stosunku leczbowym znajduje się pierwotna gruźlica błony maziowej do postaci wtórnej, pochodzącej z przeniesienia wydzieliny właściwej z ogniska w kości; tymczasem pamiętajmy, że zapalenie stawów grzybowate stanowi cierpienie swoiste, a czynnikiem powołującym je do życia jest jad gruźliczy (*virus tuberculosis*). Pod wpływem tego jadu powstaje wysmienienie znany dawnym autorom i wybornie odmalowany przez nich *Tumor albus*, *Arthrocace* i *Caries in sensu strictiori*.

Byłoby zatem prawdziwy krok w tył, gdy niedawno stare owe nazwy chciało zastąpić nazwami anatomicznemi w rodzaju *Synovitis granulosa* i t. p. Nazwy te wyrażają nieskończenie mniej od owych starych nazw które właśnie wskazują, że sprawy niemi objęte są czemś innem od zwykłego zapalenia, czemś posiadającym oddzielne przyczyny, czemś mającym związek z chorobami ustrojowemi (konstytucyjnemi). Z czysto traumatycznego zapalenia stawu nigdy nie wytworzy się to, co nasi ojcowie nazywali *Tumor albus*, *Arthrocace*, chociażby sprawa nie wiem jak

długo się ciągnęła i choćby torebka i kości grubą pokryły się ziarniną. Dalej przy zakaźnem zapaleniu szpiku kostnego (*Osteomyelitis infectiosa*) powstaje niekiedy bardzo przewlekłe zapalenie stawu, prowadzące czasami do obszernego zniszczenia nasad i do obfitego wytworzenia ziarniny, a mimo to przebieg i rokowanie są całkownie inne, niż przy zapaleniu grzybowatem. Zadaniem naszym w przyszłości będzie ściślej oznaczyć, jakie postaci przewlekłego ropienia w stawach nie mają nic wspólnego z gruźlicą, a zatem jakie postaci trzeba oddzielić od zapalenia grzybowatego. Obecnie np. znamy jedną postać całkownie różną od zapalenia grzybowatego, a mianowicie *Arthrocoace syphilitica*. Wiemy dalej, że większa część chorób zakaźnych może wywołać ropienie i zniszczenie stawu; tu należą: gościec ostry, gorączka pologowa, ropnica, ostrze wysypki, nosacizna. Dawniej część tych zapaleń, zwłaszcza o przebiegu bardziej przewlekłym zaliczano do zapaleń grzybowatych, co oczywiście jest niesłuszne. Zresztą choroba ogólna i spowodowane przez nią osłabienie ustroju może przy istniejącem już usposobieniu sprowadzić wybuch gruźlicy. Podobnie jak po odrze lub po połogu wybuchają suchoty płucne, tak samo po nich może szybko rozwinąć się gruźlicze zapalenie stawu, nie mające żadnego związku z jadem odry lub ropnicy.

Na jeden ważny punkt należy teraz zwrócić uwagę. Jeśli rzeczywiście istotę zapaleń grzybowatych stanowi bez wyjątku sprawa gruźlicza, to odpowiednio musimy zmodyfikować nasze dawniejsze pojęcia o charakterze, znaczeniu i rokowaniu w ogóle przy gruźlicy. Zapewne nie tak łatwo oswoić nam się z tem, że chory, noszący gdzieś w sobie prawdziwe, prosowate gruzelki, nie jest bezwarunkowo skazany na śmierć i niekoniecznie później ma zachorować na gruźlicę innych narządów.

A jednak dawnobyśmy się już byli pozbyli tego mniemania, gdyby, jak to często przytrafia się w medycynie, świetny blask odkrycia VILLEMIN'A nie był pogrążył w cieniu wszystkiego, na co wprost nie padał; boć przecież doświadczenia nad szczepieniem gruźlicy wykazały, że nie wszystkie zwierzęta są tak wrażliwe na jad gruźliczy, jak świnki morskie, króliki i małpy.

Co się dotyczy człowieka, będzie to zgodnem jedynie z faktami, gdy powiemy, że u niego gruźlica stosunkowo łatwo przyjmuje się na miejscu zaszczenia, lecz w porównaniu z wymienionymi zwierzętami uogólnia się tylko przy szczególnych warunkach, a nawet stosunkowo trudno (*Generalisatio*). Wykład niniejszy o zapaleniu grzybowatem stawów stanowi przyczynek w kwestyi szczepienia gruźlicy. Oczywiście mowa tu o samozszczeniu. COHNHEIM w najnowszem swem dziele określa gruźlicę w ten sposób, że to jest choroba ogólna gorączkowa. Niepodobna się na to zgodzić. Ważne prace SCHÜPPEL'A wykazały (a każdemu nader łatwo przekonać się o słuszności jego twierdzeń), że serowate obrzmienie gruczołów chłonnych, uważane dotychczas za patognomiczny wytwór zołzów (*Scrophulosis*) polega we wszystkich przypadkach nie na prostem zapaleniu serowatem, lecz na prawdziwej, prosowatej gruźlicy. Napotykanie tu twory-prosowate są tak rozwinięte i tak wyraziste, że mogą służyć za typy gruzelków. Nie ma, jak słusznie mówi RINDFLEISCH, ani jednego kruczka histologicznego, któryby można przytoczyć przeciw rzeczywiście gruźliczemu charakterowi tej tak częstej sprawy. Dodajmy do tego, że jeśli materyję serowatą takich gruczołów zastrzyknąć zwierzętom wrażliwym na jad gruźliczy, wkrótce wybucha ogólna gruźlica.

A jednak doświadczenie poucza, że niezliczone indywidua, które za młodu miały na szyi lub pod szczęką całe pakiety takich gruczołów serowatych, (bez względu na to czy wyropiały, czy powolnemu uległy wchłonic-



niu), pozostają wolnemi od gruźlicy, a częstokroć dochodzą później starości, aczkolwiek nie moglibyśmy żadnemu z nich zaręczyć, że nie nastąpi zakażenie ogólne. Osobniki te są podejrzane, co zresztą wiadomo oddawna. Ot i wszystko!

By sobie wytłumaczyć, dla czego owe osobniki przez całe lata noszą bezkarnie w gruczołach chłonnych masy serowate i gruźelki, utworzono teorię otorbienia. Według tej teorii gruczoł chłonny otoczony jest mocną torebką, która chroni tkanki otaczające od jadu; skoro zaś dojdzie do rozmiękczenia i niebezpieczeństwo zakażenia osiągnie jeszcze wyższego stopnia, przyłącza się zapalenie na okółu gruczołu (*Periadenitis*). Ma się rzecz tak, czy inaczej, to pewna, że ludzie tacy żyją z gruźelkami, z ogniskami serowatemi, suchemi i rozmiękczeniami, bez objawów zakażenia ogólnego. W razie gdy torebka zostanie przerwana, ropa wraz z domieszką rozpadu dostaje się między mięśnie i pod skórę, skutkiem czego powstają obszerne ropnie opadowe, spuszczone się po szyi aż do mostka, mięśnie szyjowe bywają czasami obnażone jakby odpreparowane. Jeśli taki ropień trwa czas dłuższy, to w ścianie jego znajdują się miliardy gruźelków. Mimo to niezawsze sprawa kończy się suchotami płuc lub gruźlicą jelit. Niekiedy po szerokiem przecięciu i wyskrobianiu szybko następuje zagojenie, czasami nawet bez chirurgicznej pomocy.

Na tem jednak nie koniec. Ciężkie postaci *ozenae scrophulosae*, znaczna liczba przetok odbytu, złośliwe owrządzenia gardzieli i podniebienia miękkiego u dzieci, które dawniej poczytywano za objawy przymiotu wrzodzonego, dalej pewne owrządzenia na skórze podobne do wileczka polegają, jak VOLKMANN wielokrotnie przekonał się, na gruźlicy prosowatej. Nieszczęśliwi posiadacze tych chorób łatwo ulegają gruźlicy narządów wewnętrznych, lecz mogą zostać przy życiu, a owe sprawy mogą same wygoić się lub przy pomocy sztuki lekarskiej. (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, 39, i 43.)

HAMERNIK jest przedstawicielem najradykałniejszym ze wszystkich klinicystów wyszłych ze szkoły Wiedeńsko-Pragskiej, o której WUNDERLICH bardzo trafnie w następujący sposób się odzywa. „We wszystkich wynikach, które SKODA ze swoich doświadczeń, dokonywanych z całą zimną krwią nad działaniem lekarstw otrzymywał, przyczem zawsze się przekonywał iż wszystko jedno czego się używa, słabe umysły dopatrywały się pewnego oroku. Wielu ludzi tak dziwnie jest uorganizowanych, że uważają się oni za wyższych od innych, ponieważ doszli do przekonania o bezskuteczności podawanych środków, a ostateczne zwątpienie fachowe bywa niejednokrotnie maską, za którą słabi myśliciele się skrywają. To też odrzucenie z zasady terapii, t. zw. nihilizm, złudziło już niejednego, a zwłaszcza pośród takich, którzy niewiele mieli sposobności chorych spostrzegać”.

WUNDERLICH słusznie twierdzi, wychodząc ze swojego fizjologicznego zapatrywania się, że główną wadą szkoły Wiedeńsko-Pragskiej było: iż wszystko wyłącznie opierało się na patologiczno-anatomicz-

nej podstawie i skutkiem tego przeważny nacisk kładli na ontologiczną terapię, skierowaną przeciwko pewnym anatomicznym postaciom chorobnym. Taka terapia nie może jednak być stworzona przez jednostronną anatomiją patologiczną i dlatego kończy się zawsze nihilizmem. Natomiast bierze WUNDERLICH pod swoją obronę indywidualizujący moment, który stanowił się dawnych HIPPOKRATYKÓW, a przez szkołę Wiedeńską bardzo był lekceważony; chce takim sposobem uratować ciągłość (*Continuität*) która zawsze jest potrzebną dla prawdziwego i rzeczywistego postępu. Wkrótce się przekonamy czy i o ile który z rzeźników nowej fizjologii pogodzić potrafi przeciwieństwo pomiędzy sztuką a nauką, pomiędzy dawniejszym indywidualizowaniem a ścisłością nowoczesnej nauki, pomiędzy niepewną empiryją a jasnym racjonalizmem. Jednostronny wpływ jaki anatomija patologiczna na medycynę wywarła nie zdołał tego zadania rozwiązać.

Szkoły patologiczne Paryzka i Wiedeńska zgadzają się najzupełniej w potępieniu sztuki lekarskiej opartej na takecie i genialności, i żądają utworzenia logicznej nauki lekarskiej; ale jak tylko idzie o wybór drogi, którą ma się ten cel osiągnąć, obiedwie szkoły rozchodzą się w przeciwne strony. Francuzka szkoła pragnie zatrzymać empiryją i samodzielne poszukiwania nad terapią; Wiedeńska uznaje wyłącznie tylko racjonalizm i to nie racjonalizm umiarkowany który obejść by się nie mógł bez empiryi i który właśnie byłby w możności owe antagonizmy pogodzić i do prawdziwego doprowadzić postępu, ale racjonalizm krańcowy, wymarzony, wymagający czysto deduktywnej terapii i to racjonalizm który wszystkimi wynikami leczenia i wszystkimi badaniami terapeutycznymi pogardza. Szkoła Wiedeńska nie dośledła zatem do powyższego zadania, nie umiała nie zbudować, lecz wzięła się do burzenia, a w ruinach dawnej medycyny odszukała sobie tylko aksjomat o sile leczniczej przyrody i tem się pocieszała. Jedyną pozytywną jej zasługę stanowi zastosowanie „zasady mechanicznej”, za którą poszło wkrótce zupełne przeobrażenie terapii chirurgicznej, do czego już poprzednio pierwsze podwaliny położyła francuzka anatomija patologiczna. Sama zatem znajomość anatomii patologicznej, nie może wystarczyć terapeutcie dążącemu do racjonalnych poglądów; musi on mieć szerszy pogląd na objawy życiowe organizmu i dlatego musi przedewszystkiem zwrócić się do studyjowania zjawisk życiowych t. j. do fizjologii, którą szkoła francuzka prawie wcale się nie zajmowała, a którą i szkoła Wiedeńska nie potrafiła do zakresu swoich działań wciągnąć, jakkolwiek dużo o niej prawila. Fizjologija, w szybkim swoim rozwoju oparta na naukach przyrodniczych, w połączeniu z nowemi patologiczno-anatomicznemi szkołami, nabrała obecnie wybitnego i pierwszorzędного znaczenia, które z postępowaniem czasu coraz bardziej się wzmacnia.

## VII.

### Terapija pod wpływem anatomii patologicznej i fizjologii.

Staralem się powyżej wykazać że anatomija patologiczna, jednostronnie się rozwijając nie była w stanie stworzyć terapii ścisłej i naukowej, opartej na empirycznym i racjonalnym momencie. Wykazala ona tylko z większą krytyczną jasnością, całą niepewność i chwiejność dawnej empiryi i starała się o wprowadzenie terapii w nową fazę. Jednakże, pobożne życzenia utworzenia nowej lekarskiej terapii, któraby niekoniecznie się wyemancypowała od t. zw. sztuki lekarskiej, ale opartą była na badaniach ścisłe naukowych, ziszczonem nie było. Czyżby i fizjologija na naukach

przyrodniczych oparta nie miała się przyczynić do osiągnięcia tego celu? *A priori* spodziewać się można daleko świetniejszych wyników dla terapii z postępów fizjologii aniżeli anatomii patologicznej; gdyż tamta obejmuje wszystkie stosunki żyjącego ustroju, kiedy ta ostatnia tyczy się tylko pewnej jego części. Przekonamy się wkrótce że szybki rozwój nowoczesnej fizjologii w rzeczy samej silny wpływ na terapię wywarł, jakkolwiek nie była ona w możności zrealizowania tego wszystkiego, do czego lekarz dąży i czego zbytnia krewkość niektórych patologów fizjologicznych nakazywała się spodziewać.

Na początku poprzedzającego rozdziału starałem się wykazać, jak wszechstronny umysł BICHAT'a dążył do rozwoju anatomii patologicznej w związku z fizjologią. Coraz bardziej wzrastający obszar wiedzy atoli prowadził do podziału pracy; takim sposobem doszło do zgubnego w swoich następstwach rozdzielenia anatomicznych od fizjologicznych badań.

MAGENDIE był następcą BICHAT'a pod względem fizjologii i jest twórcą ścisłej fizjologii opartej na naukach przyrodniczych. BICHAT stał jeszcze na dawnym idealnie-witalistycznym stanowisku szkoły w Montpellier i starał się w swoich doświadczalnych badaniach przeważnie o skonstatowanie sił życia właściwych; nie zajmował on się weale stosunkiem ich do innych sił przyrody. Stanowisko takie było bardzo zrozumiałe w epoce poprzedzającej wielkie wynalazki na polu chemii i fizyki. MAGENDIE mógł w swoich badaniach już zużytkować te wynalazki, a czynił to w sposób bardzo rozległy.

Filozoficzna zasada MAGENDIE'go była ta sama, która charakteryzuje późniejszą szkołę anatomiczno-patologiczną: ścisła sceptyka, prowadząca do pozytywnego zupełnie trzeźwego badania. W swoim wielkim podręczniku fizjologicznym rozwija on jasno i dobitnie ten sposób zapatrywania się, w obec którego odrzuca najzupełniej wszelkie doktryny aprioryczne, jako należące do studjum mistycznego, które medycyna równie jak i nauki przyrodnicze swojego czasu przechodzić musiała. „Astronomia musiała się od astrologii rozpocząć, chemia od alchemii, a fizyka składała się długo czas z aglomeracji niedorzecznych systematów. Umysł ludzki musiał się długo po manowcach błąkać, nim do prawdy doszedł. Naraz powstał w XVII-ym wieku GALILEUSZ; a z podziwu godnych wynalazków jego, świat się dowiedział: że dla zrozumienia przyrody niewystarcza wierzyć w to, co dawni uczeni o niej mówili, lecz że trzeba ją badać i przez doświadczenie stawiać jej pytania. Ten sam umysł natchnął fizyków i chemików wszystkich krajów i stał się przewodnikiem ich ścisłych doświadczeń. Chwała zatem należy się GALILEUSZOWI za to, że zwrócił on umysł ludzki z bezdroży, po których błędził całe wieki, bezpożytecznie zużywając swoje siły i położył takim sposobem podwaliny dla nauk fizycznych, które człowieka uszlachetniają, siły jego krzepią, narodom zapewniają bogactwo i szczęście, naszą kulturę podnoszą, a następcom naszym świetną gotują przyszłość! Chętniebym powiedział o fizjologii, nauce która o nas samych traktuje, że i ona tak samo się wzniosła jak nauki fizyczne; ale niestety bynajmniej tak nie jest! Fizjologija jest, według pojęć wielu, wytworem fantazyi, ma swoich wyznawców wiary i swoje sekty. Głównym moim celem było nadać fizjologii inną postać i oprzeć ją na pozytywnych faktach. Szkodliwy i niedorzeczny przesąd, że prawa fizyki nie dadzą się do istot żyjących zastosować, został już w znacznej części zarzucony i mam nadzieję że fizjologija, będąca w ścisłym związku z naukami fizycznymi nie będzie mogła ani jednego kroku bez ich pomocy uczynić; przywłaszczy ona sobie od nich ścisłość metody, jasność mowy i pewność ostatnich wyników. Medycyna, która niczem innym nie jest jak tylko

fizjologią chorego człowieka, taką samą drogą iść i takie samo stanowisko zająć powinna”.

MAGENDIE nie jest jednakże „czystym” fizjologiem, lecz przeciwnie, wkracza silnie w dziedzinę patologii i stara się w niej ścisłą metodę fizyki zastosować. Liczne jego doświadczenia w celu wywołania zjawisk chorobowych u zwierząt stały się punktem wyjścia stanowiących epokę w naszych czasach, fizyjo-patologicznych badań. Ontologiczne poglądy jednocześnie anatomiczno-patologicznej szkoły, jej skłonność do uznawania anatomicznych zmian jako wyłącznie ważną sprawę, były silnie potępione przez MAGENDIE’GO; twierdził on bezustannie iż pilną zwracać należy uwagę na rozwój fizjologiczny objawów chorobnych, oraz na gwałtowną potrzebę uwzględniania wszystkich patologicznych objawów w ustroju. Jako sceptyczno-empiryczny badacz był on nietylko ostrożnym w wytwarzaniu aksjomatów, ale dalekim był od tej sangwinicznej śmiałości, z którą późniejsi fizjologowie zastosowywali beznamiętnie wyniki swoich badań do patologii. Od tej ostatniej wymagał on, żeby fizjologija była dla niej punktem wyjścia i żeby do jej badania zastosowano ścisłą fizjologiczną metodę.

Szczególnie epokę stanowiły MAGENDIE’GO odczyty dla lekarzy w *Collège-de-France* po 1830 roku; i w rzeczy samej można zazdrościć kolegom, którzy mieli szczęście słyszeć te odczyty, które odznaczały się równie genialnością i bystrością poglądów, jak wykwintnością pod względem formy i retoryki; poddawał on w nich pełnej doniosłości krytyce, wszystkie najważniejsze zagadnienia w medycynie z czysto fizycznego i materjalistycznego stanowiska. „Medycyna i fizjologija” powiada on w jednym z pierwszych swoich odczytów „nie spoczywają bynajmniej na stałych niewzruszonych podstawach. Przypomnijmy sobie liczne przewroty jakie nauki te przechodziły, a z łatwością pojmiemy, iż zniechęcenie ogarnąć musi umysł, dążące do prawdy; nic też dziwnego że wielu dochodzi do przekonania że medycyna i fizjologia nie są bynajmniej naukami, w ścisłym tego słowa znaczeniu. Jeżeli przejdziemy na pole praktyczne, to i tam spotkamy się z taką samą niezgodnością. Wielce zniechęcającego doznajemy uczucia, zastanawiając się nad używanymi przeciwko rozmaitym chorobom środkami. Niepotrzebujemy roztrząsać każdej z osobna sekty i badać do jakiego stopnia każda z nich daje się uwodzić swojej teorii ulubionej. Przypatrzmy się tylko co się teraz dzieje na naszych klinikach Paryzkich; weźmy np. chorego dotkniętego durzycą. Leczenie jego będzie bardzo różnorodne, stosownie do szpitala, w jakim będzie umieszczony. Jeden praktyk zaleca środki przeczyszczające, drugi jest gorącym zwolennikiem upustu krwi, trzeci nareszcie radzi użycie t. zw. wzmacniających środków. Inni nakoniec do których liczby i ja należę, czekają spokojnie aż choroba wszystkie swoje fazy przejdzie”. W słowach tych zdradził MAGENDIE swoją sceptykę terapeutyczną, którą może jeszcze w wyższym posiadał stopniu aniżeli współcześni z nim zwolennicy szkoły anatomiczno-patologicznej a oddział jego w *Hôtel-Dieu* był słynny z nihilistycznego leczenia. Jeżeli szkoła Wiedeńska uległa wpływowi MAGENDIE’GO, to tylko w tym względzie iż nihilizm od niego przejął. Zresztą poglądy jego jako wyniki głębokiego, krytycznego umysłu niebyły tego rodzaju, żeby miał powątpiewać w możliwość pożytecznej na naukowych podstawach opartej terapii i rachować wyłącznie tylko, jak to niektórzy krancowi radykaliści szkoły Wiedeńskiej czynili, na siłę przyrody leczącą. Jakkolwiek bowiem MAGENDIE nie wierzył w odrodzenie terapii przy pomocy wiecej przez francuzkich patologicznych anatomów protegowanej metody numerycznej, nie wątpił on jednakże iż ściśle doświadczalna metoda, doprowadzi nas do

rozwiązania wszystkich zagadnień w medycynie i powołaną jest do utworzenia racjonalnej i pozytywnej terapii. Niezmordowane usiłowania jego były też ku doświadczalnej terapii skierowane i rozpoczął on od wykonywania doświadczeń nad działaniem rozmaitych alkaloidów roślinnych, które właśnie w owym czasie w czystym stanie przez PELLETIER'A były otrzymane. Te pojedyncze chemiczne czynniki miały jakiś urok dla jego ścisłego umysłu, który z drugiej strony wszystkie dawne lekarstwa jak niemniej bezmyślne empiryczne ich użycie stanowczo potępiał. To też MAGENDIE i na polu czysto terapeutycznym właściwą następcom swoim wskazał drogę i położył podwaliny dla nowszej farmakologii, która tak licznych również we Francji jak i w Niemczech znalazła wyznawców, która głównie opiera się na doświadczeniach na zwierzętach czynionych i z otrzymanych stąd wyników stara się osiągnąć racjonalną terapią, nieraz wprawdzie z wielkiem lekceważeniem spostrzeżeń klinicznych! Część swoich doświadczeń na polu farmakodynamiki ogłosił MAGENDIE w dziele pod tytułem: „*Formulaire pour la préparation et l'emploi de plusieurs nouveaux médicaments*”, które w 1836 roku z druku wyszło i bardzo było w użyciu w swoim czasie. (d. c. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Znieczulanie ogólne zapomocą tlenku azotu**, zmieszane z tlenem i stosowanego pod wpływem powiększonego ciśnienia. Autorem tego nowego sposobu znieczulania ogólnego, zamiast chloroformowania, jest prof. P. BERR, który za prace swoje w tym kierunku dokonane otrzymał nagrodę, o czem w Kronice zagranicznej N-rze 34 z r. b. donosiliśmy.

W Listopadzie r. z. przedstawił autor na posiedzeniu Akademii nauk w Paryżu z d. 11 t. m. wyniki swoich doświadczeń na zwierzętach dokonanych, wykazując: że można wywołać znieczulenie ogólne dłużej trwające przez zadawanie do wdychania mieszankę tlenku azotu (*protoxyde d'azote*) i tlenu czystego, lecz pod tym warunkiem, że dzieć się to będzie w przestrzeni napełnionej powietrzem ścięśnionem. Poprzednio już wiadano o tem, że dla wywołania znieczulenia ogólnego zapomocą tlenku azotu, przy zwykłym ciśnieniu powietrza, trzeba było oddychać samym tlenkiem azotu, lecz tym sposobem powstające znieczulenie ogólne trwało bardzo krótko, albowiem duszenie się znieczulanego rozpoczynało się prawie w tej że samej chwili co i utrata czucia. Z tego powodu gaz ten jako lek znieczulający mógł być stosowanym jedynie dla dokonania operacji bardzo krótko trwających. I w rzeczy samej był on dotąd prawie wyłącznicie przez dentistów przy rwaniu zębów używany. Pierwszą operacją zapomocą tego sposobu znieczulania, w dzwonie używanym do leczenia ścięśnionem powietrzem, wykonał LABBÉ d. 27 Marca r. b. u dziewczyny 20-letniej z powodu wrosniętego paznokcia. Od tego czasu do 17 Lipca r. b. PÉAN i inni wykonali przy pomocy tego sposobu znieczulania 20 rozmaitych operacji, podczas których znieczulenie trwało od 4 do 26 minut; czas zaś potrzebny dla znieczulania zupełnego wynosił 15 sekund do 2-ch minut. Między innymi przy tym sposobie znieczulania odjęto 3 sutki, 4 razy dokonano operacji na kościach, 6 razy wyluszczone rozmaite guzy, raz wycięcie nerwu nadczołowego i dwa razy nastawiono zwłchnięcie barku od 3—4 dni trwające.

Znieczulenie ogólne następowało zawsze bez poprzedzającego okresu pobudzenia, a odzyskanie czucia występowało w ciągu  $\frac{1}{2}$ —1 minuty; w kilku bardzo nielicznych przypadkach pewien stopień znieczulenia trwał jeszcze przez 2—3 minut po zaprzestaniu wymienionych wzięwań.

Przyśpieszenie tętna i oddychania, jakie występuje przy rozpoczęciu wdychań tlenku azotu pod działaniem zwiększonego ciśnienia stosowanych, niema żadnego znaczenia praktycznego, albowiem ustaje to natychmiast po wystąpieniu znieczulenia zupełnego. Spostrzegano nadto w pierwszych przypadkach zastosowania tego nowego sposobu znieczula-

nia skurcze (*contractio*) w kończynach. Powikłanie to jednak, które zrazu niepokoiło operujących, zależało od tego że tlenek azotu nie znajdował się pod dostatecznym ciśnieniem. Dla uspokojenia i oddalenia tych skurczów wystarczyło zwiększenie ciśnienia o 2—3 ctm. co z wielką łatwością w dzwonie pneumatycznym daje się otrzymać. W ogóle ciśnienie potrzebne waha się między 15 a 22 ctm. W bardzo rzadkich przypadkach trzeba je było podnieść aż do 26 ctm. dla wywołania lub oddalenia znieczulenia. Ta łatwość z jaką można zwiększać ciśnienie, a tem samem i znieczulenie jest wielką zaletą tego sposobu. Wszystkie dotąd operacje wykonywano w dzwonie stałym w zakładzie leczenia ściśnionem powietrzem FONTAINE'A i dla tego trzeba było wszystkich operowanych do tego zakładu przeprowadzać. Nadto dzwony zakładowe były dosyć szczupłe i nie dozwalały pomieszczenia większej liczby pomocników operującego. To było dotąd najsłabszą stroną tego sposobu znieczulania, gdyż nie można go było stosować tam gdzie chorey się znajdował, lecz trzeba było chorego do zakładu przynieść. Niedogodność ta ustaje z chwilą zbudowania przez FONTAINE'A przyrządu pneumatycznego przenośnego z dzwonem o wiele obszerniejszym niż zwykle używane. Przyrząd ten do znieczulania tlenkiem azotu sposobem BERR'A przeznaczony składa się:

1) Z wielkiego dzwonu, objętości 30 metrów sześciennych mającego, aż nadto wystarczającej dla pomieszczenia w nim operowanego, operatora i jego pomocników. Dzie sięć okienek w ścianach i w sklepieniu dzwonu się znajdujących daje dostateczne oświetlenie. Jednem słowem jest to zwykły pokój pneumatyczny tylko niezwykle wielkich rozmiarów.

2) Z pompy pneumatycznej podwójnej do poruszania rękami urządzonej, zapo mocą której w ciągu kilku minut można ścięścić powietrze w dzwonie do ciśnienia 20—25 ctm. rtęci.

3) Ze zbiornika 350 litrów pojemności mającego, zawierającego mieszaninę tlenku azotu z tlenem, ścięśnioną do 2 i więcej atmosfer, skąd dostaje się ta mieszanina w miarę potrzeby znieczulania przez rurkę kauczukową do mundsztuka. Zbiornik ten znajduje się pod stołem operacyjnym. Cały ten przyrząd jest zbyt złożonym i zapewne kosztownym aby mógł znaleźć zastosowanie w praktyce prywatnej, jednakże w każdym wielkim szpitalu winien by się znajdować. Ponieważ cały dzwon i pompa spoczywają na kołach przeto łatwo można takowe przewozić z jednego szpitala do drugiego. W ogóle już dziś można powiedzieć, że dzięki znakomitemu odkryciu prof. Pawła BERR'A, tlenek azotu wchodzi w zakres wielkiej chirurgii. Lek ten posiada w rzeczy samej przewagę nad chloroformem i eterem jako środkami znieczulającymi, a to z następujących względów: 1) że nie wywołuje okresu pobudzenia na początku znieczulania; 2) że zapewnia spokój chirurgowi, który jest pewnym że dozowanie środka znieczulającego nie może uleść żadnej zmianie podczas trwania operacji; 3) że odzyskanie zczucia następuje prawie w jednej chwili, nawet po znieczuleniu długo trwającym i zupełnem; 4) że nie wywołuje nigdy wymiotów następnych; 5) nakoniec że nie zagraża żadnem niebezpieczeństwem dla życia operowanego. (Podług referatu w *Gaz. médicale de Paris*. Nr. 37—1879). J. R.

**Pulvis antirachiticus.** C. LOREY podaje, że od lat kilku zawsze z pożytkiem zadaje dzieciom kzywcowym wymieniony proszek następującego składu: *Rpe. Chinini tannici* 15 gr. *Calc. phosph. Socchari albi aa*  $1\frac{1}{4}$  dr. M. f. p. S. 2 do 3 razy dziennie, na koniec noża zadawać w mleku, kleiku i t. p. *Chininum tannicum* jakkolwiek jest trudniej rozpuszczalne od innych soli chininowych, to jednakże zaleca się tam, gdzie także działać mamy na głębiej leżącą część jelit (BINZ). Proszek ten można całe miesiące bez szkody zadawać, nie zmniejsza on chęci do jedła, lecz przeciwnie ją zwiększa. Fosforan wapna ma zdaniem autora korzystnie działać na wytwarzanie tkanki kostnej, a chinina pokonywa często istniejące, zwłaszcza w początkach choroby, poruszenia gorączkowe.

(*Central-Zeitung f. Kinderheilk.* Nr. 14—1879).

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

**Monachium.** Na pierwszym powakacyjnem posiedzeniu tutejszego Tow. lekarskiego prof. RÜDINGER przedstawił wzór ciała ludzkiego złożony z ośmiu pionowych przekrojów, które można składać i rozkładać jak karty w książce. Te 16, względnie 14 przekrojów ciała przedstawiają jak najdokładniej, gdy są otwarte, w naturalnym kształcie i naturalnej barwie wszystkie anatomiczne szczegóły od głowy aż do pośladków. Pojedyncze te warstwy oddlane zostały z ciała zamrożonego. Bardzo ciekawy przedstawia się obraz przy otwieraniu i zamykaniu pojedynczych tych części stojącego na podstawie ciała; trudno sobie wyobrazić lepszy obraz uzmysławiający dla nauki klinicznej.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

**Lecznica dla chorych piersiowych przy szpitalu w Mieni** otwarta d. 13 Lipca r. b. a przeznaczona dla chorych piersiowych, jak na teraz, pochodzących ze szpitali lub ambulatoriów szpitalnych tutejszych, z nastaniem chłodnej pory d. 27 b. m. została na ten rok zamknięta. Spodziewamy się że nieza długo będziemy mogli podać dzieje powstania tego zakładu, oraz sprawozdanie lekarskie z pierwszego sezonu kuracyjnego, które ma nam nadesłać zawiadujący tym zakładem kol. Henryk DOBRZYCKI. Z upragnieniem oczekujemy bliższych wiadomości o tym ze wszech miar ciekawym, jak na nasze stosunki, nowopowstałym „sanatorium”, a o którego pożyteczności społeczność nasza z góry jest przeświadczoną.

**Wakujące posady lekarzy szpitalnych.** Z powodu podania się do emerytury, prof. KRYSZKI po wysłużeniu przeszło 25 lat na posadzie naczelnego lekarza Św. Rocha, obecnie miejsce to zostało opóźnionem. W szpitalu Ś-go Łazarza wakuje posada starszego ordynatora i jednego lub dwóch młodszych ordynatorów. W szpitalu na Pradze, — miejsce lekarza domowego. Wreszcie w szpitalu Starozakonnych, posada ordynatora w oddziale chorób ocznych.

**Redakcyjja otrzymała:**

PIENIĄŻKA Przemysława. Laryngoskopija oraz choroby krtani i tchawicy. Ozdobiona 15 tablicami litograficznymi. Kraków 1879. Ocenę tego dzieła zawierającego 600 str. po przeczytaniu go podamy.

## OGŁOSZENIA.

O B E C N Y S T A N W I E D Z Y  
o umiejscowieniach  
CZYNNOŚCI I ZBOCZEŃ MÓZGOWYCH.

Napisał

**Dr. Władysław Gajkiewicz.**

Osobne odbicie z „MEDYCYNY” str. 189, z 20-tu drzeworytami w tekście. Cena 1 rs. z przesłaniem 1 rs. 20 kop. Nadsyłający 1 rs. do Redakcji MEDYCYNY, na koszt przesłania nie dopłacają.

W biurze Administracji MEDYCYNY (Nowogrodzka 20), znajduje się do sprzedania za 25 rs. krzesło do badań i operacyj ginekologicznych, 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.

Wkrótce wyjdzie  
**ROCZNIK MEDYCYNY POLSKIEJ**

wydawany staraniem i nakładem

D-ra **J. Rogowicza.**

Rok II—1880.

Rocznik składa się z 2-eh części a mianowicie:

**Część I** (zbroszurowana) zawiera: Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego (za rok od d. 1 Lipca 1878 do 1 Lipca 1879 r.)

**Część II** (oprawiona w płótno angielskie, z dodaniem ołówka Faber'a i tabelki zamiany wagi dziesiętnej na apteczną) zawiera: Trucizny i odtrutki. Ważniejsze zdrojowiska, stacje klimatyczne i t. p. z wymienieniem ostatniej stacyi drogi żelaznej i lekarzy praktykujących. Sposób robienia kumysu z mleka krowiego. Nowsze środki lecznicze i ich własności chemiczne, działanie fizjologiczne, dawki i wskazania lekarskie do ich użycia. Adressa lekarzy: wykładających na wydz. lek. uniwersytetu Warszawskiego, praktykujących i urzędujących w Warszawie i we wszystkich guberniach Królestwa Polskiego. Adressa lekarzy polaków praktykujących i urzędujących w Petersburgu i lekarzy praktykujących w Krakowie. Dziennik z kalendarzem na rok 1880. Tablicę brzościennosci i skorowidz. Pod względem technicznym starano się wprowadzić wszelkie požądane ulepszenia: a mianowicie część II oprawiona, będzie o 2 ctm. węższą od zeszlazocznej i nieco dłuższą, a druk ściślejszy (petit). Cena 1 rs. z przesłaniem 1 rs. 20 kop. Nadsyłający 1 rs. do **Redakeyi Medycyny** kosztów przesłania nie ponoszą.

## 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 perze 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.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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