

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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. Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych. Napisał dr. Wł. GAJKIEWICZ. (c. d.) — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego. E. SZPERK'A, przyczynek do statystyki przymiotu u kobiet w Petersburgu. Podał w streszczeniu dr. E. KLINK. (dok.) — Odcinek. PETERSEN'A, Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCH. (c. d.) — Streszczenia i wyciągi. O mechanicznem leczeniu zwężek krani. Przypadek skurczu powiekowego, wywołanego nagromadzeniem się woszczu w uchu. — Kronika zagraniczna. Wiadomości z Krakowa, Paryża, Berlina i Lipska. Z m a r t i. — Korrespondencyja Administracyi. — Ogłoszenia.

OBECNY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych.

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1—3)

ROZDZIAŁ IV. KLINIKA.

Klinika jest w dziwnej zgodzie z histologiją i fizyologiją. Oddawna już zauważano, iż w niejednakowy sposób objawiają się cierpienia różnych części wnętrza mózgu. Dopiero jednak postępy nowożytny, dają możność rozpoznania miejsca cierpienia (*diagnosis regionis*) „ów ideał, do którego powinny dążyć wszelkie usiłowania klinicysty” (CHARCOT). Tak samo jak zniszczenie podczas doświadczeń fizyjologicznych u zwierząt, tak i u człowieka zniszczenie ciała prążkowanego w skutek cierpienia jego, wywołuje porażenie połowiczne ruchu (*hemiplegia*) strony przeciwnej ciała, bez porażenia uczucia. Skutek jest ten sam, bez względu na to, czy zniszczeniu ulegnie całe ciało prążkowane, lub tylko pewna jego część, tak iż wedle słusznej uwagi H. JACKSON'A, każda cząstka ciała prążkowanego przedstawia w zmniejszeniu całe ciało prążkowane. Porażenie ruchu w skutek zniszczenia ciała prążkowanego jest przejściowem, to jest, znika po pewnym czasie nie pozostawiając żadnego śladu; ztąd i rokowanie jest pomyślne. Wyjątek stanowią przypadki, gdy np. krew wylana toruje sobie drogę i wylewa się do komórek mózgowych, wtedy bowiem powstają drgawki (*convulsiones*) i przykurczenia wczesne (*contractura precoc*) i przypadki te są zazwyczaj śmiertelne. Zbytecznem by było przytaczać tu przykłady, tak jakeśmy to czynili dla istoty korowej, przypadki bowiem tu należące należą do codziennych. Nie możemy w obecnym stanie nauki rozpoznać za życia: czy cierpi jądro ogoniaste, czy soczewicowate. Nie wiemy dalej, jakiemi

objawami ujawnia się cierpienie li tylko do wzgórka wzrokowego ograniczone. Jak widzieliśmy w części fizjologicznej, objawy zazwyczaj przypisywane cierpieniu wzgórka wzrokowego, są objawami ucisku części obocznych.

Inaczej zachowują się cierpienia torebki wewnętrznej. Klinika na kilkanaście już lat przed fizjologią okazała, iż cierpienie włókien torebki wewnętrznej położonych między obu częściami ciała prążkowanego, powoduje zaburzenia ruchowe. Zniszczenia nawet niewielkie w obrębie $\frac{2}{3}$ części przednich torebki wewnętrznej wywołują porażenie ruchu połowy przeciwnej ciała (*hemiplegia*), porażenie zupełne, to jest, dotyczące mięśni obu kończyn, przeważnie zaś zazwyczaj górnej, dalej mięśni dolnej części twarzy ¹⁾. Porażenie to trwa całe życie i po pewnym czasie przyłączają się do niego przykurcze części porażonych (*contracturae tardivae*) zależące od zwyrodnienia włókien ruchowych poniżej miejsca cierpienia łączących (*degeneratio consecutiva*) a więc w odnodze mózgowej, w moście

¹⁾ Obecnie uważają prawie za prawidło ogólne, iż przy cierpieniu półkul mózgowych porażenie twarzowe (*hemiplegia facialis cerebitalis*) ograniczone jest tylko do dolnych mięśni twarzy. Częściowość tę porażenia przytaczają nawet za jedną z cech odróżniających porażenie twarzowe mózgowe od obwodowego. Dla wytłumaczenia jej przyjęto powszechnie zdanie BROADBENT'A, iż pewne mięśnie (jak okrężne powiek, tułowia, poruszające galką oczną i t. d.) na skutek połączenia wewnątrzrdzeniowego początku ich nerwów, kurczą się z obu stron jednocześnie. Pobudzenie więc jednej półkuli mózgowej wystarcza aby wywołać ich kurczenie się. W ostatnich czasach LANDOUZY stworzył nowe przypuszczenie mało prawdopodobne, jakoby część nerwu twarzowego zaopatrująca mięśnie górne twarzy (*n. facialis superior*) miała początek wyłącznie tylko w istocie szarej rdzenia przedłużonego, to jest, odmiennie jak to ma miejsce dla innych nerwów, nie istniałoby włókna łączące początek rdzeniowy nerwu twarzowego górnego z istotą szarą korową.

Spostrzeżenia jednak kliniczne dowodzą iż zdanie o częściowości porażenia twarzowego przy cierpieniu wewnątrz mózgowem jest zbyt przesadzone, iż w warunkach przytoczonych i mięśnie twarzowe górne mają ulegać także cierpieniu, tylko, że porażenie ich nie jest prawie nigdy tego stopnia, jak przy porażeniu twarzowem obwodowem. Jest to zazwyczaj niewielka *paresis*, mało uwydatniająca się nazewnątrż, tak iż trzeba jej prawie szukać. Najłatwiej się ujawnia na mięśni okrężnym powiek (*m. orbicularis palpebrarum*). POTAIN (*art. Cerveau* w *Diction. Encycl. des sciences méd. Sér. I. T. XIV* str. 261) powiada iż „cierpiący na hemiplegię kurczą dobrze powieki po stronie zdrowej, lecz nie mogą zamknąć oddzielnie oka strony chorej, bez jednoczesnego zamknięcia drugiego. Jest to fakt który, mówi on, wiele razy stwierdziłem i który zdaje się być stałym”. Wiedział o tem już LEGENDRE (*Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance. Paris 1846*) i podał jeden ze sposobów odszukania *paresis*. Polega on na tem, iż kazawszy poprzednio zamknąć choremu obie powieki (co zwykle jest możliwem), podnosi się potem palcem powieki górne i zwraca uwagę na stopień oporu jaki stawiają one unoszącemu je palcowi. Po stronie porażonej opór zwykle jest żaden, mimo iż powieka nie utraciła zdolności opuszczania się i podnoszenia. COINGT (*Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central. Paris 1878* str. 134) posługując się tym sposobem wykrywał *paresis* nie tylko mięśnia okrężnego powiek, ale i innych unerwianych przez nerw twarzowy górny (*n. facialis superior*) jak mięśnia marszczącego brew (*m. corrugator ciliae*), czołowego (*m. frontalis*). Dalsze spostrzeżenia kliniczne powinny nam okazać, jak częstą jest *paresis nervi facialis superioris* przy cierpieniu półkul mózgowych, a dalej w razie, gdy istnieje ona w pewnych tylko przypadkach, czy obecność lub brak jej nie zależą od różnicy siedliska cierpienia, czy nie mogłaby więc być użytą dla oznaczenia umiejscowienia cierpienia.

VAROLA, w rdzeniu przedłużonym i kręgowym. Nie łatwiejszego jak wytłumaczyć sobie dla czego porażenie ruchu połowiczne (*hemiplegia*) zależące od cierpienia ciała prążkowanego jest przemijającym, a spowodowane cierpieniem części przedniej torebki wewnętrznej, trwałem. Dość sobie tylko przypomnieć iż torebka wewnętrzna zawiera w sobie włókna ruchowe bezpośrednie, to jest, idące od istoty szarej korowej do nerwów obwodowych i pośrednie, to jest, udające się tamże, lecz od ciała prążkowanego. Cierpienie więc $\frac{2}{3}$ przednich torebki wewnętrznej, niszcząc oba te rodzaje włókien, zniesie wpływ ruchowy istoty szarej korowej i środkowej, a więc przerwie zupełnie połączenie nerwów obwodowych ruchowych ze swemi ośrodkami, co nie nastąpi gdy cierpi ciało prążkowane a tembardziej jedna z jego części lub nawet pewien tylko kawałek jednej z 2 części składowych ciała prążkowanego; w ostatnim bowiem razie możebnem jest, iż część pozostała nietknięta zastąpi w czynności część zniszczoną, lub jedna część ciała prążkowanego zastąpi drugą, lub istota szara korowa istotę szarą środkową. Ta sama przyczyna która tłumaczy przejściowość lub trwałość porażenia połowicznego ruchu, zależnie czy cierpi ta lub owa część wnętrza mózgu, wyjaśnia dla czego w pierwszym razie nie następuje zwyrodnienie wtórne, przychodzące w drugim razie.

Na miejscu tu będzie wspomnieć o różnicy między porażeniami, których przyczyną jest cierpienie kory mózgowej (*paralysis cerebri corticalis*) lub wnętrza mózgu (*paralysis cerebri centralis*). Porażenie z ostatniej przyczyny powstałe jest, jak widzieliśmy, całkowite, to jest, dotyczy obu kończyn i dolnej części twarzy, strony przeciwnej ciała; dalej jest zupełne, to jest, mięśnie części wymienionych do żadnej już czynności są niezdatne i wreszcie porażeniem dotknięte zostają wszystkie mięśnie jednocześnie. Porażenia zaś mózgowe korowe są bardzo często częściowe, dotyczą tylko jednej z kończyn lub nawet pewnych mięśni tej kończyny, lub samej tylko twarzy (której zwykle i tutaj porażoną jest tylko część dolna); dalej porażenie mięśni nie jest zupełne, to jest, iż częściej mamy do czynienia z *paralysis* niż z *paralysis*. Natężenie więc porażenia jest mniejsze przy cierpieniu korowem, niż gdy przyczyna działa na wnętrze mózgu. Chorzy z porażeniem korowem, skarżą się raczej na ciężar, osłabienie kończyny niż na niemożebność poruszania nią; chory może niekiedy wykonywać ograniczone ruchy. Niezupełność, jest bardzo ważnym charakterem porażen korowych, bo bywają i porażenia korowe, całkowite, to jest, dotyczą całą przeciwną połowę ciała, tak samo jak przy cierpieniu wnętrza mózgu, lecz pierwsze i wtedy są zazwyczaj niezupełne. Dalej porażenia korowe odznaczają się sposobem powstawania, nie dotyczą one bowiem od razu jednocześnie wszystkich mięśni jak porażenia z przyczyny środkowej, lecz powstają powoli, rozszerzają się stopniowo, tak iż np. zrazu jest tylko porażenie ręki, później po pewnym czasie następuje porażenie nogi; albo też w samym początku jest niemota (*aphasia*), później przyłącza się do niej porażenie twarzy, potem ręki a wreszcie nogi, iub też następstwo, co rzadziej, bywa w kierunku odwrotnym. Porażeniom koro-

wym często towarzyszą drgawki, a w porażeniach zależnych od cierpienia wnętrza mózgu, drgawki są tylko wtedy, gdy krew wylana [mamy przy tym opisie głównie w pamięci wylewy krwi (*haemorrhagiae*)] przedostaje się do komórek lub na zewnątrz półkul. Dalej porażeniom korowym nie towarzyszą zaburzenia czuciowe i przychodzą one zwykle bez utraty przytomności. Wreszcie wiadomo, iż w porażeniach z przyczyny cierpienia wnętrza mózgu, w kończynach porażonych występują różne zaburzenia naczynio-ruchowe (*vaso-motorica*). Kończyny porażone, zwłaszcza górna, są czerwieniejsze i cieplejsze niż zdrowe. W połowie ciała porażonej łatwo powstaje odleżyna ostra (*decubitus acutus*), zapalenia stawów (*arthropathiae*) i t. d. W porażeniach zaś korowych, o ile dotychczasowe nieliczne spostrzeżenia pozwalają wnosić (LÉPINE) zaburzenia naczynio-ruchowe są albo bardzo nieznaczne, lub też brak ich najzupełniej. Wspólną cechą obu tych rodzajów porażenia mózgowego jest to, iż kurczliwość elektryczna mięśni jest zachowaną, a także i odruchy (*reflexa*); czem się odróżniają porażenia korowe od obwodowych z którymi mają dużo cech wspólnych (prześciowość, częściowość). Niekiedy zależnie od natury cierpienia, brak porażeniom korowym jednej lub więcej z cech wymienionych; w przypadkach takich, zestawienie wszystkich objawów porażenia, sposobu ich wystąpienia, rozległości, napięcia i porównanie go z innymi danymi, poczerpniętymi bądź to z wywiadów (*anamnesis*), bądź też stanu innych narządów ustroju, pozwoli niekiedy rozpoznać nietylko miejsce cierpiące, lecz i naturę samego cierpienia. O ile w dzisiejszym stanie nauki powiedzieć można, porażenia zależne od cierpienia istoty białej korowej są więcej podobne do porażen spowodowanych cierpieniem wnętrza mózgu, niż do porażen korowych, w czem nie ma zresztą nic dziwnego, bo w obu pierwszych razach cierpią te same włókna nerwowe ruchowe, tylko na różnej wysokości ich przebiegu.

Pł *a* s a w i c a p o ł o w i c z n a (*hemichorea*). W r. 1874 WEIR MITCHELL ¹⁾ zwrócił uwagę na cierpienie mózgu objawiające się ruchami podobnymi do płasawicy, lecz występującymi tylko w połowie ciała przeciwnej cierpieniu mózgowemu. Ruchy te są mimowolne, nieprawidłowe nierytmiczne, odbywają się ciągle, ustając jedynie podczas snu, powiększają się podczas ruchów dowolnych np. przy chwytniu ręką jakiego przedmiotu, przy chodzeniu i t. p. Wola na nie nie wpływa. W ruchach biorą udział wszystkie mięśnie strony przeciwnej ciała, a więc mięśnie kończyn i twarzy (*tic*). Charakter więc tych ruchów jest zupełnie taki sam jak w zwykłej płasawicy (*chorea*). Cierpieniem tem zajmowali się później H. JACKSON i TUCKWEL ²⁾ którzy je nazwali „*choreic hemiplegia*”. Podstawę anatomiczną zbadal prof. CHARCOT ³⁾ i uczeń jego F. RAYMOND (*l. c.*). Okazali oni mianowicie, co zresztą jest cechą i innych cierpień

¹⁾ *American journal of the med. Sciences.* Oct. 1874 str. 342.

²⁾ *St. Barth. Hosp. Reports.* Vol. 5.

³⁾ *De l'hémichorée post-hémiplégique Progrès médical.* 1875. Nr. 4 i 6.

mózgowych, iż, aby za życia wystąpiła płasawica połowiczna, cierpieć musi pewne miejsce, że więc zależy od siedliska cierpienia a nie od natury jego (może niem być wylew krwi, zanik częściowy, nowotwór i t. d.). Wprawdzie w przypadkach spostrzeganych za życia, spotykano przy badaniu pośmiertnem różne zmiany; zestawienie jednak tych wszystkich przypadków okazało iż cierpieniem stale w nich występującem, jest zniszczenie włókien torebki wewnętrznej, sąsiadujących z włóknami jej czuciowemi, a więc tylnemi. Zgadza się to więc zupełnie z doświadczeniami fizjologicznemi czynionemi na zwierzętach, o których mówiliśmy wyżej. Najczęściej płasawica połowiczna jest objawem wtórnym cierpienia wnętrza mózgu, a mianowicie, występuje wtedy, gdy inne objawy takowego cierpienia, zwykle porażenie połowiczne ruchu (*hemiplegia*), zaczynają przechodzić. W mięśniach poprzednio porażonych, gdy takowe odzyskują powoli swą czynność, pokazują się ruchy płasawiczne, z początku słabego natężenia, zwiększające się stopniowo i trwające całe życie. Jest to, tak zwana, *hemichorea post-haemorrhagica, post-hemiplegica, post-paralytica*. Bywa i *hemichorea prae-hemiplegica*, to jest, mięśnie które od pewnego czasu ulegały ruchom płasawicznym, zostają po pewnym czasie porażone. W tych razach płasawica połowiczna jest pierwszym objawem cierpienia mózgu (*hemichorea primitiva*). Płasawicy połowicznej tak wtórnej jak i pierwotnej towarzyszy bardzo często znieczulenie połowiczne (*hemianaesthesia*) dłużej lub krócej trwające. Wreszcie bywają przypadki, prawda bardzo rzadkie, iż płasawica połowiczna jest jedynym objawem cierpienia mózgu, to jest, nie jest poprzedzoną, ani nie występują po niej nigdy objawy zaburzenia ruchu lub czucia. Występowanie płasawicy połowicznej zazwyczaj z porażeniem połowicznym ruchu (*hemiplegia*) lub czucia (*hemianaesthesia*), mówi za tem, iż cierpienie ją wywołujące musi leżeć w sąsiedztwie włókien torebki wewnętrznej czuciowych i ruchowych. Z drugiej znów strony możliwość istnienia płasawicy połowicznej bez porażenia połowicznego ruchu lub czucia, dowodzi iż cierpienie powodujące płasawicę zależy od zniszczenia oddzielnych zupełnie włókien. Widzieliśmy w części fizjologicznej iż włókna te leżą naprzód i nazewnątrz włókien czuciowych, to jest, tylnych torebki wewnętrznej, w sąsiedztwie części tylnej wzgórka wzrokowego.

Okazanie przez CHARCOT'A i jego szkołę iż płasawica połowiczna zależy od cierpienia włókien torebki wewnętrznych, włókien leżących blisko ruchowych i czuciowych tej części istoty białej wnętrza mózgu, powiększyło liczbę płasawic objawowych (*chorea symptomatrica*) a zmniejszyło na tyleż zakres płasawicy bez zmian (*chorea essentialis*), uważanej wciąż na nerwicę (*neurosis*) mimo skłonności większości zapisania jej w poczet chorób których przyczyną jest cierpienie mózgu. Nadto okoliczność ta zmusza nas do ścisłego badania nietylko gołem okiem, ale i drobnowidzem każdego przypadku płasawicy, jaki się nam przedstawi do badania pośmiertnego.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO.

Przyczynek do statystyki przymiotu u kobiet w St.-Petersburgu
przez d-ra Edwarda SZPERKA.

Podał w streszczeniu dr. E. Klink, ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 2 i 3).

Nie bez interesu będzie, jeżeli zestawimy przywiedzione powyżej dane, odnośnie do przymiotu u kobiet będących pod nadzorem komitetu policyjno-lekarskiego z danymi, jakie również przytoczono powyżej, względnie do kobiet będących po za tym nadzorem.

W przeciągu 4 latach wstąpiło do szpitala kobiet przymiotowych: z własnej woli 2165, komitetowych 340, razem 2505. Zaś z prostytutek urzędowych: biletnych 968, blankowych 655, razem 1623.

Z ogólnej tej summy 4128 kobiet będących w rozmaitych okresach choroby przymiotowej, w r. 1875 było pod nadzorem komitetu policyjno-lekarskiego tylko 510 mających objawy choroby przymiotowej i 261 kobiet przymiotowych; pozostała zaś ilość 3357 kobiet cierpiących na przymiot, niepodlegała nadzorowi komitetu sanitarnego. Przypuściwszy nawet że dosyć znaczna część tych kobiet opuściła Petersburg, przypuściwszy, że znaczna część znajduje się już jako przymiotowych, to pomimo tego pozostanie jeszcze bardzo znaczna ilość kobiet przymiotowych niepodlegających kontroli komitetu policyjno-lekarskiego. Tak więc rola takiego komitetu jest ograniczoną tylko do niewielkiej liczby kobiet i to nie przez cały czas przebiegu choroby przymiotowej u nich, a tylko w przeciągu mniej lub więcej krótkiego czasu.

Ze wszystkich powrotów choroby przymiotowej, pod względem sanitarnym, najważniejsze są lepiej płaskie pomieszczone na częściach płciowych i na błonie śluzowej jamy ustnej. Dopóki prostytutka zaraziwszy się chorobą przymiotową, przebywa w domu publicznym (*biletna*) to przy spostrzeżeniu u niej najmniejszego objawu choroby odesłaną zostaje do szpitala, gdy tymczasem kobiety pojedynczo mieszkające (*blankowija*) z powodu niemożności częstej rewizyi (raz na tydzień) ukrywają nieznaczące miejscowe objawy.

Środki sanitarne dla umniejszenia szerzenia się choroby przymiotowej drogą prostytucyi w domach publicznych.

Streściwszy to co dotychczas było powiedziane okazuje się:

1) W ludności m. Petersburga przeważa ludność męzka, będąca w pełni rozwoju energii płciowej nad żeńską, przyczem na każdą prostytutkę przypada daleko większa ilość mężczyzn niż w innych miastach.

2) Przy możności częstych stosunków płciowych jaką posiada każda prostytutka w domu publicznym, powiększają się dla niej i widoki zarażenia się chorobą przymiotową, tak iż dostatecznym jest dla kobiety przebyć 3 lata w domu publicznym aby z wszelką pewnością uleść zarażeniu się przymiotem.

3) Osobisty skład prostitutek w domach publicznych złożony jest: a) z osobistości zarażonych w czasie przebywania w domach publicznych i b) z zarażonych przymiotem przed wstąpieniem do domu publicznego; przyczem 31,5% osobistego składu jest dotkniętych chorobą przymiotową, w okresie lepiej płaskich.

4) Osobisty skład prostitutek w domach publicznych przebywających

szybkiej ulega zmianie, przyczem większa część tych kobiet opuszczając domy publiczne oddaje się prostytutcei tajnej; nadto zachodzi przemieszczenie się pojedynczych osobistości z jednego domu publicznego do drugiego.

5) Kobiety, będące w okresie choroby przymiotowej t. z. lepieży płaskich (*condyl. plana v. humida*) zarażają zdrowych mężczyzn z wszelką pewnością, przy każdym powrocie choroby i w odstępach czasu pomiędzy pojedynczymi powrotami choroby, lecz już z mniejszą pewnością.

Domy publiczne, zapatrując się na nie ze stanowiska moralności ogólnej, w rzeczywistości nie powinny być cierpiące. Tylko bardzo ważne motywa zmusiły rządy rozmaitych państw do dopuszczenia istnienia publicznych domów nierządu. Motywem najważniejszym było: ochronienie ludności od choroby przymiotowej. Dlatego też domy publiczne dozwolone są tylko z warunkiem poddania się nadzorowi komitetu policyjno-lekarskiego.

Był czas, kiedy przyznawano zaraźliwość tylko szankrowi twardemu; a nie przyjmowano zaraźliwości objawów następowych, wówczas zadaniem komitetu policyjno-lekarskiego było usunięcie chorych kobiet z szankrami twardemi i w ogóle ze wszelkimi podejrzaniami owrzodzeniami, z domu publicznego do szpitala. Na objawy przymiotu znajdujące się nie na częścicach płciowych niezwracano wcale uwagi. W tym duchu rozstrzygano wszelkie pytania odnoszące się co do zawierania małżeństw, karmienia dzieci i t. d. Skoro następnie wykazaną została zaraźliwość objawów wtórzanego przymiotu (okresu lepieży płaskich) poczęto przyznawać znaczenie objawom zewnętrznym tego okresu, we względzie sanitarnym, jednakże tylko w chwili kiedy istniały te objawy zewnętrzne. Zadaniem komitetu policyjno-lekarskiego było wówczas odsyłanie do szpitala prostitutek z najmniejszymi objawami zewnętrznymi, jak tylko objawy zewnętrzne przymiotu w skutek leczenia znikwały, uważano prostitutek za zdrową.

Nakoniec, niezwracając uwagi na to, że pytanie o zaraźliwości rozmaitych objawów przymiotu i okresu pomiędzy pojedynczymi powrotami choroby pomimo niestnienia objawów zewnętrznych, zostało rozwiązane, środki sanitarne dla zmniejszenia szerzenia się choroby przymiotowej nie zostały zmienione.

W dzisiejszym czasie nieulega już najmniejszej wątpliwości, że przymiot istnieje w ustroju, pomimo braku chociażby najmniejszych objawów zewnętrznych, w stanie ukrytym lecz czynnym przez cały czas istnienia okresu lepieży płaskich, a więc w przeciągu trwania całego tego okresu zarażanie jest możliwe. Codzienne doświadczenie uczy nas, że ujemny wynik z badania chorego przymiotowego, będącego w okresie lepieży płaskich, nie może i nie powinien służyć nam za dowód zdrowia badanej osobistości i zaprzeczania niebezpieczeństwa zarażenia drugiej osoby, będącej z pierwszą w stosunkach ścislejszych (spółkowanie, karmienie piersią).

Ten postulat niezmiernie ważnym jest przy formułowaniu przepisów sanitarnych.

SZPERK utrzymuje, opierając się na ścisłej statystyce, że $\frac{6}{7}$ wszystkich mężczyzn w ciągu roku, chorobą przymiotową (pierwotnem stwardnieniem przymiotowem) zarażonych, dostaje tej choroby od prostitutek dotkniętych chorobą przymiotową w okresie lepieży płaskich, a $\frac{1}{7}$ tylko od kobiet posiadających szankra twardego.

Z tego wynikałoby, że kobiety dotknięte chorobą przymiotową, przez cały czas trwania u nich okresu lepieży płaskich, niepowinny mieć stosunków ze zdrowymi mężczyznami; to samo powinno się odnosić i do mężczyzn będących we wzmiankowanym okresie choroby.

Pytanie, jak zadosyć uczynić podobnemu żądaniu? Zabronić prostytutce, dotkniętej przymiotem, zajmować się swoim rzemiosłem przez lat 2—5, jest niemożliwe, bo prowadziłyby to do powiększenia tajnej prostytucyi.

Z drugiej strony podobnie, zabronienie mężczyźnie dotkniętemu przymiotem stosunków płciowych przez lat 2—5, do niczego by niedoprowadziło. Pytanie to rozmaicie było rozwiązywane. LANGLEBERT zalecał codziennie, lub co drugi dzień odbywać rewizyje kobiet będących w okresie lepięzy płaskich i odsyłanie ich przy najmniejszym podejrzeniu do szpitala. Zdaje się że niepotrzeba wykazywać niemożności wypełnienia tego przepisu.

Inni żądali oględzin mężczyzny udającego się do domu publicznego. Lecz środek ten zaprowadzony już w Hamburgu i mocno zalecany przez prof. TARNOWSKIEGO do zaprowadzenia w Petersburgu, okazuje się również niepraktycznym, wielu bowiem mężczyzn z nieczystym sumieniem unikać będzie podobnych domów, a będą się starać o zadowolenie swoich chuci płciowych u kobiet, nie mających pod tym względem tyle skrupułów. Wynikiem tego byłoby powiększenie liczby prostytutek tajnych. Jeżeli tedy niemożliwym jest zabronienie stosunków płciowych mężczyznom i kobietom, dotkniętym chorobą przymiotową, to zachodzi pytanie czy niemożnaby uczynić nieszkodliwymi takie stosunki płciowe.

Wiadomem jest, że jedynie tylko takim osobnikom stosunki z kobietą przymiotem dotkniętą są nieszkodliwe, którzy albo przechodzili chorobę przymiotową, lub ją posiadają. A więc chorym przymiotem dotkniętym po zniknięciu objawów zewnętrznych, nienależy zabraniać samego spółkowania, lecz tylko spółkowania ze zdrowymi osobnikami, którzy nigdy choroby przymiotowej nieprzechodzili. I tylko w tej myśli domy publiczne, przy pewnem ugrupowaniu, mogą przynosić prawdziwą usługę pod względem sanitarnym.

Przy dzisiejszych przepisach tak w Rosyji, w Król. Pol. jak i zagranicą osobisty skład prostytutek w domach publicznych niepodlega żadnemu rozdzielawowi t. j. kobiety niedawno dotknięte chorobą przymiotową i inne będące w 2 lub 3 roku przebiegu choroby przymiotowej, jak tylko niemażadnych objawów zewnętrznych tej choroby, uważane są za zdrowe. Tym sposobem w każdym domu publicznym znajdują się prostytutki dotknięte chorobą przymiotową i zupełnie zdrowe. Mężczyzna zdrowy udający się do domu publicznego, niema najmniejszej gwarancyi, czy ulegnie zarażeniu czy też nie jest to jedynie tylko przypadek. Jeżeli dostanie się do domu publicznego, gdzie niema ani jednej prostytutki że świeżą chorobą przymiotową wyjdzie z niego bez szwanku, gdy zaś uda się do domu publicz. gdzie na 10 prostytutek jest 5—6 dotkniętych chorobą przymiotową, z łatwością uledez może zarażeniu. Jeżeli mężczyzna zdrowy i przymiotem dotknięty udaje się do domu publicznego i będzie miał stosunki z kobietą zdrową, niewątpliwie ją zarazi, gdy zaś będzie miał stosunki z prostytutką przymiotem dotkniętą, żadnej szkody jej nieprzyniesie. Domy publiczne, jako instytucyje cierpiane jedynie dla tego aby ochronić ludność od szerzenia się choroby przymiotowej, powinny mieć cel dwojaki: a) dać możność spełnienia stosunków płciowych osobnikom zdrowym i b) dać możność osobnikom chorym na przymiot, stosunków płciowych, bez zarażania przytem prostytutki.

Cel ten osiągnąć możemy dwojaką drogą. 1. Albo dopuścimy istnienie dwojakiego rodzaju domów publicznych: a) składającego się z kobiet zupełnie zdrowych i takich, które oddawna przebyły chorobą przymiotową i przy systemie badaniu po ukończeniu wszelkich powrotów choroby, ko-

biet niemających przynajmniej w ciągu 2 lat, najmniejszych objaw przy-
miotu i b) składającego się z kobiet dotkniętych chorobą przymiotową
w okresie lepieży płaskich, lub w ogóle z takich które przechodziły przy-
miot. W domach publicznych pierwszej kategorii mężczyźni mają być
koniecznie rewidowani.

2. Albo utworzyć domy publiczne, w którym osobisty skład prosty-
tutek jest mieszany (przymiotowe i zdrowe), z odznaczeniem na książecz-
ce każdej prostytutki, z d r o w a, gdy prostytutka niemoże zarazić chorobą
przymiotową z powodu bardzo dawno przebytego przymiotu, lub że do-
tychczas choroby przymiotowej nie miała i r e w i d o w a n a, gdy prostytutka
niedawno jest dotkniętą chorobą przymiotową.

Co się tyczy kobiet p o j e d y n c z o m i e s z k a j ą c y c h (*odinozki*)
to częstsze jak dotychczas rewizyje ich, doprowadziły by do tego, że jesz-
cze bardziej ukrywałyby się przed nadzorem policyjno-lekarskim. Dlatego
też zdaniem d-ra SZPERK'A, należy i *odinozki* tak jak i kobiety przemiesz-
kujące w domach publicznych, rozdzielić na dwie podobne kategorie je
i oznaczyć: z d r o w a lub r e w i d o w a n a.

A teraz zachodzi pytanie, co powinni przekładać mężczyźni niezo-
naci, czy jawną prostytucyją, będącą pod nadzorem policyjno-lekarskim?
Wiemy już że pomimo idealnej czujności komitetu policyjno-lekarskiego,
pośród jawnych prostytutek okazuje się około 30—40% dotkniętych przy-
miotem w okresie lepieży płaskich, a więc przy wszelkim powrocie cho-
roby, a nawet po za nim zdolnych zarażać. Czy też mężczyźni powinni
przekładać prostytucyją tajną? Ale tam jak wiadomo, pomimo znacznie
mniejszej odsetki chorych kobiet na przymiot, każda prostytutka wówczas
udaje się do szpitala, gdy choroba przyjmuje groźniejszy charakter, wszy-
stkie zaś miejscowe objawy usiłuje ukryć i dlatego też widoki zarażenia
się nie są mniejsze.

Prostytucyja u r z ę d o w a - j a w n a tylko wówczas ma racyjną bytu,
jeżeli daje społeczeństwu więcej zabezpieczenia od zarażenia się przymiotem
niż prostytucyja tajna. Przy dzisiejszem urządzeniu komitetów policyj-
no-lekarskich wykonanie tego okazuje się niemożliwem, a to dlatego że:
a) skład osobisty jawnych prostytutek kompletuje się corocznie znaczną
liczbą osobistości które niedawno przechodziły przymiot i b) że kobiety
wstępujące jako zdrowe do składu jawnej prostytucyi bardzo szybko ule-
gają zarażeniu się chorobą przymiotową.

W następstwie tych dwóch przyczyn, znajduje się bardzo wielka
odsetka kobiet, w pośród składu prostytutek jawnych, dotkniętych choro-
bą przymiotową w okresie lepieży płaskich i dopóki nie będzie dana pu-
blice możność odróżniania istotnie zdrowej prostytutki od prostytutki,
tylko w danej chwili niepodlegającej leczeniu a mogącej zarazić zdrowego,
dopóty i znaczenie komitetów policyjno-lekarskich będzie bardzo nie-
znaczne.

Ale przy tych wszystkich środkach koniecznym jest i współu-
dział publiki. Społeczeństwo niepowinno być tylko obojętnym widzem
ale i samo powinno także starać się chronić od zarazy przymiotowej.
Drogą ku temu dążącą jest ob zn a j m i e n i e się z g ł ó w n e m i p r a -
w a m i s z e r z e n i a się choroby przymiotowej. Osoby zmu-
szone mieć stosunki z prostytutkami, powinny o tem wiedzieć, że przy-
miot zachowuje własność zarażenia w przebiegu kilku lat i że nawet naj-
ściślejszy dozór policyjno-lekarski, niemoże zabezpieczyć od zarażenia się.
M ę ż c z y z n a w o l n y o d c h o r o b y p r z y m i o t o w e j niepowinien
nigdy mieć stosunków płciowych z kobietą w pierwszych 2—3 latach po
jej zarażeniu się przymiotem, a to aby nie uleść ciężkiej i długiej choro-

bie. Z drugiej strony, mężczyzna dotknięty chorobą przymiotową, w pierwszych latach po zarażeniu się, nigdy nie powinien mieć stosunków płciowych ze zdrową kobietą, jeżeli niechce mieć ciężkiego wyrzutu sumienia że przyczynił się do zarażenia drugiej osoby.

Ostatni rozdział pracy d-ra SZPERKA traktuje: o rozmaitych zewnętrznych uszkodzeniach części płciowych u prostytek (powierzchowne owrzodzenia części płciow. zewnętrznych, części pochwowej macicy i t. d.).

Zarażenie przymiotem zachodzi wówczas mianowicie, jeżeli powierzchnia z którą styka się zarazek jest pozbawioną nabłonka. Rozumie się że jedynie w tym celu aby o ile można uchronić prostytutki od zarażenia się chorobą przymiotową, odsyłają je nawet z bardzo nieznaczniemi powierzchownemi owrzodzeniami do szpitala. Zasada istotnie jest słuszną, lecz niemając prawdziwych danych o stanie zdrowia każdej badanej prostytutki, lekarz pomimo woli zmuszony jest odsyłać do szpitala tak osobistości, dla których (jeszcze niezarażonych przymiotem) podobny środek ma swoje znaczenie jako też i osobistości, dla których podobne zapobieganie jest niepotrzebne t. j. dla tych które oddawna przebyły chorobę przymiotową. Jeżeli przypomni sobie że przeważna ilość prostytutek już przebyła chorobę przymiotową, to zrozumiemy dlaczego bardzo znaczna liczba osób odsyła się do szpitala najzupełniej niepotrzebnie, jedynie z powodu zewnętrznych powierzchownych starć, powierzchownych owrzodzeń (*erosio*).

Kwestyja ta niejest tak mało znaczącą, jak się przy pierwszym badaniu okazuje, a to z następujących względów:

1) Ze względu na prostytutkę. Każde odesłanie prostytutki do szpitala o ile z jednej strony przynosi jej dosyć znaczny uszczerbek materyjalny, o tyle znów z drugiej pozbawia ją wolności. Jeżeli odesłanie do szpitala ma miejsce z powodu choroby, to niewygoda dla prostytutki stąd płynąca wynagradza się pomocą, którą otrzymuje w szpitalu, jako też i względami sanitarnymi. Odsyłanie zaś prostytutek do szpitala z celem aby je ochronić od zarażenia się, wywołuje zawsze wielkie niezadowolenie, pomimo że istotnie w wielu przypadkach ma swoją racyjną bytu.

2) Ze względu na przemianę składu osobistego prostytutki. Wiadomo, że im bardziej przepisy sanitarne są uciążliwe, tem więcej objawia się chęć do ich wymijania. Częste odsyłanie kobiety z domu publicznego do szpitala, czyni ją niezbyt dochodną dla utrzymującej dom publiczny, zaś częste odsyłanie prostytutki pojedynczo mieszkającej, zmusza ją do ukrywania się przed nadzorem; idea uregulowania prostytutki nie zasadza się na powiększeniu odmiany składu osobistego, a przeciwnie na możliwem ograniczeniu tej odmiany.

3) Ze względu na szpital okazuje się cały szereg niewygód: a) budżet szpitala podnosi się na kilka tysięcy rubli; b) niepotrzebnie zajęte są miejsca, które mogły by być przygotowane dla osób istotnie potrzebujących leczenia choroby przymiotowej; c) obecność pomiędzy właściwie chorem, osób zdrowych, niezadowolonych ze swego przebywania w szpitalu, jest przyczyną nieporządków w zakładzie.

W szpitalu Kalinkinskim było w r. 1875 jedynie z powierzch. owrzodz. (*excoriatio*) 972
1876 1356
a więc średnio około 97 kobiet dziennie jedynie z powierzchownemi owrzodzeniami.

Ze względów sanitarnych, powierzchowne owrzodzenia mogą mieć rozliczne znaczenie:

1) Jeżeli kobieta jeszcze nie jest zarażoną przymiotem, to obecność powierzchownego obtarcia na częściach płciowych, przy stosun-

kach płciowych, z mężczyzną dotkniętym przymiotem ułatwia zarażenie. Rozbierając jednakże daną kwestyję na zasadzie statystycznych danych, okazuje się że w przeważnej liczbie przypadków, kobiety zarażają się przy obrażeniach części płciowych w czasie najbardziej nieczystego spółkowania. Znaczna liczba kobiet przysyłanych z szankrami twardemi do szpitala przedtem wcale nie była przysyłana z powierzch. owrzodzeniami (*erosiones*) części płciowych. Przesyłanie kobiet publicznych z przyczyny *excoriationes* jest rzeczą czystego przypadku: jeżeli prostytutka przedstawi się w dniu, w którym okazało się powierzchowne nadżarcie do rewizyi, zostanie odesłaną do szpitala, jeżeli zaś do rewizyi jest jeszcze dni kilka, to powierzchowne owrzodzenie może się zablźnić. Profilaktyka nie tyle powinna się starać o leczenie tych powierzchownych owrzodzeń, ile raczej o niedopuszczenie częstego ich pojawiania się.

2) Powierzchnowe nadżarcia u prostytutki niedawno dotkniętej chorobą przymiotową, mają poważne znaczenie i dosyć często są początkiem lepiczy płaskich, przez co i stosunki z podobnemi kobietami są bardzo niebezpieczne.

3) Powierzchnowe nadżarcia u kobiet które oddawna przebyły chorobę przymiotową nie mają pod względem sanitarnym żadnego znaczenia i podobne prostytutki wcale do szpitala niepowinny być odsyłane.

Tylko mając dokładną wiadomość o prostytutce pod względem jej stanu co do choroby przymiotowej, można dokładnie oznaczyć, czy dane powierzchowne owrzodzenie potrzebuje leczenia w szpitalu, czy nie.

ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Ciąg dalszy. Zob. Nr. 1 i 2).

Niemalý przedstawia interes porównanie STAHL'A z innym nieco starszym teleologicznym fizyjatrá, o wiele od niego sławniejszym Tomaszem SYDENHAM'EM, angielskim HIPPOKRATES'EM, jak go zupełnie niesłusznie nazwano. W teoryi niema wielkiej różnicy pomiędzy naukami STAHL'A i SYDENHAM'A, tak jeden jak drugi, uważa chorobę, jako „usiłowania przyrody, żeby chorego przy życiu zachować.” Te usiłowania okazują się w postaci oczyszczającej gorączki, w objawach której zawsze — nawet w zimnicy — walka przyrody na jaw wychodzi, albo w postaci wypróżnień stolcowych, lub obfitych potów, lub wreszcie wysypki na skórze. Jeżeli usiłowania te przyrody odnoszą pożądany skutek, to choroba jest ostrą, w przeciwnym razie staje się przewlekłą. Jako prawdziwy adept HIPPOKRATES'A, SYDENHAM używa zawsze wyrazu „przyroda” w przeciwstawieniu z „duszą” korzyści STAHL'A i w ogóle angielski fizyjatra nie zagłębia się tak dalece w swojej teoryi, jak konsekwentny niemiecki dogmatyk. U STAHL'A korzyść spycha na drugi plan lekarza, u SYDENHAM'A lekarz zajmuje pierwsze miejsce, a korzyść drugie. O ile zgadzają się ci dwaj ludzie nauki w teoryi, o tyle różnią się w praktycznej stronie medycyny, którą SYDENHAM stara się samodzielnie i na drodze doświadczalnej rozwijać, bez żadnej przymieszki doktryny fizyjatrycznej. Przedewszystkiem stara on się pojedyńcze postacie chorobne ściśle od siebie odgraniczyć, a to

w celu otrzymania pewnych danych do zastosowania swoistych leków. Wpada jednak przytem w pojęcia czysto autologiczne, które do tego doprowadzają go, iż klasyfikuje choroby podług botanicznej formuły. Głównemi jego lekami była china i makowiec, a pod względem użycia tego ostatniego, postawił wskazania, które mają trwałą praktyczną wartość. Wierny podaniom starożytnego dogmatyzmu, uważa on upust krwi, jako najdzielniejszy i główny środek i używa go w rozmaitych chorobach w tak dzielny sposób, iż przeszedł pod tym względem nawet późniejszych francuzkich empiryków: pozwalał on płynąć krwi z żył, dopóki omdlenie nie nastąpiło. Że potrafił on wyrobić sobie taką sławę wielkiego praktyka, pomimo tak niewłaściwego leczenia, tłumaczy nam tylko ta okoliczność, iż praktykował w Westminster, a zatem w najbogatszej części Londynu, gdzie miał do czynienia z samymi silnie zbudowanymi chorymi.

SYDENHAM jest prawdziwym hippokratycznym fizyjatrykiem, jak to widzimy z różnicy poglądów jego i pojęć STAHL'A. Kiedy ten ostatni wzrósł w szkole pietystów, SYDENHAM był uczniem empirycznego filozofa LOCKE'GO¹⁾, utalentowanego następcy BACON'A, a później studia lekarskie odbywał w Montpellier, gdzie szkoła lekarska tem się odznaczała iż z dumą i samowiedzą naukę HIPPOKRATES'A w całości i niezmienną przechowywała i nie dała się ani na chwilę obalamacii spagiryecznej medycyny lub powstałej z niej chemiatryi. Szkoła w Montpellier wyznawała umiarkowaną witalistyczną doktrynę, przyjmując teleologiczną zasadę życiową, zresztą trzymała się ściśle chorej jednostki, z wyłącznie praktycznym celem, odszukania pewnych wskazówek dla leczenia („*science dogmatique des indications*”): BARTHEZ położył koniec temu kierunkowi w drugiej połowie XVIII wieku, przez wydanie swojego systematu („*empirisme raisonné*”) który jeszcze w naszym stuleciu wielkie zachował znaczenie w obec czystej empiryi szkoły Paryzkiej, i któremu dzisiaj jeszcze niektóre utalentowane jednostki holdują (BOUCHUT). Uczeń BARTHEZ'A, LORDAT usystematyzował jego terapią, rozwinąwszy ją na trzy metody: naturalną (fizyjatryją), empiryczną i analityczną, podług których każdą chorobę należy na pojedyncze części rozłożyć i te ostatnie leczyć. Jednakże stagnacyja, w której zamknięty ten systemat w obec postępów nauk przyrodniczych się znalazł, zgubną się stała dla szkoły w Montpellier i straciła ona przez to w zupełności cały swój wpływ. Zaslugą jednakże jest wielką tej szkoły, iż oparłszy się rewolucyjnym burzom XVIII wieku i dzikim tegoż czasu medycznym doktrynom, przechowała Hippokratyzm w całej jego czystości; to też można było z całą słusznością dać napis pod statuą ojca medycyny wystawioną przez Napoleona: „*Hippocrates olim Cous, nunc Montspeliensis*”.

W rzeczy samej, starożytna fizyjatryja ustępuje ku końcowi XVIII wieku po za arystokratycznemi granicami Montpellier, zupełnie na drugi plan. Radykalne, krytyczne rozjaśnienie odrzuca na bok wszystkie dawne powagi i wywołuje nowe doktryny, wypływające z fermentującego okresu; takim jest systemat BROWN'A, który zupełnie antagonistycznie względem fizyjatryi się zachowywał, jak to poniżej będzie wykazane. Filozofija iden-

¹⁾ John LOCKE urodzony w roku 1632 w Wrington pod Bristolem w Anglii, studiował w Oxfordzie medycynę, literaturę klasyczną i filozofję; umarł 1704 r. Przez wydanie klasycznego swojego dzieła: „*Essay concerning human understanding*. London 1690” jest on założycielem psychologicznego empiryzmu; oprócz tego wydał wiele dzieł filozoficznych i pedagogicznych. Wszystkie dzieła jego wyszły w Londynie 1835 w 9-iu tomach. Życiorys jego podał między innemi J. L. SCHÄRER, (Lipsk 1860).

tyczności, która na zasadach panteistycznych pod egidą SCHELLING'A w końcu zeszłego wieku powstała, wyprowadziła teleologiczną fizyjatryję, zwłaszcza w Niemczech, znowu na pierwszy plan. Opierano się tu z całą konsekwencyją na wielkich, tajemniczych siłach wszechświata i przypisywano im rolę walczących z przyczynami chorobowemi, a nawet klinicyści, którzy do pewnego stopnia niezależnymi byli od filozofii i medycyny SCHELLING'A, jak np. powaga eklektyczna HUFELAND, używają pierwiastkowej i potężnej siły życiowej, jako zasady poglądów w medycynie praktycznej. Przyrodo-filozoficzna szkoła SCHELLINGA pozostawia kwestyją owej walki sił życiowych z chorobami nierozstrzygniętą; natomiast fizyjatryja rozwija się w dalszym ciągu pod ręką SCHÖNLEIN'A, który wychodząc głównie z teorii SYDENHAM'A, posiadał rozagę i praktyczny zmysł tego ostatniego. Czysto ontologiczne poglądy, które do starożytnego indywidualizowania wcale się nie nadają, mogły się stać u SYDENHAM'A czysto symptomatycznymi, kiedy tymczasem jego niemiecki następca mógł już, przy pomocy postępów w anatomii patologicznej szkoły Paryzkiej, ontologię chorób w ściślejsze uchwycić formy. SCHÖNLEIN przyjmuje prawie w tym samym stopniu co PARACELSUS uosobienie chorób; przypuszcza on równie jak ten ostatni, że chorobliwe pasożyty do ustroju ludzkiego wdrażają i pomimo silnego oporu dalej się w nim rozwijają. Jeżeli usiłowania przyrody stają się bezskutecznymi, to należy użyć energicznych swoistych środków przeciwno pasożytni; cała ta teoryja przypomina w wysokim stopniu kombinacyje PARACELS'A o autokracji ustroju i o użyciu jego specyfików (*Arcana*).

Potępienie humoralnej patologii jest także wspólnem u reformatora z epoki odrodzenia, u SCHÖNLEIN'A: ten ostatni główny kładzie nacisk na nieprawidłowości anatomiczno-patologiczne, jest zatem solidarnym patologiem. Takie solidarno-patologiczne pojęcia nie dają się jednak pogodzić z fizyjatryją dogmatyczną, jak to już powyżej nadmieniono; cała nauka o przrzutach i o przesileniach tej ostatniej, musi być koniecznie w związku z nieprawidłowościami płynów. Postępy chemii, poznanie różnych zmian chorobowych krwi, doświadczenia HUNTER'A, MAGENDIE'GO, ANDRAL'A i GAVARRET'A stworzyły nową humoralną patologię ze ściśle naukowym dążeniem. Ten kierunek humoralny, że go tak nazwiemy, doszedł do pełni rozwoju w Wiedniu i wyraził się najdobitniej w nauce o skazach (*Krasenlehre*) ROKITANSKY'EGO.

Jakkolwiek pojęcie o Hippokratesowskich czterech kardynalnych sokach od dawna już zniknęło z nauki, sposoby leczenia, które w tych przekonaniach swój początek wzięły, dotychczas przetrwały i wielu mają zwolenników. Nasza dzisiejsza ścisła nauka niepowinna jednak uginać się przed wywodami, które bynajmniej dowiedzionemi nie są. Owo pojęcie o jakiejś sile, która przeciwko chorobom i jej przyczynom walczy, jest tylko wybrykiem naszej fantazyi, a w przekonaniu iż w chorobach wysypkowych starać się należy o wypędzenie wroga nazewnątrz i obawiać się, żeby nie wpakował on się nawewnątrz i nie rzucił się na który ze szlachetnych narządów, widzimy nie więcej jak tylko nieodróżnienie *post* od *propter hoc*. Trzeźwe a ścisłe spostrzeżenia od dawna już wykazały nam, iż doktryna o bezwarunkowym pożytku z długo podtrzymywanego ropienia, z obfitych wodnistych stolców i znacznej utraty krwi jest w wysokim stopniu fałszywą. Wielka zatem teleologiczna siła traci coraz bardziej na wartości, gdyż wiara w nią nie da się bynajmniej z naszymi dzisiejszemi pojęciami pogodzić. Według terażniejszych przekonań wszystko, nie wyłączając chorób, powstaje skutkiem pewnych określonych i niczem nie zmienionych praw w przyrodzie. Wszak sprawy chorobne miewają pomysł-

ny lub niepomyślny przebieg i kończą się wyzdrowieniem lub śmiercią, zawsze stosując się do tych samych praw niezmiennych.

A jednak doktryna ta nie jest w zupełności pozbawioną zasady; niepospolity dar spostrzegawczy i genialny pogląd dawnych badaczy, nie omyliły się w zupełności w tym razie, a w starych dogmatach znajdujemy tyle niewzruszonej prawdy, że hippokratesowska fizjatria, zawsze wszelki wpływ na medycynę wywierała i wywierać będzie. Starzy trafnie pojmowali: że ustrój jest mikrokosmem, w którym wszystkie czynności w sposób harmonijny i wzajemnie się dopełniający odbywają się i tylko w skutek wysokiego poetycznego idealizującego usposobienia, odstąpili oni od trzeźwych i zdrowych zasad fizjatrii. Te ostatnie nie dały się obalić i znalazły potwierdzenie w nowszej przyrodniczej medycynie, która wielkie przywiązuje znaczenie do samoleczenia siłami przyrody. Największy i najsystematyczniejszy dzisiejszy patolog VIRCHOW, rozbiera w swoim podręczniku szczegółowej patologii i terapii, kwestyjną życiową dla lekarza praktycznego a mianowicie kwestyjną: czy obok leczenia siłami przyrody, można osiągnąć wyleczenie zapomocą odpowiednich sztucznych sposobów i utrzymuje że to ostatnie z tamtem nigdy w sprzeczności się nie znajduje; światli lekarze wszystkich czasów zawsze utrzymywali że nie są niczem innym jak tylko „sługami przyrody”, (*ministri naturae*). Taki wzniosły unysł jak VIRCHOW'A niemoże jednak hołdować krańcowej fizjatrii i wpływającemu z niej indyferentyzmowi, przeciwnie podnosi on z naciskiem iż sztuczne leczenie nie jest identyczne z samouzdrawieniem i że lekarz dużo zdziałać może, a mianowicie przez operacje i t. p. przyspieszyć może wyzdrowienie, które siłami przyrody (przez wydalenie obcego ciała, oddzielenie martwej kości) daleko powolniej by się odbywało; tylko nie trzeba sobie wyobrażać jakiejś odrębnej do tego siły, gdyż zjawiska, które do wyzdrowienia prowadzą, są takie same jak inne w zdrowym lub chorym ustroju spostrzegane. WUNDERLICH, założyciel nowej fizjologicznej medycyny, podobnie wygłaszał zasady i twierdził iż leczenie wyczekujące zawsze pierwszą rolę grać będzie.

Niepospolitą zatem zasługą jest dawnej fizjatrii, że nauczyła ona nas szanować siły przyrody i nauczyła nas ostrożności w dzielnem wyśpowaniu przeciwko chorobom.

(d. c. n.)

KONIEC ROZDZIAŁU DRUGIEGO.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

O mechanicznem leczeniu zwężeń krtani. Po sztucznem rozszerzeniu cewki, odbytnicy, przewodu łzowego i t. p. można było się spodziewać, że przyjdzie czas i na drogi oddechowe; techniczne jednak trudności udało się usunąć dopiero po zastosowaniu wziernika krtaniowego, wynalezione go przez CZERMAK'A. Ciekawym jest początek tej operacji. Pierwszy na nią wpadł chirurg DESAULT, opierając się na spostrzeżeniu tego rodzaju, że jeden z chorych zamiast w przelyk wprowadził sobie zgłębnik w tchawicę, w której trzymał go około 8 godzin. Pierwszy zaś, który zastosował systematyczne wprowadzanie zgłębnika przy zwężeniach krtani, na znacznej liczbie chorych z zadziwiająco pomyślnym wynikiem, był SCHRÖTTER. W tym celu używa on krótkich, cynowych, trójściennych piramid (*Bolzén*), opatrzonych u dołu guzikiem, u góry mosiężnem uszkiem. Do tego uszka przywiązuje się mocną nitkę jedwabną, którą przewłóczy się przez zagiętą naksztalt cewnika cewkę metalową; poczem naciągamy mocno nitkę, tak że piramidka wraz z cewką tworzą jednolitą prawie całość i pod przewodnictwem wziernika wprowadzamy do krtani chorego, któremu uprzednio zrobioną była tracheotomija. Wprowadziwszy rozszerzacz do szczeliny chwytamy szczypekami jego guziczek przez otwór górny w cewce tracheotomicznej, wyciągamy ręką (naksztalt cewnika) po nitce, a nitkę przywiązujemy choremu do ucha.

W ten sposób udało się SCHRÖTTER'owi w wielu razach zwięzienia zapalnego uwolnić chorych od długiego noszenia cewki w tchawicy. Na tem on jednakże nie przestał, zastosował bowiem ten sposób i do tych przypadków zwięzienia krtani skutkiem przewlekłego zapalenia, w których nie była robioną tracheotomija. W tym celu zaczął używać cewek z twardego kauczuku, nieobłych, lecz trójgraniastych, z ostrą krawędzią ku przodowi. Otrzymane w ten sposób wyniki wykazały, że w przypadkach przewlekłych można całkowicie obejść się bez tracheotomii.

Obecnie HACK stosuje ten sposób do ostrych zwiężeń krtani pochodzenia zapalnego; zamienia zatem powolne rozszerzanie na szybkie (*Dilatation rapide*) i w ten sposób chce dać lekarzowi praktycznemu nowy oręż w rękę przeciw niebezpiecznemu a skrytemu wrogowi, oręż z pomocą którego udałoby się obejść tracheotomija. Nadto czysto teoretyczne stawia wskazania do tej operacji, a mianowicie: 1) ropień w krtani 2) wylew krwi w tkankę podsurowiczą, 3) złamanie chrząstek krtaniowych, 4) skurcz krtani, 5) zwład mięśni rozszerzających.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że sposób ten wzbogacają nasze środki operacyjne, jednocześnie daje nam możność właściwego stosowania danej operacji; atoli dodać winniśmy, że wymienione wskazania są niesłychanie rzadkie w porównaniu do zwięzienia od krup, a tu właśnie rozszerzenia stosować nie można, raz z powodu obawy by rozszerzadło nie odłuszczyło błony rzekomej i nie wtłoczyło jej w tchawicę, a powtóre, że u chorych na krup, których przeważającą liczbę stanowią dzieci, niepodobna użyć wziernika, bez którego wprowadzenie zgłębnika jest nazbyt ryzykowne.

(*Ueber die mechanische Behandlung der Larynxstenosen* von W. HACK *Saml. klin. Vorträge R. VOLKMANN. Nr. 152*).

Wład. Mat.

Przypadek skurczu powiekowego. BUZZARD (*Brit. med. journal, 1878*) opisuje przypadek skurczu powiekowego, który zmagał się przy chodzeniu i zuci. Choroba ustąpiła po usunięciu woszczku z przewodu usznego zewnętrznego. Obecność woszczku wywołała newralgią gałęzi uszno-skroniowej 5-ej pary, a następnie i skurcz powiekowy. S. K.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Kraków. Na posiedzeniu administracyjnem d. 2 b. m. Towarzystwo lekarskie wybrało: prezesem d-ra WŁ. SCIBOROWSKIEGO, wiceprezesem ponownie d-ra Aleksandra ZARAWICZA, sekretarzem dorocznym d-ra SKÓRKOWSKIEGO, delegatem Towarzystwa do komisji sanitarnej miejskiej ponownie prof. St. JANIKOWSKIEGO. Ustupiającemu po dwuletniem gorliwem urzędowaniu d-rowi DOMAŃSKIEMU dotychczasowemu prezesowi, Towarzystwo uchwaliło podziękowanie oraz wręczenie albumu z fotografiami wszystkich członków.

Na wniosek d-ra M. ZIELENIEWSKIEGO, który komisyja redakcyjna „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO” z małą zmianą przyjęła, *Przegląd* od 1 Stycznia r. b. pomieszcza tytuły rozpraw oryginalnych, ogłaszanych w Rocznikach Akademii Umiejętności, *MEDYCYNIE, GAZECIE LEKARSKIEJ, PAMIĘTNIKU Tow. lek. Warszawskiego* i *DWUTYGODNIKU MEDYC. PUBL.*

Paryż. Od 1 Stycznia r. b. professorowie wydziału lekarskiego Paryżkiego pobierają płacy rocznej 15000 franków, to jest tyle, ile professorowie innych wydziałów. Dotychczas z uwagi na dochody z praktyki lekarskiej w mieście, pobierali oni o 3000 fr. mniej niż na innych wydziałach. Prezydent Rzeczypospolitej Francuzkiej zatwierdził 22 Grudnia r. z. utworzenie przy szkole lekarskiej praktycznej osobnej katedry dla wykładu nauki o chorobach dzieci i o chorobach ocznych. Postanowiono nadto utworzyć nowy wydział lekarski w Tuluzie. Członkiem Akademii nauk, na miejsce opróżnione po Cl. BERNARD'zie, wybrany został większością głosów (40 na 59 głosujących) MAREY.

Berlin. Liczba słuchaczy na wszystkich wydziałach uniwersytetu w bieżącym półroczu zimowym znakomicie wzrosła. Obecnie jest 3213 studentów; w r. 1877 na 8 było ich w temże półroczu 2834. Z liczby 3213 uczęszcza: na wydział teologiczny 176, na prawny 1211, na lekarski 433 i na filozoficzny i nauk przyrodniczych 1493. Do tego dodać jeszcze należy 190 słuchaczy uczęszczających do zakładów wojskowych lekarskich; tym sposobem liczba medyków dochodzi do 628; jest to największa liczba jaką kiedykolwiek wydział lekarski tutejszego uniwersytetu posiadał.

Lipsk. Założony w r. 1874 przez d-ra KUNZE'GO z Halli i redagowany przez niego a w ostatnich 2-ach latach przez B. FRAENKEL'A tygodnik p. n. „*Deutsche Zeitschrift für practische Medicin*” z końcem roku ubiegłego przestał wychodzić.

Zmarli. GORUP-BESANEZ, znakomity chemik † w Würzburgu. Henryk GINTRAC, prof. i dziekan w r. z. utworzonego wydziału lekarskiego w Bordeaux. BAZIN, znakomity dermatolog, † w Paryżu w 71 roku życia. SALES-GIRONS, znany redaktor czasopisma „*Revue medicale*” † w Paryżu w 70 roku życia. M. RUDNIEW znany prof. akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu, † z choroby umysłowej. REISSNER prof. uniwersytetu Dorpackiego, znany z prac w dziedzinie histologii i anatomii porównawczej. Herman BERGEL, autor kilku dzieł oryginalnych gynecologicznych i tłumacz dzieł angielskich SIMS'A i HEWITT'A † w Wiedniu.

Korrespondencyja Administracyi.

W-mu d-rowsi L. K. w Wielkich Łukach. Wszystkie żądane N-ra wysłane zostały, oprócz 15-go z r. 1875 i Spisu treści Tomu III, który jest już najzupełniej wyczerpnięty.

W-mu d-rowsi K. w Irkucku. T. II chorób nerwowych prof. ERN'A (przekład z podręcznika ZIMSEN'A) w tych dniach wysłany został; nie mogliśmy tego uczynić po otrzymaniu pierwszego listu, gdyż niedokładnie w nim podano nazwisko autora dzieła. Z nadesłanych w r. z. 16 rs. wydatkowaliśmy: na MEDYCYNĘ II półrocze r. z. 3 rs. na GAZETĘ 3 rs., na ZDROWIE 2 rs. 50 kop. na Choroby serca i naczyń 2 rs. 25 kop. i obecnie na T. II chorób nerwowych 4 rs. 25 kop., razem 15 rs., pozostaje u nas 1 rs. Z nadesłanych obecnie 10 rs. opłaciliśmy 3 rs. za MEDYCYNĘ, 3 rs. za GAZETĘ, 3 rs. za ZDROWIE i 1 rs. za ROCZNIK.

W-mu d-rowsi w Tomsku. Żądane dzieło w przyszłym tygodniu mamy otrzymać i wtedy takowe wysłane zostanie; inne zlecenia podług wskazania załatwione; pozostało 50 kop. na opłatę pocztą.

W-mu d-rowsi K. R. w Saradowie. Chętniebyśmy żądaniu W. Pana zadość uczynili, lecz szczerpleramy MEDYCYNY na to nie pozwalają aby cały Nr. drukować większem pismem.

W-mu d-rowsi E. T. w Gródku. Z nadesłanych 6 rs. użyliśmy 3 rs. na pokrycie zaległości za II półrocze 1877 r., jeżeli nadesłane w r. z. 6 rs. uważać będziemy jako przedpłatę za rok cały ubiegły; tym sposobem tylko I półrocze r. b. jest dotąd opłacone.

OGŁOSZENIA.

APTEKA

MAGISTRA FARMACYI

Wincentego Karpńskiego

w Warszawie, ulica Elektoralna Nr. 35, wprost Solnej.

Tran lekarski.—Tran z jodkiem żelaza. — Tran z żelazem. — Tran z benzoanem żelaza. **Zincum phosphoratum.**—**Argentum hypermanganicum.**—**Acidum Chrysophanicum** (1 drachma 90 kop. dawniej koszt. rsr. 3).—**Eserinum sulfuricum.**—**Pilocarpinum nitricum.**—**Ferrum benzoicum.**—**Natrum benzoicum.**—**Natrum thymolicum.**—**Albuminum jodatum.** Wszystkie rzeczzone środki Apteka posiada na składzie w znacznym zapasie. Zwracam także uwagę P. P. lekarzy na: **Oleum Ricini Koussinatum**, nowy środek mego pomysłu, przeciwko **Tasiemcowi** (doza 1½ uncyi, cena rsr. 3). Sposób użycia następujący. Zadaje się z rana naczco co dwie godziny łyżkę stołową *Olei Ricini Koussinati* z ciepłą mocną kawą czarną bez cukru, aż do skutku, a na wypadek nudności podać filiżankę rosółu wołowego mocno osolonego. Środek ten wielokrotnie był już próbowany, z pomyslnym skutkiem.

W. Karpński.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biurow Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.