

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r z e d p ł a t y :

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

TREŚĆ: Z kliniki chirurgicznej prof. Kosńskiego. Zapalenie stawów rzeżączkowe. Uwagi nad powikłaniami stawowymi rzeżączki w ogóle. Podał dr. Wł. MATLAKOWSKI, asystent tejże kliniki. (Dokończenie.) — Kazuistyka. Kilka przypadków różnopostaciowej wysypki, spostrzeżanej w m. Październiku i Listopadzie r. b. w Warszawie. Spostrzeżenie dr. J. SZNAJLA. — Odcinek. PETERSEN'a: Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCHE. (Ciąg dalszy.) — Streszczenia wyciągi. Porównanie działania chloroformu, chloralu, makowca i morfiu u rodzących. Pilokarpina przeciw zimnicy przestankowej. — Kronika miejscowa. Posiedzenie komisji układającej plan poszukiwań wody do picia dla Warszawy. Oddział rakowatych nieuleczalnych kobiet w szpitalu św. Łazarza i oddział przymiotowych niemowląt tamże. Wiadomości osobowe. — Ogłoszenia.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOSIŃSKIEGO

Zapalenie stawów rzeżączkowe (*Arthritis gonorrhoeica*).

Uwagi nad powikłaniami stawowymi rzeżączki w ogóle.

Podał Wł. Matlakowski, asystent tejże kliniki.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 48 i 49).

Widzieliśmy wyżej, że angielscy autorowie stawiają powikłania w przebiegu rzeżączki, o których tu mowa, obok ostrego gościa stawowego. Naturalnie wypada zastanowić się w jakim stosunku stają do siebie obie te sprawy. Roku przeszłego w tem samym piśmie (Nr. 27—30) zastanawiałem się nad gościem ostrym (*Rheumatismus articularum acutus*) zwanym przez NIE-MEYER'a *Polyarthrititis rheumatica*, a *Arthritis e causa ignota* przez KORCZYŃSKIEGO. W owym artykule na mocy prac odnośnych przedstawiłem jak należy obecnie zapatrywać się na tę tajemniczą pod względem przyczynowym chorobę. Otóż: czy istnieje różnica powikłań rzeżączkowych od gościa zwyczajnego w obrazie klinicznym i powtóre czy istnieje różnica pod względem patogenicznym? Co do pierwszego może tu być oczywiście porównanie jedynie z gościem o przebiegu ostrawym (*decursus subactus*). Trudno jest na podstawie jednego spostrzeżenia orzekać o różnicy w obrazie klinicznym; rozbierając atoli i zestawiając ze sobą te dwa stany, przychodzimy do wniosków, że nie ma objawów, któreby nam pozwalały ustalić rozpoznanie różnicowe. TALAMON sili się nad przeprowadzeniem linii granicznej między niemi. Utrzymuje on, że różnicę tę cechuje tak rozwój objawów stawowych, jak również i przypadłości ogólne. Co się dotyczy objawów stawowych to według tylko co wymienionego autora cierpienie rzeżączkowe mają cechować: rozpowszechnienie zapalenia na mniej-

szą liczbę stawów, większa uporeczywość choroby, brak nagłych zwolnień (*délitescences*), trudniejsze rozchodzenie się sprawy (*resolutio*); cechy te jednakowoż nikogo o istotnej różnicy nie przekonują. Również nie mogą stanowić cechy różnicowej między temi dwoma stanami owe drobne różnice w składzie wysięku zauważane przez LABOULBÈNE'A ¹⁾. Co się dotyczy przypadłości ogólnych, to pierwszą różnicę ma stanowić przebieg gorączki, która w zapaleniu rzezączkowym według spostrzeżeń QUINQUAUD'A poprzedza wybuch cierpienia i towarzyszy temu ostatniemu w samym początku; jest ona nader umiarkowaną, bo dochodzi do 38^o5, a w kilka dni ustaje. Powtórę przy cierpieniu stawów rzezączkowym nie ma obfitych potów. Potrzenie mocz nie jest jak w gościu zwykłym nasycony, w skąpej ilości i z obfitym osadem moczanów. Wreszcie krew u ludzi dotkniętych gościem zwyczajnym obfituje w krzepnik (w nadmiarze, w porównaniu z krwią prawidłową), a ubogą jest w ciała czerwone; cechy, których nie przedstawia krew osobników cierpiących na zapalenie stawów rzezączkowe. Czytelnicy, co spostrzegali tak nieopisanie zmienne co do postaci i przebiegu przypadki gościa zwyczajnego, zapewne nie zgodzą się na to, by przytoczone różnice mogły stanowić gruntowny, a istotny przedział między dwoma chorobami, o których mowa. Nadto niepodobna mimochodem zauważyć, że autor piszący w zakresie medycyny nie na podstawie własnych spostrzeżeń, lecz na podstawie prac cudzych, łatwo może wpaść w błąd przez to, że mu imponują wyrazy, tak w zględnie malujące nasze zmysłowe wrażenia, a sumując różnice wyrazowe może znaleźć ogromną różnicę tam, gdzie w rzeczywistości takowa jest nader małą. Medycyna nie jest nauką, gdzieby słuszność była po stronie większości jak w izbie sejmowej. Wskazane różnice ze strony krwi, moczu, wysięku muszą być powszechniej potwierdzone, zanim utworzą grunt pewny dla rozpoznania różnicowego. Inne objawy jak nagłe chowanie się objawów (*délitescences subites*) i niektóre powikłania gościa zwyczajnego ²⁾ znajdują się dotychczas pod znakiem zapytania, a zatem nie możemy powoływać się na nie przy rozróżnianiu spraw, o których mowa. I tak nie znajdujemy ani jednego pewnego objawu, na którymbyśmy mogli się oprzeć, przez to atoli nie chcę twierdzić, by wprawne oko specjalisty nie było w możności pochwycić drobnych cech, różnic ilościowych, i z pomocą nich uczynić właściwego rozpoznania; dar ten atoli przechodzi w dziedzinę sztuki,—tak że ostatecznie do rozpoznania prawdziwego dojść możemy jedynie drogą ścisłego zbadania możebnych przyczyn zapalenia stawów w ogóle ³⁾. Znalazłszy u chorego rzezączkę powinniśmy zwrócić uwagę

¹⁾ TALAMON l. c. Zeszyt Styczniowy str. 65.

²⁾ Patrz artykuł BESNIER'A o gościu w ogromnej encyklopedyi francuskiej obecnie wychodzącej.

³⁾ DUPLAY za charakterystyczny objaw dla zapalenia rzezączkowego uważa szybkie powstawanie i nagłe wchłanianie wysięku ze stawu; „*l'arthrite blennorrhagique seule offre ce curieux phénomène d'une hydropisie se développant avec grande promptitude et disparaissant de même*” l. c. str. 14.

na możebną zależność cierpienia stawu od tej ostatniej, a kilkakrotne pokazywanie się powikłań stawowych po każdej rzeźączce niewątpliwie przemawia na korzyść cierpienia rzeźączkowego stawu.

Drugi punkt, a mianowicie różnica we względzie patogenicznym, od dawna zajmował lekarzy, którzy o tym przedmiocie pisali. Pod tym względem powikłania rzeźączkowe stoją bezporównania wyżej od gościa zwyczajnego. Podczas gdy o pierwszych wiemy przynajmniej tyle, że przyczyną ich jest rzeźączka i do pewnego stopnia możemy racjonalnie objaśnić ten związek, w zakresie gościa zwyczajnego dopiero oczyszczono pole dla przyszłych badań; przyczyny gościa są zupełnie nieznanne, nie mamy żadnych doświadczeń, któreby mogły nam towarzyszyć przy objaśnianiu tej niejasnej sprawy chorobowej. A jednak niektórzy autorowie chcieli w ten sposób rzecz uprościć, że przypuszczali tożsamość gościa z powikłaniami rzeźączkowymi. Według PETER'A i jego uczniów te ostatnie są tylko przejawem ogólnego usposobienia goścowego (*dialthesis rheumatica*) wywołanym przez rzeźączkę. GUÉNEAU de MUSSY mniema, że większa część osobników, u których okazują się objawy stawowe cierpiało już uprzednio na przypadłości goścowe. Było atoli krok wstecz w badaniu natury powikłań tryprowych. Owszem należy przyklasnąć usiłowaniom badaczy, którzy z obszernej a niejasnej grupy obejmowanej nazwą „gościec” zdolali wyłączyć rozmaite zapalenia stawów i wyjaśnić ich przyczyny, że wspomnę o zapaleniach w okresie połogowym, w przebiegu chorób gorączkowych ostrych i t. p.

Posunęlibyśmy się poza obręb faktów i najbliższych wniosków z nich płynących, gdybyśmy wraz z FÉRÉOL'EM przyjęli, że przyczyną cierpienia stawów jest wchłonięcie zarazka rzeźączkowego; jakież bowiem autor ten ma dowody na poparcie swego przypuszczenia; czem wykaże, iż to zarazek a nie ropa lub inna wydzielina cewki wywołuje powyższe powikłania? Z tem tłumaczeniem kojarzy się inne, podane przez HERVIEUX'GO, który uważa t. z. „gościec rzeźączkowy” za chorobę zakaźną, ogólną, w rodzaju przymiotu, czemu atoli przeczą codzienne fakta.

Stanęliśmy więc w rozbiórce naszym patogenezy powikłań rzeźączkowych na tem, że przyczyną ich jest wchłonięcie materij zakaźających z błony śluzowej cewki. Mamy obecnie na widoku w krótkości zastanowić się: 1) nad zestawieniem powikłań rzeźączkowych z powikłaniami po operacjach dokonywanych na drogach moczowych; 2) spożytkować tu, o ile się da te nieliczne doświadczenia, które czyniono w celu wyjaśnienia sprawy, a wreszcie 3) przejść szybko warunki powstawania powikłań stawowych w rzeźączce.

Co do pierwszego nadmieniliśmy już powyżej, że niekiedy powstają niemiłe powikłania, 1) po operacjach: jak po litotrypsji, przy rozszerzaniu cewki, niekiedy po zwyczajnem wprowadzeniu cewnika, 2) w przebiegu niektórych chorób jak: zwężenia cewki, przerost gruczołu krokowego, kamień i t. d. Powikłania te na które CIVIALE pierwszy zwrócił baczniejszą uwagę i oznaczył imieniem „*fièvre urétrale*” rozpoczynają się dreszczem

wstrząsającym, cechują się wysoką ciepłotą, zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, znacznym osłabieniem, sennością, obfitemi potami, niekiedy bredzeniem, a zatem jak widzimy znacznie się różnią pod względem klinicznym od powikłań przy rzeżączce, przy których czasami przebiega chorego lekko zimno i bywa bardzo nieznaczne podniesienie ciepłoty. Najciekawszymi byłyby przypadki, w których oprócz owej „gorączki cewkowej”, „gorączki moczowej”, byłyby jeszcze i powikłania stawowe; atoli nie szczegółowego nie znajdujemy w obszernych a specjalnych dziełach o drogach moczowych DITTEL'A ¹⁾, PODRAZKIĘGO ²⁾, THOMPSON'A ³⁾. THOMPSON ⁴⁾ ogólnikowo tylko wspomina, że zakażenie ropne może wikłać zwięzienia cewki, przyczem zdarzają się ogniska ropne w stawach i w innych narządach. Nadto wspomina o bólach uporeczywych pod podeszwą, bólach neuralgicznych w udach i w innych okolicach ciała, które ustępowały dopiero po przywróceniu cewce jej prawidłowego światła. Fakty te są nader skąpe, a przeto nie bliższego wynioskować się z nich nie da. Bezporównania lepszy opis powikłań operacyj i chorób dróg moczowych podaje RELIQUET ⁵⁾ w swem doskonałem dziele, w którym poświęca temu przedmiotowi obszerny, ślicznie opracowany rozdział. Prócz gorączki moczowej mogą powstawać ogniska ropne w tkance łącznej, w mięśniach, w stawach, lub w trzewiach jak wątroba, śledziona, mózg, a najczęściej w nerkach. RELIQUET przypuszcza, że przyczyną wszystkich objawów tej gorączki jest zakażenie krwi moczowe (*l'intoxication urinaire*), zależne od wchłonięcia moczu albo przez ranę albo przez błonę śluzową obnażoną z nabłonka. Na potwierdzenie swego przypuszczenia przytacza dwa szeregi faktów; mianowicie spostrzeżenia kliniczne przy uretrotomii wewnętrznej, przy której robi się nacięcie błony śluzowej, pokazały, że dopóki operacyja ta robioną była w ten sposób, że po nacięciu cewki w miejscu wąskim nie wprowadzano natychmiast *sonde à demeure*, dopóty u chorych powstawał dreszcz i gorączka moczowa, skutkiem właśnie zetknięcia się moczu z raną i wchłonięcia składników jego przez tę ostatnią i naodwrot: odkąd poczęto wprowadzać po nacięciu cewki cewnik na 24—48 godzin do pęcherza, przekonano się, że dreszcz nie przychodzi, a to dlatego, że cewnik szczelnie przystaje do rany na bł. śluzowej i chroni ją przez ten czas od zetknięcia z moczem, który wypływa przez cewnik. Na potwierdzenie tego RELIQUET przytacza doświadczenia swoje, GOSSELIN'A i MAISONNEUVE'A; ja ze swej strony mogę zaznaczyć, że niewidziałem również dreszczu i gorączki moczowej po uretrotomii wewnętrznej, którą na naszej klinice robi się sposobem MAISONNEUVE'A, z wpro-

¹⁾ *Die Strickturen der Harnröhre* w PITHA und BILLROTH'A *Handbuch der allg. und spec. Chirurgie* str. 111.

²⁾ *Die Krankheiten Penis und der Harnblase*. Tamże str. 102.

³⁾ *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires* str. LXII, CXXIII, r. 1874. I tegoż samego. *Traité pratique des maladies des voies urinaires* str. 84, 691.

⁴⁾ *Traité* str. 93.

⁵⁾ *Traité des opérations des voies urinaires*. 1869. str. 1—35.

wadzeniem natychmiast cewnika i pozostawieniem go w pęcherzu. A zatem zakażenie moczowe po operacjach następuje skutkiem zranienia wyraźnego, lub złuszczenia, starcia nabłonka. W jakim sposobie powstaje ten sam stan przy niektórych chorobach dróg moczowych np. przy zwężeniach? R. przy tłumaczeniu tego kładzie nacisk na dwie rzeczy: wraz z CIVIALEM twierdzi, że najglówniejszą rolę odgrywa zastój moczu i rozkład alkaliczny tego ostatniego; skutkiem tego rozkładu zmieniają się własności chemiczne moczu, a *eo ipso* zmieniają się normalne warunki oddziaływania nabłonka dróg moczowych, którego zadaniem jest chronić ustrój od wehłaniania składników tego wytworu przeróbki materji. Pod wpływem zmienionego moczu komórki nabłonkowe rozpuszczają się, odpadają łatwo i w ten sposób otwierają drogę wehłanianiu wytworów zakażających.

Na poparcie tych wywodów teoretycznych RELIQUET przytacza doświadczenia KUSS'A profesora fizjologii w Strassburgu i SUSIN'EGO. Pierwszy z nich wstrzykiwał do pęcherza tylko co zabitego królika żelazocyjan potassu, a na powierzchnię surowiczą pęcherza stosował półtorochlorek żelaza; przez kilka godzin nie było odczynu t. j. błękitu pruskiego; lecz jeśli poprzednio zdrapać lub zeszkrobać nabłonek pęcherza, a następnie powtórzyć powyższe doświadczenia, zjawia się natychmiast błękit. SUSINI przerobił te same doświadczenia na zwierzętach żywych, uśpionych; wynik był taki sam. Dalej czynił spostrzeżenia nad sobą samym. Wiedział z doświadczenia o wrażliwości swojej na jodek potasu, przyjęty *per os*; wstrzykiwał sobie bez porównania mocniejszy roztwór tego związku chemicznego do pęcherza, trzymał w nim po kilka godzin i nie zauważył zwykłych objawów działania. Dalej to samo doświadczenie powtórzył z atropiną.

Przytoczyłem tu spostrzeżenia kliniczne gorączki moczowej i powikłań po operacjach dokonywanych na drogach moczowych, jak również powyższe tłumaczenia RELIQUET'A i doświadczenia tylko co podane dlatego, by zapomocą analogii wytłumaczyć sposób powstawania powikłań stawowych przy rzeźące. Jak tam, tak i tu sposób powstawania jest jeden i ten sam: materjje zakażające znajdują się w przewodzie cewki moczowej, źródłem zakażenia jest wehłanianie tych materjji do krwi, drogę zaś wehłaniania stanowią pewne punkta błony śluzowej, pozbawione swego prawidłowego pokrowca. Przypuszczenia tego zbić nie mogą badania cewki wzornikiem DESORMEAUX, gdyż podobne punkta mogą być niedostrzegalne dla gołego oka, a z drugiej strony badanie tym przyrządem nie tak jest łatwe, skoro taki DITTEL przyznaje się do tego. Zresztą nie przesądając faktów, czekać będziemy, ażali nowe badania przyrządem oświetlającym NITSCHÉ—LEITER'A nie popchną anatomii patologicznej rzeźączki na nowe tory.

Na zakończenie tego artykułu dodać musimy, że dotychczasowe kuszenia się autorów, między innymi i TALAMON'A celem określenia warunków, w jakich powstaje t. z. „gościec rzeźączkowy” były całkowicie płonnemi. Podczas gdy VOELKERS i BESNIER twierdzą, że powikłania sta-

wowe i inne są niezaprzeczenie częstsze w krajach północnych, niż ciepłych (nasz chory, również ich dostał na północy bo w Dynaburgu), HUE-TER, który miał tak bogaty materiał cierpień stawowych w Greiswaldzie, liczy zapalenia stawów rzezączkowe do b. rzadkich, a FOURNIER stanowczo przeczy temu, by zimno i wilgoć miały jakikolwiek wpływ na powstawanie powikłań rzezączkowych. Inni znowu tłumaczą ten wpływ północy, panującą nędzą wśród niższych warstw ludności, większą w krajach północnych niż południowych; tak utrzymują BOND lekarz angielski i BESNIER, którzy sądzą, że osłabienie, złe odżywianie ustroju, słaba budowa, niedokrwistość, leczenie wyniszczające usposabiają do powikłań stawowych. Uwagi te mogą być zupełnie sprawiedliwymi i nie przeczą w niczem teorii powstawania powikłań rzezączkowych. O ile na to powstawanie wpływają: okres rzezączki: ostry, czy przewlekły — rodzaj leczenia: wstrzykiwania mocne do cewki, czy leczenie wewnętrzne balsamami *per os* ¹⁾ rozstrzygnąć to mogą dalsze, a ściśle spostrzeżenia.

Wreszcie nadmienić musimy, że dawniejsze mniemania jakoby niewiasty wolne były od powikłań rzezączkowych okazały się niesłusznymi, odkąd FOURNIER zebrał i ogłosił niewątpliwe spostrzeżenia przypadków podobnego rodzaju.

K A Z U I S T Y K A.

Kilka przypadków różnopostaciowej wysypki („różyczki, *Roseola infantilis*”)

w m. Październiku i Listopadzie r. b. spostrzeganej w Warszawie.

Spostrzeżenie d-ra Sznabla.

W drugiej połowie m. Października i w Listopadzie r. b. spostrzegalem u dzieci kilka przypadków wysypki łagodnej, kończącej się w dni kilka zupełnem wyzdrowieniem; w tym czasie płonica występowała bardzo nielicznie, odry zaś wcale nie spostrzegalem. Objawy wspomnianej wysypki były rozmaite: to przedstawiała obraz t. zw. *Erythema multiforme* HEBRY (mianowicie odmiany jej *E. annulare, gyratum*), to znów była więcej do odry lub do płonicy zbliżona. Oprócz jednak zewnętrznego wyglądu wysypki, brak był zupełny charakterycznych danych, pozwalających załączyć takową do jednej lub drugiej postaci chorobnej. Podobne wysypki, stosunkowo dość rzadko występujące, opisywane są zwykle pod nazwą r ó ż y c z k i albo k u r u (*Roseola s. Rubeola*); trudno częstokroć odróżnić je od odry lub płonicy, zwłaszcza jeżeli występują w czasie panowania tych chorób, jeżeli (co rzadziej) towarzyszy im gorączka i niezłyty błon śluzowych u dzieci, które odry lub płonicy nie przebywały; dla

¹⁾ ZEISSL dp. utrzymuje, że „to tylko jedno prawie zawsze się sprawdza, że w wielu razach gościec rzezączkowy nagle się rozwija po przyjęciu w samych początkach trypra *Bals. Copaivae* w niemiarkowanych dawkach.”

rozdzielenia należy pamiętać że w t. zw. różyczce stan ogólny dziecięcia nie cierpi lub też tylko w nieznacznym stopniu, gorączki bowiem niema lub jest nieznaczna i krótkotrwała, że brak jest charakterystycznych cierpień nieżytowych oskrzeli lub gardzieli, jako też zajęcia nerek i t. p., że przebiega szybko i kończy się w dni kilka zupełnem wyzdrowieniem, że po największej części niema końcowego łuszczenia się naskórka i nareszcie, że różyczka występuje także i u dzieci które już przebywały wszystkie inne wysypki gorączkowe i nieraz zapewne zdarzyło się że wtedy braną była za „powtórnie” wybuchłą lub „poronną” postać odry lub płonicy. Choroba w mowie będąca nie jest jeszcze dostatecznie dobrze określona; ztąd też, wiedz, zasadzając się na występowaniu częstokroć epidemicznem różyczki, zalicza takową do chorób zakaźnych ostrych, gdy iun jak WEST i t. d. włączają takową do chorób skórnych niezakaźnych, dodając do niej różne postacie przekrwień skórnych (*Erythema congestivum*) lub nawet spraw zapalnych skóry (*Erythema exsudativum*); niektórzy autorowie przyjmując „różyczkę prostą” występującą pod różnem postaciami sporadycznie lub epidemicznie z gorączką lub bez takowej, zaliczają jeszcze do niej t. zw. wysypki mieszane (*hybride Rötheln, Bastardformen*) jakie niekiedy objawiają się w czasie współczesnego panowania odry i płonicy i zbliżają się to do pierwszej, to znów więcej do drugiej wysypki; inni znowu przecząc możliwości mieszania się zarazków, oddzielają ostatnie postacie od różyczki i przyłączają je mniej lub więcej dowolnie, kierując się wszakże przewagą objawów, do odry lub płonicy; inni nakoniec, chociaż opisują różyczkę jako oddzielną postać chorobną, tracą jednak nieomal wiarę w samoistność tej ostatniej; LEBERT np. mówi: „*im Ganzen sind also meine Anschauungen über Rötheln als eignes Exanthem sehr schwankend und skeptisch geworden*”. Jedyny zatem sposób rozświetlenia tej kwestyi pozostaje jak zwykle długotrwałe, sumienne spostrzeganie wszystkich bez wyjątku przypadków łagodnych i spornych wysypek, jako też okoliczności im towarzyszących, a to dla zebrania dostatecznego materiału dla przyszłych badań i prawdziwych wniosków; w tym też celu opisałem dawniej 10 przypadków podobnych wysypek (w zeszycie III PAMIĘTNIKA Tow. lek. War. z r. 1873) i obecnie podaję również kilka przypadków w odmienny nieco sposób występujących.

I przypadek (*Roseola annulata WILLAN*). W a c i o M i n a k o w s k i lat 5 mający, zamieszkały na Starem mieście, od tygodnia miał oba policzki jednostajnie zaczerwienione, przy zdrowiu ogólnem jak najlepszem; 19-go Paźdz. bez żadnych innych zwiastunów pokazała się wysypka, najprzód na piersiach i plecach, następnie na brzuchu, przyczem ani gorączki, ani bólu głowy, utraty łaknienia, nieżytu nosa, gardzieli lub spojówki oczu, kaszlu i t. p. nie było; chłopczyk zupełnie był wesół; wypróżnienia prawidłowe. Wysypka ta składała się z gęsto obok siebie ułożonych, mocno czerwonych, okrągłych lub prawie okrągłych pierścieni: niewystających nad powierzchnię skóry i dochodzących różnej wielkości, po największej części od $\frac{1}{3}$ do 2 linii średnicy; wewnątrz pierścieni skóra barwy prawidłowej.

20-go Paźdz. zaczęła występować wysypka na obu kończynach, które też 21-go gęsto nią się pokryły, w miejscach zaś poprzednio zajętych zaczęła blednąć; najbardziej skupioną i czerwoną była na części grzbietowej przedramienia i ręki (na tej ostatniej w postaci czerwonych plamek różnej wielkości) tudzież na udzie; w tych także miejscach, tworzyła ona tu i owdzie dosyć regularne koła o największej średnicy, bo dochodzące do $\frac{1}{2}$ a nawet do 1 cala, otaczające skórę barwy prawidłowej; w wielu miejscach kilka lub kilkanaście odcinków kół różnej wielkości, połączone z sobą w różnych kierunkach, tworzyły zamkniętą całość od $\frac{1}{2}$ do 2 cali długą, w środku której skóra miała barwę prawidłową; w innych natomiast bardzo nielicznych miejscach znajdowały się pierścienie moeno czerwone, prawie zupełnie okrągłe, do 1-go cala w średnicy dochodzące i zamykające w sobie mnóstwo innych drobnutkich i bladoróżowo zabarwionych pierścieni, których część nawet była niewyraźną. Przekrwienie skóry, stanowiące wysypkę było bardzo powierzchowne, za pociśnięciem palcem, miejsce to stawało się na pewien czas białem. Tylko jeden objaw dał się dziecięciu we znaki, mianowicie swędzenie całego ciała, zmuszające je do ustawicznego drapania się.

24-go Paźdz. wysypka zupełnie już zginęła na piersiach, grzbiecie i brzuchu, na kończynach zaś, a szczególnie na powierzchni grzbietowej przedramienia i ręki, tudzież na udzie wysypka była bardzo wydatną, czerwoną; dziecię zresztą zupełnie zdrowe, swędzenie ciała największe ku wieczorowi; łuszczenia naskórka niema; 25-go Paźdz. wysypka na kończynach prawie znikła, swędzenie ciała ustało.

II p r z y p a d e k, zdarzył się w dniu 18 Paźdz. u brata poprzedniego, Karola M. lat $3\frac{1}{2}$ liczącego; bez żadnych zwiastunów wystąpiła nagle jednostajna czerwoność najprzód na obu policzkach, następnie na brodzie, po nad oczami na małej przestrzeni, na uszach; tegoż samego dnia jeszcze pokazała się wysypka zupełnie podobna do poprzednio opisanej na piersiach, plecach i brzuchu; w dniu 20 Paźdz. zaczęła blednąć ale tego dnia i nazajutrz osypała gęsto kończyny górne i dolne, na twarzy zaś czerwoność zupełnie znikła; w dniu 23 pozostały jeszcze ślady wysypki na powierzchni grzbietowej rąk i na udach. Swędzenie ciała było nieznośne również ku wieczorowi, naskórek się nie łuszczył; 25-go wysypka znikła bez śladu. Przez cały czas trwania wysypki stan ogólny dziecka nie pozostawiał do życzenia, bawilo się jak zwykle. Obydwaj bracia żadnych chorób wysypkowych dotąd niemieli. WILLAN nazwał podobną postać wysypki *Roseola annulata*; możnaby ją podciągnąć pod postać *Eryma multiforme* HEBRY, (szczególniej jej odmiany: *Eryth. annulare s. circinatum*, *E. gyratum*) gdyby nie to, że czas trwania jej był zbyt krótki, że wystąpiła na całym ciele, że po ustąpieniu nie było ani łuszczenia się naskórka ani też zabarwienia brunatnego skóry, przez czas pewien pozostającego.

III p r z y p a d e k (t. zw. *Rubeola scarlatinosa febrilis*) zdarzył się u dziewczynki 10-cio-letniej, J a n i n y K i e f f e r (zam. na ulicy Chmielnej); d. 19-go Paźdz. wieczorem nieco niedomagala i położyła się spać

wcześniej niż zwykle; 20-go z rana wystąpiła znaczna gorączka i ciągłe wymioty trwające dzień cały aż do wieczora, przyczem nie było żadnych objawów niestrawności; 21-go gorączka trwała dalej przez cały dzień, przyczem były silne wypicki na policzkach; zresztą ze strony błon śluzowych lub spojówki oczu nie było żadnych objawów nieprawidłowych; 22-go z rana wystąpiła gęsto skupiona wysypka mocno czerwonej barwy, weale nie wystająca po nad powierzchnię skóry, współcześnie na piersiach, grzbiecie, brzuchu i kończynach górnych; takowa składała się z drobnych okrągłych plamek, od $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ linii średnicy mających; na brzuchu wysypka bledsza i mniej skupiona, na powierzchni grzbietowej kończyn górnych ciemno-czerwona i więcej rozlana; weale nie wystąpiła na dolnych kończynach; ciepłota ciała wynosiła o godz. 11 z rana $39^{\circ},3$ C; tegoż dnia objawił się lekki nieżyt błony śluzowej nosa, oczy nieco bolały lecz nie były czerwone. Nazajutrz t. j. 23-go po trzydniowem trwaniu choroby i jednodniowem wysypki, ta ostatnia wraz z gorączką ustąpiły bez śladu, dziewczynka zupełnie zdrowa żądała wstać z łóżka; dawniej przebywała już odrę i płonicę.

IV przypadek (t. zw. *Rubeola morbillosa*). U A pol. Majewskiej, 8-mio-letniej dziewczynki (zam. na Podwalu), w dniu 23 Paźdz. z rana, okazała się wysypka zupełnie podobna do odrowej (wystająca nad powierzchnię skóry i t. d.) najprzód na twarzy, następnie na powiekach, czole i brodzie; tegoż dnia pokryła gęsto piersi, grzbiet i brzuch, a nazajutrz górne i dolne kończyny; ciepłota ciała była przytem zupełnie prawidłową, a dziecko w najlepszym humorze; nie było przy tem objawów nieżytych ze strony nosa i gardzieli, spojówka oczu nie zaczerwieniła, tylko brzegi powiek nieco zaczerwienione, swędziły mocno jak również i całe ciało, tak że chora ustawicznie się drapała; takowa na tydzień przed okazaniem się wysypki zaczęła pokasływać i kaszel (skutkiem zajęcia błony śluzowej grubszych oskrzeli) trwał aż do końca spostrzeżenia. W d. 25 wysypka znikła prawie na całym ciele lub tu i owdzie zaledwie była widoczna, tylko na tylnej powierzchni ud była jeszcze znacznie czerwona; swędzenie ciała zupełnie ustało. Wspomniana dziewczynka krost żadnych dotąd nie przechodziła.

V przypadek (*Rubeola scarlatinosa?*). T. Sowiński, chłopczyk 6-letni (zam. na ul. Wroniej) dawniej przebywał odrę, dnia 30 Paźdz. z rana był jeszcze zdrow zupełnie i udał się do szkoły; w południe tegoż dnia dostał gorączki i kilkakrotnie wymiotował; w nocy z 30 na 31 pokazała się wysypka na kończynach górnych i dolnych. W południe d. 1 Listop. przywołany lekarz znalazł:

Ciepłotę ciała = 38° C.; wysypka niewystająca ponad powierzchnię skóry i gęsto pokrywająca kończyny i pośladki, barwy żywo-czerwonej, składała się z drobnych okrągłych plamek wielkości od $\frac{1}{2}$ —1 do 2 linii, tu i owdzie z sobą zlanych, po większej zaś części porozidzielanych skórą prawidłowej barwy; za pociśnięciem palcem pozostawała na czas krótki biała smuga; spojówka oczu i błona śluzowa gardła zaczerwienione, błona ślu-

zowa nosa, oskrzeli i przewodu pokarmowego w stanie prawidłowym; d. 2-go Listop. wysypka nie znikając z miejsc poprzednio zajętych posunęła się wyżej pośladków i zajęła dolną część grzbietu; ciepłota ciała prawidłowa; nazajutrz t. j. 3 Listop. ciepłota również prawidłowa, dziecię zupełnie zdrowe, łaknienie ma dobre, skarży się bardzo na swędzenie i palenie skóry w miejscach wysypką zajętych; ta ostatnia składa się teraz z drobnitkich pęcherzyków wypełnionych żółtawym płynem i otoczonych wązkim czerwonym pierścieniem.

d. 4-go Listop. wysypka znikła zupełnie, naskórek łuszczy się jak po odrze; swędzenie ciała bardzo dokuczliwe; białka w moczu niema.

VI p r z y p a d e k zdarzył się u brata poprzedniego, chłopczyka 5-cio letniego, w dwa tygodnie później; wysypka była do poprzedniej podobna, przebieg choroby był również szybki i bezgorączkowy.

VII p r z y p a d e k („*Rubeola morbillosa*”). Z o s i a L i n d n e r (zam. plac Ś-go Aleks.) dziewczynka 3-letnia, w 9 miesiącu życia przebyła silną odrę; przed parą dniami wyszła na przechadzkę w czasie chłodnym i dżdżystym i tegoż dnia dostała kaszlu który nazajutrz (2 List.) ustał zupełnie; 3-go Listop. bez żadnych objawów gorączkowych twarz dziecka, a raczej oba policzki i podbródek mocno obrzękły i pokazała się wysypka guziczkowata, niezem nie różniąca się od odrowej równocześnie, na twarzy, tułowiu i kończynach górnych, które pokryła dość gęsto; tylko na dłoni obu rąk wysypka była plamista, przytem stan ogólny dziecka w niczem nie cierpiał, bawiło się jak zwykle, łaknienie miało dobre; nazajutrz wysypka pokryła dolne kończyny ale mniej gęsto i nie tak żywo czerwona jednak w miejscach poprzednio zajętych; oprócz zaczerwienionych migdałków i mocno czerwonego końca języka nie było weale nieżytego zajęcia reszty błon śluzowych, oczy nie zaczerwienione, swędzenie ciała nieznaczne, ciepłota ciała wieczorem o godz. 6-ej = 37,4° C.

W nocy z dnia 4 na 5 miała być gorączka; d. 5 stan bezgorączkowy, wysypka wszędzie zbladła; nazajutrz zaś znikła bez śladu, łuszczenia naskórka nie było; twarz i podbródek barwy prawidłowej, znacznie jeszcze obrzmiałe (białka w moczu niebyło), na końcu języka znajdowały się drobne białe krosty wielkości ziarenka maku, dziecię narzekało na ból w końcu języka, zresztą było zupełnie zdrowem, gardło nie było zaczerwienionem, swędzenia ciała weale nie było. (d. 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, 43—46 i 47.)

Dalej twierdzi autor że terapeuta już przy pierwszym rozwoju sprawy chorobnej może mieć rozmaite cele, z których każdy podług okoliczności może być zupełnie racjonalnym. Może on chcieć ją przytłumić

może uważać za stosowne złagodzić ją, albo przez sztuczne wzmocnienie znacznie przyspieszyć jej dalszy rozwój. Przyznaje on jednakże, że empiryka już dawniej tą samą drogą postępowała, że zatem fizyolog niema tu żadnego pierwszeństwa nad empirykiem. Ta tylko różnica istnieje, że pierwszy ze znajomością rzeczy i ze świadomością natury sprawy postępuje, ten ostatni więcej instyktownie, a zatem mniej dokładnie się tą sprawą zajmuje. WUNDERLICH podnosi, że terapia abortywna w chorobach ostrych, bardzo jest ważną i pożyteczną: „Wczesne uśmierzenie sprawy chorobnej, a jeszcze więcej wczesne jej stłumienie, o ile anatomiczne zmiany na to pozwalają, zapobiega wielu nieobrachowanym złym następstwom”. Gdyby tylko tego jednego zastrzeżenia i warunku nie było i gdyby nie było ono taką wielką przeszkodą! Skutkiem tego właśnie, doniosłość pozytywizmu zostaje znacznie zredukowana, niemówiąc już o tem że nie fizyolog lecz właśnie empiryk używał tej metody od samego początku. Ale, jeżeli choroba przeszła swoje pierwsze fazy, doszła do pełni rozwoju, cóż wtedy czyni terapeuta fizyologiczny? Niestety, fizyolog jeszcze smutniej nam się tu przedstawia „bo jak tylko choroba do pewnego stopnia rozwoju doszła, w większości przypadków nie jest wcale dostępną dla naszej terapii. Kiedy wysięki zaczynają się wydzielać nie możemy sobie nawet żadnych illuzyj co do skuteczności naszej terapii tworzyć! Tutaj zaczyna autor znowu być negatywnie krytycznym, a styl jego staje się znowu prawdziwie podniosłym; czuje on się tu u siebie: „Któż z rajzagarzalszych sangwiników wierzy, że plastyczne ciała, które zapełniają płuca przy ich zapaleniu, albo gruźelki przy rozwiniętem ostrem wodogłowi, lub wreszcie infiltracje gruczołów w durzycy, dadzą się jakimś ziótkami lub innymi środkami wyprowadzić? A jednakże przeciw tym zmianom chorobnym, mnóstwo zalecają nam środków, corocznie nowe wynajdują, a błogie ich skutki zachwalają nam ludzie poważni. Prawdziwie! wcale cudowniejszem by nie było, wyleczenie gruźlicy osłon mózgowych kilkoma granami kalomelu lub parą drachm jodku potassu, niż uzdrowienie ciężkiej choroby dziesięciomilionową częścią grana jakiegoś obojętnego środka leczniczego, albo przyłożeniem ręki. Wszystko co terapia racjonalna uczynić może wobec rozwiniętych zmian anatomicznych jest: starać się o przyspieszenie naturalnego rozwoju choroby, co już i dawna medycyna zalecała” Tutaj znowu wspomina on dawną medycynę; różnica właściwie w tem tylko zachodzi, że dawniej używano form obrazowych, potępianych przez nowożytnych badaczy przyrody. Nowością w tem jest tylko krytyka radykalna, której wyrażenia są prawie jeszcze gwałtowniejsze od wyrażań DIETLA. Mówi on dalej: „Terapia nie jest bynajmniej w obec choroby zbyteczną i czysto negatywną, a rola lekarza nieogranicza się do roli obojętnego widza. Przeciwnie, obecnie, posiadając o wiele więcej wiadomości i wykształcenia, (W. nie wspomina nic o d o s w i a d c z e n i u) może on być daleko pożyteczniejszym dla chorego niż kiedykolwiek”. Dowodzi dalej iż w chorobach ostrych, śmierć bardzo rzadko z powodu głównego cierpienia następuje, lecz jest prawie zawsze wynikiem pewnych komplikacyj. Czy ma jakie skuteczne środki terapeuta przeciwko tym ostatnim? „Tutaj otwiera się szerokie pole dla terapeuty racjonalnego. Przedewszystkiem jednak lekarz powinien mieć odpowiednią wiedzę i znać powinien wszystkie niebezpieczeństwa, jakie choremu jego zagrażają; powinien wiedzieć jakie są początkowe objawy owych niebezpiecznych komplikacyj i wtórnych zaburzeń, żeby mógł im skutecznie zapobiedz. Lekarz racjonalny zatem w obec pierwotnie rozwijającej się sprawy chorobnej, niepowinien dopuszczać do swojego chorego szturmu rozmaitemi lekarstwami, lecz powinien tylko powstrzymać od niego wszel-

kie złe poboczne wpływy; przytem zwracać należy pilną uwagę na te narządy, o których wiadomo jest że im grożą zaburzenia (jako komplikacje) i jak tylko najmniejszą zmianę w nich znajdzie natychmiast wystąpić trzeba z całym zapasem środków leczniczych“. Jakie mają być te środki, o tem autor milczy; obiecuje tylko gruntowną analizę farmakodynamiki, ale zaraz potem przyznaje, że rodzaj tych wtórnych zaburzeń, niezawsze dozwala na skuteczne ich pokonanie i że nieraz rozwijają się one przy najsumienniejszem i najogólniejszem postępowaniu lekarza, który często ani przewidzieć ani rozpoznać ich nie może. „Na tem właśnie polega niedokładność naszej wiedzy, że mamy do czynienia z wrogiem, który w coraz to nowej postaci przeciwko nam występuje; ale właśnie w tej ciągłej walce, której ostatecznego wyniku nigdy przewidzieć nie można, spoczywa cały urok naszej działalności, która też o tyle jest wyższą od każdej innej na tym szerokim świecie“. Niema on zatem dla terapeuty żadnej innej pociechy, nad tę, iż jestto bardzo zajmującym znajdować się w takim kłopotliwym położeniu! Okoliczność, iż komplikacje chorobne fatalny zwrot ku złemu sprowadzają, ma miejsce także, jak powiada WUNDERLICH, w cierpieniach chronicznych, a zatem powyżej podane zasady terapeutyczne i w tych cierpieniach mają swoją wagę. Zastanawia on się tu przede wszystkim nad tem: iż badać dokładnie należy czy nie zachodzą jakie okoliczności, które stan chorobny chorego podtrzymują lub pogarszają i zwraca szczególną uwagę na wysokie praktyczne znaczenie tego wskazania. Praca ta kończy się wywodem, iż terapia racjonalna nie może być racjonalną w prawdziwym słowa tego znaczeniu. „Nie jesteśmy bynajmniej przekonania, że lekarz zawsze i przy wszystkich okolicznościach na racjonalnych podstawach swoją terapiją opiera i że jest w możności z każdego swojego postępków zdać sobie sprawę na drodze naukowej. Tak np. przyczyna skuteczności naszych lekarstw jest nam zupełnie nieznaną. Tak samo jak docieć nam trudno, dlaczego baryta mniej rozpuszczalne tworzy połączenia od potażu, dlaczego jedna sól tak a druga inaczej krystalizuje, dlaczego olejek różany pachnie a asafetyda śmierdzi, tak też i wiedzieć nie możemy dlaczego rabarbar rozwalnia, columbo wstrzymuje stolce, a makowie odurza. Nie trzeba więc wymagać nadto co nam nauka dać może“.

„Zadaniem racjonalnej farmakologii jest odszukać skuteczne części składowe lekarstw które natura jako ciała złożone dostarcza, zbadać ich skuteczność na rozmaite tkanki i funkcje tak w stanie normalnym jak i chorobliwym i postarać się o wytłumaczenie tej ich skuteczności na zasadach ogólnofizycznych i chemicznych. Medycyna ma wprawdzie wiele w tym względzie do spełnienia i pole to jest najbardziej zacołone w całej umiejętności lekarskiej. Spożytkowujemy działalność rozmaitych lekarstw, nieznając jej ostatecznych przyczyn, takim samym prawem jak używamy ostrza noża, niezbadawszy prawdziwych przyczyn ciężkości i ruchu. Tutaj zatem, tak jak wszędzie, gdzie znajdujemy materjał, który badać tylko, a nie analizować należy, empirya jest w zupełności w swoim prawie. Jeżeli nakoniec w przypadkach, w których wynik doświadczenia zmusza nas do użycia środka, którego skuteczność na drodze naukowej nie została wyjaśnioną, albo gdzie w razach rozpaczliwych, czepiamy się choćby najsłabszej nadziei pomyślnego skutku, racjonalny terapeuta pozwala sobie użyć metody empirycznej, to nie możemy brać mu tego za złe. Zawsze i wszędzie jednakże używać on będzie prostych, niezłożonych środków: zapisywanie i mieszanie wielu lekarstw zawsze oznacza, że sobie samym niedowierzamy i że rachujemy na szczęśliwy przypadek, że którykolwiek z zadanych środków działać będzie. Gdzie recepto-

mania się kończy, tam terapia się zaczyna". Silnem tem wyrażeniem, którego prawdziwość zaprzeczyć się nie da, kończy W. swój artykuł, zrobiwszy poprzednio, jak widzieliśmy, zupełnie niespodziewanie znaczne koncesyje empiryi terapeutycznej. Czy zatem otrzymaliśmy teraz to czego mieliśmy prawo żądać t. j. zadawalający program dla nowej fizjologiczno-racyjonalnej terapii? Prawie niemożemy twierdząc na te pytanie odpowiedzieć. Rzecz najważniejszą i najwybitniejszą w całym tem przedstawieniu WUNDERLICH'A stanowi to, iż wielkie zadanie i daleki cel stawia dla terapii przyszłości, że ciągle ostrzegal aby nasze terapeutyczne wskazania w ścisłym były związku z badaniem całego fizjologicznego rozwoju sprawy chorobnej. W praktycznym kierunku zyskaliśmy na tem WUNDERLICH'A wystąpieniu—oprócz dokładnego badania chorób, że zaczęto terapiją do indywidualnych modyfikacyj możliwie przypasowywać, że przez to położono koniec leczeniu rutynistycznemu i że terapia w ogóle zyskała ogólniejszy charakter, porzuciła dawną wyłączną „receptomanję” i więcej niż poprzednio zastosowywano środki będące po za obrębem apteki. Zresztą W. przeważnie rachuje na pomoc ze strony natury. Zapowiada on wprowadzić nową energiczną terapiją przeciwko komplikacyjom chorób, ale tak jakoś wygląda, jak gdyby sam nie miał do niej wielkiego zaufania. Drugą główną zasadą racyjonalnego terapeuty, którą W. z pewną zamaszystością wystawia, mianowicie że chorobę należy w samym jej początku przerwać nie jest bynajmniej nową ale przeciwnie jest jedną z najdawniejszych zasad starej empiryi.

WUNDERLICH czuje wprawdzie sam niedostatki swojego motywowania i przyznaje iż wielkie zacofanie farmakologii główną jest przyczyną dla której medycyna fizjologiczna niemoże więcej działać. W rzeczy samej okoliczność ta wielkiej jest wagi i przyznać należy iż *Archiv* starał się o pozyskanie pozytywnych wyników na tem polu. W następnych latach kiedy professor Tübingski GRIESINGER objął główną redakcyję pisma, rozpoczął on szereg obszernych artykułów p. t. „O rewizyi dzisiejszej farmakologii”, w których podaje nie tylko ogólne uwagi, ale piękne oryginalne szczegółowe własne doświadczenia. *Archiv* zatrzymał i nadal tytuł „dla medycyny fizjologicznej”; zamieszczał liczne, dosyć energiczne napaści przeciwko starej medycynie symptomatycznej, co zresztą z trudnością nie było połączone. W owych farmakologicznych artykułach niejednokrotnie naganiano iż do badań tego rodzaju nieprzywiązywano wagi i wystawiano: iż powinny one być celem poszukiwań medycyny fizjologicznej.

Zasady medycyny fizjologicznej stara się GRIESINGER dalej rozwijać: „Nie uważamy bynajmniej tych, którzy używają środków lekarskich za ograniczonych, ale wymagamy żeby zastosowanie ich nie było ślepe, jak obecnie, lecz żeby było racyjonalnem i pragniemy przyczynić się do dania mu realnych, fizjologicznych podstaw”. W swoim znakomitym wstępnym artykule, stara się dowieść że fizjologiczna, racyjonalna zasada powinna nami i w praktycznem zastosowaniu kierować i ostro gani że wielu lekarzy hołduje tej zasadzie tylko abstrakcyjnie, że teorią i praktykę rozdzielają w tym względzie zupełnie tak jak w dawnej szkole jatro-mechanicznej: która pomimo nowo-odkrytych ścisłe mechanicznych zasad, w praktyce w dalszym ciągu do HIPPOKRATES'A i GALEN'A się stosowała. Gani on lekarzy, którzy „niekonsekwentnie i niewdzięcznie” postępują uskarżając się na to iż dzisiejsza medycyna niepraktyczną się stała przez zbytne przymieszanie do niej fizjologii i chemii. Jednakże ta „niewdzięczność” owych lekarzy nie była zupełnie bezzasadną, gdyż terapia ułożona przez ścisłych racyjonalistów pozostawiała jeszcze wiele do

życzenia. Jak jego poprzednicy, tak i on stara się dowieść że medycyna nawet w praktycznym zastosowaniu powinna być fizjologiczną: „Terapija fizjologiczna cieszy się obecnie mniejszem daleko uznaniem aniżeli patologija. Wymagać należy żeby praktyczne zastosowanie praw medycznych przy łóżku chorego, kierowało się jasnym pojęciem o sprawie chorobnej. Ale wymagania te nawet abstrakcyjnem uznaniem się nie cieszą. Nieraz czyniono dzisiejszej medycynie ciężki zarzut z tego, iż starała się wykazać: że choroba nie da się bynajmniej tym lub owym środkiem przeplószyć; do dziś dnia jeszcze na jasne i żadnej wątpliwości nie ulegające wyniki sekey i statystycznych poszukiwań odpowiadają: że oprócz medycyny racjonalnej musi być jeszcze inna, o wiele skuteczniejsza, czysto empiryczna i praktyczna, która nie troszcząc się o rozwiązanie kwestyi co? kiedy? i jak? umie szybko choroby leczyć środkami, dostarczanemi nam przez apteki. Wielkie zamieszanie powstaje jeszcze skutkiem identyfikowania tak zwanej terapii wewnętrznej z metodą używania lekarstw. Zamiast starać się o wykrycie środków, któreby działając na drodze fizjologicznej powstrzymały rozwój sprawy chorobnej, nieraz zastanawiają się dzisiaj lekarze nad tem, jakie lekarstwo zadać należy choremu, jak gdyby musiało się koniecznie jakieś odpowiednie na każde cierpienie znajdować i na wszystko—z wyjątkiem jednej śmierci—jakieś zielsko rosnać”.

W słowach tych wyraża się konsekwentny fizjologiczny bieg myśli, dostarczający terapii pożyteczną i pozytywną podstawę, chociaż zawsze jeszcze w wyrażeniach zbyt ogólnych. W istocie rzeczy, są jednak wszystkie te wyrażenia natury krytycznej, a autor oświadcza nawet wręcz, że: „Krytyczny pogląd na najwyższe terapeutyczne zadania będzie zawsze cechą odróżniającą terapeutę racjonalnego od *Guérisseur'a*”. *Archiv* pozostał zatem i nadal wyłącznie racjonalistycznym; nie przyznaje w terapii żadnych dróg pośrednich. Jednakże z ostatnio przytoczonego zdania poznać można, że chwilowo tylko pod względem teoretycznym istnieje stanowcza różnica pomiędzy terapeutą empirycznym, a racjonalnym. Ten ostatni musi przedewszystkiem mieć po z n a n i e—*Bewusstsein* wyraz ten stał się ulubionem wyrażeniem GRIESINGER'A. Jeżeli to poznanie ma być krytycznem t. j. jasnem poznanem niepewności naszej terapii, to łatwo pojąć że praktyczni i czynni lekarze wcale się nie spieszyli z przystąpieniem do tej teoryi.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Porównanie działania chloroformu, chloralu, makowca i morfiny u rodzących.

PINARD w tym celu stosował wymienione *narcotica* u 28 w jednakowych, o ile to być mogło, warunkach rodzących na oddziale położniczym TARNIER'A, tak w okresie rozwierania się njięcia macicznego, jako też w okresie wydalania płodu i w następnym ściągania się macicy. Autor w swojej pracy doszedł do tego wyniku, że chloroform jako lek znieczulający (*anaestheticum*) najpierwsze zajmuje miejsce; wprawdzie na macię nie wywiera on żadnego szczególnego działania, ale za to tem ważniejsze na cały ustrój rodzącej. Przy wielkiej bolesności, w skutek gwałtownych skurczów macicy, środka tego przez czas dłuższy w postaci wzięwań stosować nie można, chociaż nie chodzi w takich razach o znieczulenie rodzącej zupełnie, lecz o ciągle umiarkowane działanie znieczulające. Chloral ulega powolnie wchłonięciu i dla tego trudno oznaczyć wielkość skutecznej jego dawki. Sprowadza on raczej sen a nie znieczulenie lecz podrażnienie ustroju. Chloral zdaje się tak dobrze działać na siłę skurczów i rozkurczów utkania mięśniowego macicy, jako też na siłę wydalającą macicy, jednakże działanie to jest tak małem, że zaledwie daje się oznaczyć. Makowiec i jego przetwory posiadają działanie nie dość ściśle oznaczone. Za to

działanie morfiny użytej podskórnie jest najdokładniej wykazaniem, szczególnie na stan kurczowy macicy i pod tym względem morfinu zajmuje najpierwsze miejsce pomiędzy wymienionymi lekami; jednakże trzeba pamiętać i o jej działaniu ubezwładniającem na mięśnie macicy. Jednym słowem *narcotica* obok pożądanego działania na przebieg porodu, wywierają wpływ szkodliwy na ustrój rodzącej, jak to wykazuje ten wynik autora, że z 83 rodzących z których 60 urodziło bez użycia jednego z tych leków, tylko jedna zmarła; tymczasem z 23 chloroformowanych dwie z połogowego zapalenia otrzewni życie zakończyło.

(Ref. w *Allgen. Wiener med. Ztg.* Nr. 46—1879.)

Pilokarpina przeciw zimnicy. Pierwszy H. ROKITANSKY w roku 1877 zastosował z pomyślnym skutkiem wstrzykiwania podskórne pilokarpiny w jednym przypadku uporczywej zimnicy, lezonej poprzednio bezskutecznie chininą, a mianowicie zastrzykiwał $\frac{1}{3}$ grana tego leku w okresie zapowiadającym napad zimnicy. Od tego czasu G. GRISWOLD ogłosił (w *New-York Medical Record* z d. 10 Sierpnia r. b.) 7 przypadków zimnicy pomyślnie pilokarpiną leczonych. PRCOR, prof. z Bordeaux zachęcony tak uderzającymi wynikami pomyślnego działania tego leku w zimnicy przestankowej, zastosował go w swojej klinice z również pomyślnym skutkiem, jak to wykazują szczegółowe opisy 3-ch przypadków przez niego podane celem zachęcenia do upowszechnienia takowego leczenia. Według spostrzeżeń tego ostatniego autora saletrzan pilokarpiny jest lekiem przeciwzimniczym (*febrifugum*) bardzo potężnym; w niewielkich dawkach ($\frac{1}{6}$ do $\frac{1}{5}$ grana) powstrzymuje wystąpienie napadu zimniczego i najczęściej zupełnie leczy zimnicę przestankową, sprowadzając nawet zmniejszenie powiększonej śledziony. Zdaniem autora jest to lek bardzo cenny, powołany do oddania wielkich usług w praktyce lekarskiej.

Wstrzykuje się w dzień spodziewanego napadu zimnicy $\frac{1}{6}$ grana saletrzanu pilokarpiny; często jedno takie zastrzyknięcie podskórne do wyleczenia wystarczało.

(Ref. w *Journal de therapeut.* Nr. 20 i 22—1879.) J. R.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Komisya układająca plan poszukiwań wody do picia dla Warszawy odbyła po 3-tygodniowej przerwie posiedzenie w d. 24 z. m. Zgromadzonym członkom komisji przedstawionym został szereg wiadomości dotyczących rozmaitych studzien już to wierconych, już to płytkich, kopanych. Co do tych ostatnich, to obecnie są powtarzaniem rozbiory wody studzien miejskich, które po skończeniu poszukiwań opatrzone zostaną stosownymi tablicami.

Oddział rakowatych kobiet w szpitalu św. Łazarza od dawna istniejący, ma być wkrótce przeniesiony do szpitala za rogatką Wolską się znajdującego. Jak wiadomo, do wszystkich innych szpitali przyjmują rakowatych chorych, ale takich tylko, którzy kwalifikują się jeszcze do operacyi; innych zaś, nie mających przytulku w rodzinie, odsyła się do wymienionego oddziału, gdzie najwięcej jest kobiet dotkniętych nieuleczalnem cierpieniem rakowatym macicy, oczekujących chwili zgonu. Kto choć raz jeden był w tym oddziale, ten pojmuje, że jest to najnieławniejsze miejsce dla tych nieszczęśliwych, które nie dość tego że są pozbawione wszelkiej nadziei wyzdrowienia, ale i znoszą wszelkiego rodzaju niedostatek, a więzienny charakter szpitala św. Łazarza poza to, że tej jedynej pociechy, jaka im jeszcze pozostaje na tym świecie, t. j. częstego widzenia się z osobami do ich rodzin należącymi. Takich chorych, na śmierć skazanych, nie należałoby ograniczać w odwiedzaniu ich przez krewnych i przyjaciół, ku czemu już sam szpital św. Łazarza, jako przeznaczony dla chorych przymiotowych, wielką stanowi zaporę. Spodziewamy się zatem, że odwiedzanie takich chorych w nowym pomieszczeniu dla nich przeznaczonem, będzie codzienne w porze popołudniowej i nie będzie odwiedzającym wzbronionem donoszeniem tego, czego takim chorym szpital ze względów ekonomicznych dać nie może, jednym słowem, że będzie to przytulisko odpowiadające wszelkim względom ludzkości i uczuć rodzinnych, a wtedy i niejedna rodzina średniej zamożności, dla której dzisiejszy oddział jest całkiem nieprzystępnym, z nowego przytuliska skorzysta.

Czynią się nadto, gdzie należy, starania, aby i inny oddział szpitala św. Łazarza, z którego to oddziału wszyscy chorzy także dostają się na Powązki, t. j. oddział niemowląt przymiotem dotkniętych, przenieść gdzieindziej, a mianowicie tam, gdzie istnieje i odpowiednie urządzenie i odpowiedni nadzór nad sztucznem karmieniem chorych niemowląt, a mianowicie do szpitala Dzieciątka Jezus, który dotąd wszystkie swoje niemowlęta przymiotowe na śmierć niechybną do szpitala św. Łazarza odsyła.

Wiadomości osobowe. Dr. ROSENTHAL Dawid, naczelny lekarz szpitala starozakonnych, został od obowiązków tych, po wysłużeniu przeszło lat 40, na własne żądanie uwolniony, a w miejsce jego zamianowano d-ra KINDERFREUNDA Józefa, ordynatora tegoż szpitala.

Dr. CHWAT, naczelny lekarz prywatnego szpitala dla dzieci starozakonnych, zażądał uwolnienia od tych obowiązków, a miejsce jego zajął w rzeczonym szpitalu dr. PORTNER Szymon. Na ordynatora w oddziale ocznym tegoż szpitala przedstawiono d-ra KRAMSZYKA Zygmunta (b. asystenta przy klinice okulistycznej tutejszego uniwersytetu).

D-rowie STANKIEWICZ Władysław i STUMMER Józef, pierwszy po przebyciu ciężkiego gośdca stawowego, a drugi po durzycy brzusznej, wracają do zdrowia.

OGŁOSZENIA.

PRZEGLĄD ROCZNY

piśmiennictwa lekarskiego polskiego

(za rok od 1 Lipca 1877 r. do 1 Lipca 1878 r.).

Stanowiący część I-ą Rocznika Medycyny Polskiej z roku 1879, jako oddzielną całość zbroszowaną (str. 200 w 16-ce), nabywać można w Biurze Administracji **Medycyny** w Warszawie, ulica Nowogrodzka, Nr. 20, po 40 kop.; z przesłaniem pocztą 50 kopiejek.

ZAKŁAD

PRZYRODOLECZNICZY

W NOWEM MIEŚCIE NAD PILICĄ

WODOLECZNICA.

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


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

AGENTURY KSIĘGARSKIE

Warszawskiej Księgarni Komissowej Spółki Wydawców

Przyjmują na prowincyi i załatwiają pronomerację na **MEDYCYNĘ**, oraz wszelkie zamówienia księgarskie.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

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