

REDAKCJA

przy ulicy
Królewskiej
Nr. 37.

KLINIKA.

Wychodzi
w Czwartek ka-
żdego tygodnia.

TYGODNIK LEKARSKI.

w Warszawie:	{	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10)	na Poczcie:	{	Rocznie..... rsr. 6 (40 złp.)
		Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20)			Półrocznie..... „ 3 (20 złp.)
		Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)			Dodatek: { w Warszawie..... rsr. 2 rocznie) na Prowincji..... „ 2 kop. 30.

TREŚĆ — Spostrzeżenia z praktyki prywatnej. Dalsze poszukiwania nad wstrzykiwaniem podskórnym ergotyny w długotrwałym zapaleniu macicy, w zboczeniach téżże i w krwotokach. Podał Dr. Świdorski (z Poznania). (Dokończenie). — Kilka uwag o kuracji w Busku wywołanych sprawozdaniem D-ra Dymnickiego z 1868 r., przez D-ra F. Głogowskiego z Lublina. — Przegląd literatury lekarskiej. — Chemja Sądowa i Toksykologja. (Spr. Dr. Lutostański.) — Kronika zagraniczna. *O rozpoznawaniu gorączek.* Lekcja prof. Seé. Tłomaczył E. Miłosz. Kronika Tygodniowa s. p. Doktorowie *Morgenstern i Fukier.*

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI PRYWATNÉJ.

Dalsze poszukiwania nad wstrzykiwaniem podskórnym ergotyny w długotrwałym zapaleniu macicy, w zboczeniach téżże i w krwotokach.

Napisał Dr. Wład. Świdorski.

(Dokończenie.)

Krwawienie po poronieniu skutkiem nieprawidłowego zwinięcia się macicy, jak powyżej wspomniałem, wyleczyłem w dwóch przypadkach podskórnym wstrzyknięciem ergotyny.

1. Wieśniaczka, matka kilkorga dzieci, około 30 lat mająca, przyszła mnie konsultować, narzekając na krwawienie z macicy, trwające już przeszło dwa miesiące po poronieniu w drugim miesiącu ciąży.

Przez wątłe powłoki brzuszne dawała się uczuć macica po nad kością łonową, niebolesna. Przy dochodzeniu część pochwowa krótka, nabrziała, ku tyłowi zwrócona; usta bardzo rozwarłe; krew z śluzem zmieszana pozostawała na palcu. Po wstrzyknięciu 0,18 ergotyny, kazałem pacjentce, mieszkającej we wsi tuż za przedmieściem Poznania, jechać do domu. Dnia następnego zgłosiła się znów pacjentka z daleko mniejszym krwawieniem, a po dwurazowym jeszcze codziennym powtarzaniem wstrzyknięciu, krwawienie ustało, macica znacznie się zmniejszyła, szyjka zaś zwróciła się ku środkowi, przedłużyła się, a usta maciczne okazywały mały tylko otwór.

2. Pani G. żona rzemieślnika, około 30 lat mająca, matka trojga dzieci, które prawidłowo rodziła, poroniła z początkiem Sierpnia r. b. będąc w trzecim miesiącu ciąży. Leczona racjonalnie zastosowanymi środkami leczniczymi 10 tygodni przeciwko ciągłemu krwawieniu z macicy bezskutecznie, zgłosiła się do mnie po radę lekarską. Macicę znalazłem cał po nad kością łonową, niebolesną, więć ku prawej stronie pacjentki pochyloną. Część pochwowa krótka, obrzwała, cokolwiek ku lewej stronie zwrócona; usta maciczne wygodnie palec wskazujący przepuszczały. Krew częścią czysta, czę-

ścią z upławami zmieszana odchodziła w dość znacznej ilości, tak, że pacjentka po trzy razy na dzień podkładki zmieniała. Dla przekonania się o skuteczności ergotiny wewnątrz użytej, przepisałem pacjentce 18 Października trzy razy dziennie, zrazu po 0,3 wodnego wysokoku sporyszu i postępowalem w dawce zwolna aż do 0,6. Przez 5 dni używania wspomnianego środka obok spokojnego zachowania się w łóżku i stosownej diety, żadnego nie zauważyłem skutku. Pierwsze wstrzyknięcie z 0,18 ergotiny zrobiłem 23 Października. Dopiero po 4 godzinach objawił się skutek ergotiny, zrazu w słabych, później w coraz większych skurczach macicy, które blisko przez całą noc trwały. Dnia następnego nie znalazłem wielkiej różnicy w powodzeniu pacjentki, jedynie może ilość odpływającej krwi była cokolwiek mniejszą. Następne wstrzyknięcie z takiej samej jak powyż dawki wstrzymało zupełnie krwi odpływ. Pacjentka, uważając się za zdrową, wyszła na miasto. Krew się znów pokazywać zaczęła. Trzykrotne jeszcze wstrzyknięcia, z których dwa codziennie — ostatnie zaś w trzecim dniu zrobione, wstrzymały krew i upławy. Macica zupełnie się skurczyła; część pochwowa cieńsza i przedłużona; usta zupełnie zamknięte. Pacjentka chodzi po domu i mieście bez wszelkiej szkody.

Na tém miejscu należy mi wspomnieć dwa ogłoszone już przezemnie przypadki z praktyki Dra *Kaczorowskiego*:

1. *M. P.* kobieta lat 32, przed 3 tygodniami kleszczami rozwiązana, wchodzi do Zakładu bardzo niedokrewna z miernym krwotokiem. Subinvolutio uteri, macica na cal po nad spojeniem łonowém namacalna, bolesna pod naciskiem, usta maciczne jeszcze dla palca wygodnie przystępne.

Po trzech wstrzyknięciach 0,15 ergotiny krwotok zupełnie się zatrzymał, a macica tak się skurczyła, że już jej przez brzuszne powłoki namacać nie było można; przyczém usta zewnętrzne ledwie koniec palca przepuszczały.

2. Pani *K.*, lat 38, matka czworga dzieci, które szczęśliwie porodziła, po prawidłowych przez kilka lat czyszczeniach, doświadcza wstrzymania tychże przez miesiąc, poczem w skutek silnego poruszenia dostaje lekkiego bólu brzucha, połączonego z wydzieleniem różowego płynu, które niebawem w silny krwotok się zamięnia.

Przywołany trzeciego dnia na naradę lekarską, p. Dr. *Kaczorowski* zastaje chorą bladą jak wosk, zimną, prawie bez tętna sprychowego. Dnia poprzedniego znaleziono w skrzepach wydzielonej krwi ślady błonek płodowych tak, że poronienie żadnej nie podlegało wątpliwości. Zastosowane poprzednio enemy z odwarem sporyszu, zimne okłady brzucha, Liquor ferri sexquichlorati, Plumbum aceticum, żadnego nie sprawiły skutku. Gąbka użyta do tamponady zdołała o tyle tylko zamaskować krwotok, że zamiast czystej krwi, zaczęła obficie odchodzić lekko zaczerwieniona surowica, podczas, gdy brocz na gąbce się zatrzymywał.

Zaproponowane przez Dra *Kaczorowskiego* zastrzykiwania ergotiny zniosły krwotok po czwartej operacji zupełnie. Zastrzykiwania te robiono dwa razy dziennie.

Krwotoki po porodzie zdarzyły mi się trzy razy, pierwsze dwa zaraz po porodzie, trzeci w drugim dniu połogu:

1. Żona rzemieślnika B., 40 lat mająca, matka ośmiorga dzieci, budowy ciała wątłej, licznymi i częstymi połogami wyniszczona, dostała krwotoku zaraz po urodzeniu silnego bardzo chłopca, zapewne skutkiem braku skurczów macicy, która do pępka w godzinę po porodzie sięgając, nie oddziaływała nawet na najsilniejsze i systematyczne tarcia ani na skraplanie powłok brzusznych eterem. Po zastrzyknięciu 0,18 ergotiny poczęła się macica już w pół godziny ściągać i krwotok zamienił się niebawem w powolne krwawienie.

2. Żona wyrobnika Z., 38 lat mająca, wzrostu bardzo słusznego, matka pięciorga dzieci, była rozwiązana przez akuszerkę za pomocą obrotu. Wedle zaręczenia akuszerki, miała się macica zaraz po wyjęciu dziecka a następnie łożyska prawidłowo kurczyć, w kilka zaś godzin przy powolnym krwawieniu wzniosła się macica dwa cale po nad pępek. Przy zwiększaniu się krwotoku, a po bezskutecznych tarciach macicy i innych środkach przez akuszerkę zadawanych, zawezwano mojej pomocy. Krwotok nie był na pozór tak zastraszającym,—macicę znalazłem w rzeczy samej po nad pępek sięgającą, w pochwie pełną skrzepłej krwi. Wstrzyknięcie 0,18 ergotiny wywołało w 35 minutach bóle, w czasie których macica poczęła się zwijać i wydalala z siebie skrzepłe kawałki krwi w znacznej bardzo ilości. Bóle wzmagały się zwolna i krwotok niebawem ustał.

3. Żona urzędnika sądowego, 20 lat mająca, pierwszorodząca, porodziła prawidłowo synka i przez dwa dni czuła się zupełnie zdrową. Na drugi dzień po połogu wieczorem chcąc oddać po lewatywie stolec, dostała nagle silnego krwotoku, przy którym zemdlala. Zastałem jeszcze pacjentkę bezprzytomną, z słabym tylko tętnem, krwotok ustał, natomiast pochwa skrzepłą krwią przepełniona, a macica twarda sięgała do pępka. Po zastrzyknięciu 0,18 ergotiny, trzeźwiłem pacjentkę skraplaniem zimną wodą.

W chwili, w której pacjentka do przytomności wracała, poczęła krew coraz mocniej odchodzić. Działanie ergotiny pojawiło się w pół godziny, a krwotok ustał zupełnie w 15 minut po nastąpieniu pierwszych bólów. Drugiego dnia krwotok już nie powtórzył się i pacjentka przebyła szczęśliwie połów.

Działalność ergotiny zaskórnie wstrzykniętej okazała się skuteczną przeciw niektórym zbieceniom macicy w przypadkach dawniej przezemnie ogłoszonych, jak niemniej w kilku co dopiero powyżej opisanych. Leczyłem przed niedawnym jeszcze czasem dwa przypadki zbiecienia macicy: u jednej z pacjentek znaczne tyłopochylenie skutkiem niewątpliwie zbyt powiększonej macicy po niedostatecznym jej zwinięciu się w połogu; — u drugiej pacjentki tyłopochylenie z miernym zgięciem, powstałe przed sześciu miesiącami po poronieniu, po którym chora zbyt wcześnie, bo już po tygodniu z łóżka powstała. Leczenie obydwóch przypadków wypadło jak najpomyślniej; u pierwszej pacjentki po pięciu wstrzyknięciach co drugi lub trzeci dzień, u dru-

gięj po trzech wstrzyknięciach co trzeci dzień powtarzanych, zawsze z dawki jednorazowej z 0,18 ergotyny.

Jeżeli zбочenia macicy nie są zbyt zastarzałe, macica nie zupełnemu uległa stwardnieniu, z okolicznymi ustrojami nie zrosła i nowotwory w macicy lub jej otoczeniu nie zachodzą,—a w razie zgięcia nie powstała jeszcze destrukcja, natenczas ergotina zaskórnie wstrzyknięta nas nie zawiedzie. Nie są to spostrzeżenia wyłącznie moje, zauważył to także Dr. *Kaczorowski*, że im świeższe właśnie przypadki, tém pewniejszy skutek i po dwóch już zastrzyknięciach widzimy macicę w prawidłowe powracającą położenie.

Te same warunki, któreśmy do skutecznego leczenia zбочeń macicy postawili, zachodzić powinny także przy leczeniu długotrwałego zapalenia macicy.

Tutaj przeciągłe zastrzykiwania, co kilka dni powtarzane dadzą nam rezultat zawsze pomyslny. Przedewszystkiem ustępują upławy, macica poczyna się zmniejszać i wraca z wolna w razie zбочenia w prawidłowe położenie. Pacjentka wolna od upławów, od ciśnienia na pęcherz lub kışkę odchodową, od uczucia ciężaru w łonie i innych objawów zwrotnych, błogosławi skutek ergotyny zaskórnie wstrzykniętej. Niewolno nam jednakże obok powyższego sposobu leczenia pomijać leczenia innych możliwych przypadków chorobowych odpowiednimi lekami,—mamy bowiem po większej jeszcze części do czynienia z organizmem schorzałym, z wygryzami i owrzodzeniami na części pochwowój, na ustach macicznych, w kanale szyjki, a nakoniec we wnętrzu macicy samój.

Co do czasu, w jakim zastrzyknięta podskórnie ergotina oddziaływa, nadmienić winieniem, że rozczyiny więcj wyskoku zawierające prędszy sprowadzają skutek, natomiast większy sprawiają ból i częstsze owrzodzenia na miejscu do wstrzyknięcia obraném. Miejsce do wstrzyknięcia najmniej bolesne znalazłem niewątpliwie powyż bioder na krzyżu.

Rozczyiny wedle prędszego skutku umieszczam porządkiem, poczynając od rozczyynu *Bonjean'a*, jako najsilniejszego:

(*Bonjean*).

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|
| 1) Extr. secal. cornuti aquosi..... | 2,5 | gm. |
| Spir. vini rectific. | | |
| Glycerini ana..... | 7,5 | „ |

(*Dr. Kaczorowski*).

- | | |
|-------------------------------------|------|
| 2) Extr. secal. cornuti aquosi..... | 2,0 |
| Spir. vini rectific..... | 5,0 |
| Glycerini..... | 10,0 |

(*Dra Świdorskiego*).

- | | |
|---|------|
| 3) Extr. secalis cornuti aquosi..... | |
| Spir. vini rectific. an..... | 2,5 |
| Glycerini..... | 12,5 |
| (na 6 kropli rozczyynu przypada 0,06 ergotyny). | |

(Dra Świderskiego).

4) Extr. secal. cornuti aquosi.....	1,0
Spir. vini rectificatiss	1,5
A. destillat.....	4,5
Glycerini	3,0

(w 20 kroplach roztworu zawarty 0,1 ergotyny).

Silniej i prędzej oddziaływających roztworów używam w przypadkach śpiesznej wymagających pomocy,—słabszych zaś roztworów, osobliwie roztwór Nr. 4, w przypadkach przewlekłych. Roztwory *Bonjean'a* i *Dra Kaczorowskiego* oddziałują po części już w pół godziny, roztwór mego przepisu Nr. 3 w godzinę, a Nr. 4 w dwie godzin. Powyższe zestawienie zastosowałem do jednorazowej dawki od 0,15 do 0,18 grm. ergotyny.

Ogłaszając moje poszukiwania nad działalnością ergotyny, nie chciałem bynajmniej narzucać środka, o którego skuteczności mógłbym choć na chwilę powątpiewać.

Zebrałem 40 przykładów tak z mojej własnej jak i z praktyki innych kolegów, a we wszystkich tych przykładach skuteczność zaskórnie wstrzykiwanej ergotyny dostatecznie została stwierdzoną. Jeżeli zaś niektórzy twierdzą, że środki lecznicze do wewnątrz albo miejscowo stosowane, tak samo oddziałują, nie sprawiając przy tém bolesności i możliwego owrzdolenia, jak to się często zdarza przy zaskórnem wstrzyknięciu ergotyny, odpowiedzieć winienem, że nie znam środka, któryby w tak krótkim czasie i tak pewno skutkował bez narażenia organizmu na przykre następstwa, wynikające z wewnętrznego używania przez dłuższy czas leków ściągających, których nie każdy żołądek znosi. Owrdolenia po zastrzyknięciu ergotyny nie są konieczne; roztwór mój pod Nrem 4 w żadnym razie tego nie wywołuje, a mocniejsze roztwory tylko w nagłej potrzebie zastosowywać trzeba, gdzie i tak dość gwałtownych środków zwykle się używa.

KILKA UWAG O KURACJI W BUSKU.

Wywołanych sprawozdaniem D-ra Dymnickiego z 1868 r.

przez D-ra F. Głogowskiego z Lublina.

Skuteczność wód mineralnych i kąpeli znana była oddawna. Dzisiejsze upowszechnienie leczenia za ich pomocą przypisać należy wzrastającej liczbie uleczonych, przez ułatwienie przejazdów — i szerzeniu się wiadomości o tak zwanych cudownych kuracjach, ogłaszanych przez dzienniki lekarskie i nielekarskie.

Naukowe badania warunków leczących, rozbiory chemiczne wód, tworzenie się towarzystw naukowych do wspólnej pracy, ogłaszanie ich dzieł w rocznikach, to wszystko tak szybko powiększało zbiór szczegółowych faktów i wiadomości, że okazała się potrzeba wyłącznego poświęcenia czasu temu przedmiotowi, a wydziały lekarskie uznały konieczność utworzenia specjalnych wykładów Balneoterapii.

Zdawałoby się, że przez to lekarz praktykujący, albo uczeń medycyny, ułatwione ma już wszystko; nie pozostaje mu jak zapamiętać to co słyszał od swego profesora lub czytał w dokładnym dziele, aby tego lub owego chorego wysłać do tych lub innych wód i kilka tygodni poczekać, póki ten chory nie wróci uleczonym, dając w swojej osobie najlepszy dowód ich skuteczności.

Jednakże tak nie jest. Przeciwnie, mnóstwo przeszkód utrudnia rozpoznanie tego przedmiotu.

Każdemu lekarzowi znane są te trudności jakie musi usunąć, zanim zdoła w należytym świetle ujrzyć każde z owych miejsc leczących. Między temi trudnościami wiele znaczącą jest zbytnia ilość monografji i w każdej przesada skuteczności opisywanego miejsca, a brak rocznych sprawozdań, wykazujących jacy chorzy i z jakim skutkiem byli tam leżeni.

Szukając w tym kierunku, z całą przyjemnością znajdowałem zawsze roczne sprawozdania Szanownego kolegi *Dymnickiego*; całkiem też radośnie powitałem i ostatnie za rok 1868. Znalazłem w niem kilka nauczających opisów chorób z najlepszym leczonych skutkiem, o którym na indywidualnych lubelskich sam się naocznie przekonywałem. Stwierdzając w niektórych wiadomych mi przypadkach skutek zupełnie dobry kuracji w Busku, považam się podnieść kilka pytań co do pojmowania czynników wpływających na otrzymanie tego rezultatu.

Na str. 9 w ustępie o leczeniu syfilitycznych powiedziano: „Otóż zdroj buski utrzymuje siły pacjentów. Chorzy, którzy po za zdrojem w małych nawet dawkach rtęci znosić nie mogli, a to z przyczyny ślinotoków, braku apetytu i zupełnego upadku sił, dokazują obok zdroju cudów waleczności, znosząc dwu a nawet trzymiesięczne leczenie rtęcią i to w dawkach wysokich bez najmniejszego niepomyślnego przypadku.“ Dalej „Jeżeli w czasie leczenia rtęcią objawy choroby leniwo postępują, natenczas dodaję jod wewnątrz. W przypadkach w których syfilityczni widocznie podlegają zółzom i w niektórych porażeniach syfilitycznych, zmieniam moje postępowanie w ten sposób, że leczenie rozpoczynam od zadawania jodu i wody buskiej; a jeżeli objawy syfilityczne upór okazują, natenczas dopiero przechodzę do wcierań rtęciowych.“ Mam wątpliwość czy przy użyciu jodu i wody buskiej, czy też bez nich?—Równą mam wątpliwość, od czego kuracja nieszkodliwych się zaczyna, czy bez jodu wodą buską, czy też i bez jodu i bez wody buskiej wewnątrz, tylko wcieraniem szaruchą i kąpielami?

Na owe nadzwyczajnie dobre znoszenie wysokich dawek merkurjuszu przypuszczać można, że głównie wpływa korzystna zmiana warunków bytu. Dla ludzi przybyłych z większych miast, ze złego powietrza, z siedzącego sposobu życia, rzadko używających kąpeli, ruch na świeżem powietrzu i systematyczne używanie kąpeli są jedynie korzystnie działające czynniki na podniesienie owęj wymiany pierwiastków organizmu, (na którą sam Sz. Kol. słusznie zwraca uwagę), a przez to podniesienie apetytu, trawienia i sił; ztąd następnie łatwe znoszenie dawek merkurjalnych. Tę wątpliwość można by rozstrzygnąć, lecząc w Busku takich chorych bez kąpeli mineralnych, tak jak się bez nich leczy w Lublinie, Warszawie, Paryżu i t. d. i pomimo że wszędzie stosunkowo wielu syfilitycznych wyleczono z tego przymiotu, nikomu nie przyszło na myśl przypisywać skutku sile leczącej wód Bystrzycy, Wisły, Sekwany do kąpeli dla chorych użytych.

Na przypuszczalny zarzut, że jednakże prawdopodobnie zachodzi różnica na korzyść Buska, kiedy i z Lublina i z Warszawy nieuleczeni tam syfilityczni przyjeżdżają na kurację do Buska, od razu odpowiadam: przyjeżdżają ci, którzy w domu kuracji skończyć albo nie chcieli albo nie mogli,

lecząc się najczęściej potajemnie, bez ładu i bez zachowania ścisłego systemu. Zmęczeni trwaniem i szerzeniem się choroby przechodzą nakoniec do tych warunków, jakich im od początku było potrzeba.

Zrobiłem propozycję kuracji syfilitycznych w Busku bez używania wody mineralnej, chociaż mam przed oczami: „Wymianę pierwiastków popierają silnie kąpiele w ogólności, a mineralne w szczególności. Pomiedzy kąpielami mineralnymi zasługują najwięcej na zaufanie obfitujące w gazy, a zwłaszcza w gaz siarkowodorowy i t. d.“ Lecz ów gaz siarkowodorowy łącząc się z merkurjuszem zubożnia go, daje związek nie mający już własności przenikania przez tkanki organiczne; i to znowu w części pewnej może wyjaśnić dla czego tak znaczne ilości szaruchy (np. 60 drachm Ungti cinerei fortioris) są tam przez pacjentów dobrze znoszone. W ten sposób można zrozumieć owe przed laty przez tegoż samego kolegę obserwowane kilkadziesiąt razy pojawienia się powtórne objawów syfilitycznych w czasie kuracji buskiej, jak to w sprawozdaniu na str. 8 przytoczono. Dla wyjaśnienia prawdy, zrozumienia sprawy, potrzebne jest przypomnienie jak się w ogóle leczą syfilityczni.

Od czasu jak *Ricord*, *Bärensprung* i *von Sigmund* usunęli system głodowej kuracji, a wprowadzili pożywną, nawet silnie wzmacniającą, skutek okazał się znacznie lepszym. Przy tym systemacie wzmacniającym wcierania ex Ungto cinereo przez tegoż *von Sigmund'a*, na nowo w użycie wprowadzone, leczą niewątpliwie chorobę bez wody buskiej. Przypuszczano że nie zawsze, ale żądano potwierdzenia niezaprzeczalnego faktu, że czasem leczą. Woda zaś buska sama przez się sprowadza ponownie objawy syfilityczne.

Z tego w żaden sposób nie można wyprowadzać wniosku, że rezultat uleczenia chorych, biorących kąpiele buskie ze współczesnym wcieraniem szaruchy, skuteczności wody buskiej przypisać należy. Ostatecznie proponowałbym zmianę w sprawozdaniu co do wyrażenia: „Sława zdroju buskiego w chorobie syfilitycznej i t. d.“ Szczęśliwą ich kurację przypisując dobrym warunkom i radom (wraz z wcieraniem merkurjalnym w Busku aplikowanym) a wcale nie wodzie zdroju buskiego.

Z praktycznego stanowiska zapatrując się na to leczenie, najlepiej jest każdego chorego leczącego się tajemnie, niedokładnie wykonywającego przepisy, translokować do takiego miejsca jak Busk, znanego ze swęj skuteczności w innych chorobach, przez co się nie wykrywa tajemnicy, a daje sposobność lepszego prowadzenia kuracji. Chory zaś, jak się zdobędzie na wyjazd, ujrzy się niekrępowanym żadnemi względami bocznymi, zostanie współkolegów nieszczęścia, a pomiędzy nimi już i odzyskujących zdrowie, łatwiej znajdzie w sobie odwagę i wytrwałość w wypełnianiu tego po co przybył, tymczasem dobre starania i dobre warunki dokonają reszty. Z tego wykazuje się tylko ta trudność w balneoterapii, że niedosyć jest znać skład wód i ich działanie, ale trzeba znać i lekarzy tam ordynujących, a nawet ich systemata leczenia, rozróżniając co robią wody, a co robi lekarz.

Prawdziwą mam przyjemność wypowiedzieć, że dzisiejsze powodzenie kuracji w Busku uważam za rezultat pracy szan. kol. *Dymnickiego*, który wiedząc o słusznym uznaniu jego działalności, nie weźmie mi za złe zwrócenia jego uwagi jeszcze na jeden ustęp zeszlórocznego sprawozdania, któremu nie mogę przytwierdzić, a który jest bardzo ważnym i w wyrażeniu zbyt stanowczy, dotyczy prognozy wyleczenia syfilis *na zawsze*.

Na str. 19 „Nie miałem ani jednego jeszcze przypadku, w którymby się w mowie będąca choroba *po zupełnym wyleczeniu się (?)* u zdroju buskiego powróciła“, – na str. zaś 10 zasadą kolegi jest „tak długo prowadzić leczenie

dopóki ostatni objaw syfilityczny nie zniknie; obrzmiałe gruczoły limfatyczne za niewinne pozostałości uważam“.

Chorych w Busku leczonych, a następnie w mojej obserwacji będących (nie mówiąc o cieszących się najlepszym skutkiem kuracji, bo ci nie są przedmiotem tych uwag), człowiek rozsądny, z wytrwałością wykonywający przepisy lekarskie, po odbytej kuracji uwolniony z Buska (nie zbiegły z kuracji), zatem za wyleczonego uznany, (prawda wrócił bez wszelkich objawów chorobliwych,) z powodu objawów powrotnych w zimie musiał się poddać nowej kuracji.

Drugi z zeszlórocznej kuracji człowiek, mniej wykształcony, ale ślepo posłuszny w wykonaniu przepisów lekarza, wrócił z Buska w połowie Października, a w sześć tygodni potem obecna angina, strupy na głowie, roseola na piersiach, spowodowały go do szukania nowej rady—u mnie, czytającego właśnie cytowany ustęp sprawozdania do napisania tych uwag. Niepodobnym jest ściśle oznaczyć kiedy choroba ta jest wyleczona, zniknięcie objawów nie świadczy jeszcze o wyleczeniu, nawet bez obrzmienia gruczołów, jak to było w obu przywiedzionych przypadkach.

To ponowne wracanie objawów syfilitycznych nikogo dziwić nie może, co w moich oczach nie czyni najmniejszej ujemy kuracji w Busku odbytej; jest to wina natury choroby i stanu nauki, nie leczenia. Jakkolwiek przyjmują przyspieszoną tam wymianę pierwiastków w organizmie przez wiele czynników wywołaną, jak przez świeże powietrze, ruch, wzmocnione odżywianie, przez wcieranie merkurjalne, przez różne kąpiele i natryski, jednakże sam kilkotygodniowy przeciąg czasu kuracji bywa za krótki, a czasem ani dwa razy na dzień powtarzanymi wcieraniami, ani powiększeniem ich ilości zastąpić nie można. Owszem, właściwiej zdaje mi się w codziennych wcieraniach robić przerwy, jak to dawniej był zwyczaj, aby przez to zyskać czas potrzebny do odnowy chorego ustroju.

Według zalecenia szan. kol. szczególną uwagę zwracam na leczenie długotrwałych katarów oskrzeli; na str. 6 wyczytuję brak soli inhalacyjnej, i poprzestawanie na łaźni gorącej, a domyślam się braku i pulweryzatorów; te jednak są tak proste i dostępne, że można je uznać za obowiązkowe, jeżeli nie dla zakładu, to przy zakładzie do nabycia każdemu choremn. W życiu ich jest ta dogodność, że można rozproszkować płyny i zimne i ciepłe, stosownie do uznania i przepisu lekarza.

Ogólne upowszechnienie tych narzędzi świadczy o ich praktyczności i robi zaszczyt zakładnąd wielostronnie u nas zasłużonemu szanownemu kole-dze *Ludwikowi Natansonowi*, prawdziwemu ich wynalazcy, jakkolwiek różnych przerabiaczy noszą nazwiska (*Lewin*. Die Inhalationstherapie na str. 148. Im Jahre 1862 hat Herr Dr. *Bergson* nach einer Idee des Hrn Dr. *Natanson* einen Inhalationsapparat konstruirt).

„W katarach oskrzeli gruzliczych jest bez wątpienia zdroj nasz przeciwskazanym, czego już kilkakrotnie doświadczyłem.“

Właśnie dla ustalenia tych wskazań i przeciwwskazań, najwięcej sprzyjającym byłoby ogłoszenie obserwacji tak pomysłnych jak i niepomysłnych.

Wiem, że żadne źródło nie pochwali się publikacją podobych przestro-g, jednakże nie rozumiem ujemy ztąd w sławie skuteczności zdroju, jeżeli chory zamiast doczekać się polepszenia wyjdzie z pogorszeniem. Fakt chociaż nie ogłoszony, zostaje faktem, a wysledzenie przyczyny stanowiłoby rzeczywistą korzyść dla innych.

Nakoniec szanowny kolega pozwoli zwrócić szczególną uwagę czytających pracowite jego sprawozdanie na zdumiewającą skuteczność kuracji w chroniczném zapaleniu macicy: z 7 chorych uleczono 2, w polepszeniu 3, bez

ulgi 2; cóż za ogromny procent 28,57 — 42,84 — 28,57. Wprawdzie szczęśliwszym jeszcze jest Solec (*Gazeta Lekarska* 1869 r. Nr. 24 str. 708): z 9 chorych uleczono 5, w polepszeniu 3, bez ulgi 1; czyli 55,55 — 33,33 — 11,11. Nierównie wyraźniejszym jest przedstawienie i porównanie w ten sposób, do którego każdy z czytających musi się uciekać, chcąc mieć jasne wyobrażenie o stosunku, naturalną więc jest rzeczą prośbą czytającego o podawanie liczb w stosunku do sta lub tysiąca. Jak sobie wytłumaczyć tak małą liczbę szukających tam pomocy w tej tak częstej i długotrwałej chorobie.?

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIEJ.

CHEMJA SĄDOWA I TOKSYKOLOGJA

Sprawozdawca **B. Lutostański.**

W niniejszym sprawozdaniu podaję czytelnikom treściwy przegląd najnowszych podręczników, ogłoszonych drukiem w przedmiocie chemji sądowo-lekarskiej i toksykologii. Obecnie nie mam bynajmniej zamiaru zajmować się rozbiorem krytycznymi dzieł naukowych. Są to skromne zapiski piśmiennicze, w których ograniczę się na skreśleniu krótkiej charakterystyki najważniejszych prac w dziedzinie wzmiankowanych nauk, aby tym sposobem przyjsć w pomoc lekarzom praktycznym, zwłaszcza na prowincji zamieszkałym, przy wyborze dzieł. Dzieło *Jerzego Dragendorff* prof. w Dorpacie, ogłoszone pod napisem: *Die gerichtlich-chemische Ermittlung von Giften in Nahrungsmitteln, Luftgemischen, Speiseresten, Körpertheilen etc.* 8—VI str. 426 mit in den Text gedr. Holzschnitten, St. Petersburg 1868, niezaprzeczenie zajmuje naczelné miejsce w piśmiennictwie chemji sądowej z ostatnich dwóch lat. Autor należy do pierwszych powag w chemji policyjno-prawnej, a sposoby poszukiwań chemiczno-sądowych przez niego podawane są nadzwyczaj cenione w nauce. Dzieło powyższe jest rezultatem własnych badań autora, który przy każdej sposobności podaje oryginalne metody odznaczające się wielką ścisłością. Chemikowi temu zawdzięczamy wiele pomysłów i odkryć w chemji stosowanej do medycyny i w farmakologii. Rzadko można się spotkać z tak znakomitým dziełem jak to o którym tu mowa. Dzieło to należy do najlepszych w danym przedmiocie i jako takie najgoręcej poleca się lekarzom i chemikom sądowym. Wkrótce podam o niem obszerniejszą wiadomość.

Do dobrych przewodników należy: *Die Prüfung chemischer Gifte, ihre Erkennung in reinem Zustand und ihre Ermittlung in Gemengen— von Adolf Düflos, professor;—Ein Leitfaden bei gerichtlich—chemischen Untersuchungen für Aerzte, Apotheker, gerichtliche Chemiker und Criminalrichter—mit 40 in den Text gedr. Abbild.* Breslau 1867. Po określeniu trucizny autor przechodzi do opisu pojedynczych trucizn, ustawionych w ośm następujących działów: 1) Trucizny działu chlorców (chloroidów), 2) Tr. kwaśne, 3) Tr. alkalowe, 4) Tr. solne. 5) Tr. metaloidowe (niby kruszcowe) 6) Tr. metalowe (kruszcowe) 7) Tr. cyanowe 8) Tr. alkaloidowe. Chemiczne zachowanie się pojedynczych trucizn *Düflos* ściśle charakteryzuje i podaje zarazem najpierwsze sposoby wykrycia ciał trujących w mieszaninach materji organicznych. Przy każdej truciznie zamieszcza autor przeciwtrucizny. Przy końcu znajduje się opis postępowania chemicznego do wykrycia jakiejbądź trucizny, w ogóle w razach, gdy nie mamy żadnych pewnych wskazówek o rodzaju użytej przy otruciu trucizny, wreszcie nauka jak należy układać sprawozdanie o przebiegu i rezultatach poszukiwania sądowo-chemicznego.

Dziełko *Düflos'a* zaleca się szczególnie dla początkujących, jako podręcznik przy ćwiczeniach praktycznych w rozbiórach sądowo-chemicznych. W podręczniku tym czuć się daje brak nowych sposobów poszukiwania, między innymi metody *Schoenbein'a* do wykrycia kwasu cjanowodorowego i metod *Dragendorff'a* do wykrycia alkaloidów trujących.

Z najnowszych publikacji zasługuje na uwagę: *Handbuch der Gerichtlichen Chemie—nach eigenen Erfahrungen, bearbeitet von F. L. Sonneschein Dr. d. Phil. Docent d. Chemie an k. Univers. u. chemischer Sachverständiger bei d. k. Gerichten zu Berlin. Mit 6 Tafeln VI str. 564 Berlin 1869.* Podręcznik ten zawiera systematyczny i dość zwięzły wykład chemji sądowej. W pierwszej części, poświęconej poszukiwaniom toksykologicznym, autor przechodzi po kolei trucizny metalojdowe, mineralne, roślinne i niektóre zwierzęce. Przy każdej z nich opisuje własności chemiczne, zachowanie się względem odczynników chemicznych i sposoby wykrycia trucizny w mieszaninach organicznych. Prócz tego, ze względu na potrzeby lekarzy prowincjonalnych, dla których ważną częstokroć rzeczą aby cały materiał naukowy streszczony był w jednej książce, autor podaje przy opinji każdej trucizny dość obszerną kazuistykę otruść (z własnej praktyki), odtrutki i oznaki zatrucia na trupie, które w pewnych razach naprzykład przy otruciu kwasem siarczanym, kwasem azotnym, arsenikiem, ważne mają znaczenie w poszukiwaniach sędowo-lekarskich. Przeszedłszy w taki sposób pojedyncze trucizny, autor przystępuje do skreślenia biegu rozbioru chemicznego w celu wykrycia metali i w ogóle ciał nieorganicznych w mieszaninach organicznych, jak również biegu rozbioru chemicznego w celu wyśledzenia otrucia w razach gdzie nie ma specjalnych poszlak i gdzie w skutek tego szukać musimy wszystkich trucizn.

W drugiej części autor zajmuje się poszukiwaniami sędowo-chemicznymi i drobnowidzowemi, które nie zostają w żadnym związku z otruciami, lecz odnoszą się do badań sędowo-lekarskich lub spraw policyjnych. Dalej idzie część administracyjna (policyjna) w której autor opisuje własności powietrza, wody i pokarmów w stanie czystości i podaje sposoby wykrycia zanieczyszczeń lub zafalszowań rozmaitych artykułów spożywczych.

W wykładzie swoim autor uwzględnia wszędzie ustawę karną pruską i obowiązujące w prusach przepisy policji lekarskiej. Opis chemiczny trucizn i artykułów spożywczych, jak również metody wykrycia trucizn i zanieczyszczeń starannie są opracowane według najnowszych źródeł i własnych doświadczeń. Autor swoje własne metody miał sposobność wypróbować w praktyce sędowo-chemicznej.

Wykład chemji sądowej *Sonneschein'a* zaleca się do podręcznego użytku, albowiem stoi na wysokości dzisiejszego stanu umiejętności i może być z wielką korzyścią użyty do pomocy przy wykładach uniwersyteckich dla lekarzy i aptekarzy. Mimo licznych zalet podręcznik *Sonneschein'a* nie może całkowicie zastąpić klasycznych dzieł w przedmiocie toksykologii i chemji sądowej istniejących, np. *Orfili, Gaultier de Claubry, Schneider'a, Otto, Taylor'a, Wormley'a* (*Micro-Chemistry of poisons New-York 1867*) i *Dragendorff'a*.

Wypada mi jeszcze wspomnieć o dziełku *Dr. O. Bandlin: Die Gifte und ihre Gegengifte—1 Bd. str. 286 Basel 1869.* Dotychczas wyszedł tom pierwszy. Jestto książka wyłącznie przeznaczona dla lekarzy praktycznych i ludzi wykształconych w ogóle (urzędników sądowych, przysięgłych i t. d.). Nie ma też ona pretensji do dzieła naukowego w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. Rzadko w którym uniwersytecie istnieje osoba katedra dla toksykologii. Nauka ta wykładana bywa zazwyczaj w połączeniu z farmakologją i patologją szczegółową ze szkodą dla umiejętności i praktyki lekarskiej. Młodzi też lekarze wynoszą z uniwersytetu bardzo uiedokładne wiadomości z toksykologii. W praktyce napotykać co krok wypadki z których nieraz z trudnością przychodzi im zdać sobie sprawę—i w razach nagłych wymagających szybkiej pomocy, bywają w niemałym kłopotcie. Lekarz praktyczny rzadko kiedy może znaleźć dość czasu do studjowania specjalnych dzieł toksykologicznych, zresztą na drogie dzieła nie stać go czasami. Dla takich lekarzy może służyć dziełko *Bandlin'a*, w którym znajduje się wszystko co lekarzowi pod względem toksykologicznym okazać się może potrzebnem przy wykonywaniu praktyki.

Autor przy pisaniu tego dziełka miał także na celu popolicenie nauki o truciznach. Czy korzystnem jest naukę tę rozpowszechniać, w téj mierze zdania są podzielone. Przeciwnicy popolicenia wiadomości toksykologicznych utrzymują, iż przez to dopomag się szerzeniu samobójstw i zbrodni przez zatrucia. Przyczyny samobójstwa i zbrodni morderstwa głębiej sięgają i mogą się tylko objawiać w chorobliwym ciele społecznem, gdzie nędza, ciemnota i upadek moralny pchają człowieka do czynów karygodnych. Kto upadł

tak nisko, iż zdolny jest do zbrodniczych czynów, tego żadna trudność nie powstrzyma od wykonania zbrodni. Oświata realna nigdy nie sprowadza złych skutków, dlatego i pospoicie toksykologii, mojem zdaniem, nie może być szkodliwem dla społeczeństwa. W zasadzie musimy się przeto zgodzić z Dr. *Bandlin*.

Po historycznym zarysie toksykologii autor przystępuje do nauki o działaniu trucizn na ustrój ludzki i o zmianach jakim w ustroju ulegają. Dalej zajmuje się on ogólną symptomatologią i terapią otruc. Skreśliwszy następnie ogólne cechy trucizn drażniących czyli ostrych, *Bandlin* przystępuje do opisu działania pojedynczych trucizn i leczenia otruc w szczególności. Autor przechodzi po kolei metaljody, metale i ich związki trujące, następnie trujące przetwory chemiczne: chloroform, eter, środki wysokokowe, nitrobenzin, anilin, nitroglycerin, kwas pikrynowy, kreozyt i olej skalny.

Cała książka opracowana jest według najnowszych i poważnych źródeł. Wykład jasny odznacza się prostotą i zbliża się do sposobu używanego w angielskiej literaturze popularnej. Dla nielekarzy książka ta jest zupełnie zrozumiałą. Tom drugi obejmować będzie trucizny roślinne i zwierzęce.

Dla lekarzy zajmujących się studjami toksykologicznymi i pracami literackimi bardzo pożyteczną jest podręcznik bibliograficzny, pod tytułem: *Biblioteca pharmacologica et toxicologica, oder Verzeichniss aller auf dem Gebiete der Arzneimittellehre u. Giftelehre in den letzten 20 Jahren, 1848—1867 erschienenen Bücher u. Zeitschriften v. Adolph Buchting* 12. 36 str. Nordhausen.

Działanie siarczanu aniliny.

M. Rudniew podaje w *Jahrsb. u. die Leist. u. Fortschr. in d. Gesam. Medicin für 1868*, I. Bd. III. Abth. str. 342 następujące rezultata z poszukiwań prof. *Winogradowa* nad działaniem aniliny przy leczeniu padaczki (epilepsie) i płasawicy (chorea).

1. Dłuższe użycie siarczanu aniliny w chorobach wzmiankowanych okazuje się w niektórych razach skutecznem, jeżeli dawki powoli będą podwyższane.

2. Działanie aniliny na układ nerwowy objawia się głównie stłumieniem (depresją) mlecza pacierzowego.

3. Anilina osłabia poczucie dotykania.

4. Stłumienie nie znosi od razu wszelkiego rodzaju pocuć, lecz powoli je coraz bardziej osłabia.

5. W zatruciu aniliną po oddzieleniu mózgu działanie jęj objawia się przez częste i trwałe drgania.

6. Anilina stłumia wrażliwość obwodowych nerwów czucia.

7. W zatruciu aniliną stłumienie mlecza pacierzowego postępuje od dołu ku górze.

8. W zatruciu aniliną okazuje się prócz tego zboczenie w ruchach koordynowanych, zwłaszcza u żab z całym mózgiem.

9. Anilina usuwa drgawki, wywołane przez strychninę w dawkach trujących.

10. Anilina zmniejsza liczbę uderzeń serca nie naruszając przytém jego dzielności.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

O rozpoznawaniu gorączek za pomocą ciepłoty.

Prelekcja profesora Sée.

Gorączkę określono, jako stan chorobliwy odznaczający się ciepłotą większą, tętnem i krążeniem przyspieszonym, niedomaganiem ogólnem i osłabieniem. Niektórych zjawisk może brakować np. przyspieszonego tętna; ztąd najlepszem będzie określenie, na zjawisku pierwotnem, głównem, na ciepłocie oparte.

Ciepłomierz nie wskazuje całej ciepłoty, posiadanej przez ustrój, ani może wytłomaczyć jak się wyrabia, gdyż istnieją przynajmniej dwa jej rodzaje: zbyteczna i nagromadzona. Pierwsza wynika z nadmiaru utlenień, ze zbytku gorzenia, druga z zatrzymania, z nagromadzenia. Dzięki ciepłocie zatrzymanej czyli nagromadzonej, osoba z ciepłotą prawdziwą $37,5^{\circ}$ może opierać się 12° zimna. Jest ona opatrzona układem nerwów regulującym, pod którego sterem nerwy naczyń peryferycznych, podniecone wrażeniem zimna, kurcząc je, sprawiają mniejszy krwi przyływ do obwodu; a że mniej krwi przychodzi w styczność z powietrzem zimnym, zatem mniej traci się ciepłoty, niżeli w stanie normalnym. Tak działa temperatura niższa od zera.

Jeżeli teraz wyobrazimy temperaturę Senegalu o 40° , co nastąpi? Skutkiem warunków przeciwnych, ona nie podniesie się wyżej nad $37,5^{\circ}$ u człowieka. Wtedy bowiem ogromna ilość ciepłoty uchodzi z potami. Naczynia krwiste rozszerzają się, więcej krwi przypływa do obwodu, a przez styczność z otaczającym powietrzem więcej ulatuje ciepłoty. Słowem, regulator mający siedlisko w skórze lub układzie nerwów, rządzi ustrojem, i działa zupełnie inaczej przy wysokich, niżeli przy niskich jej stopniach.

Ten cudny regulator utrzymujący człowieka w stanie zdrowia i pozwalający mu znosić klimaty najróżniejsze, działa także u człowieka dotkniętego gorączką. Wyższy stopień ciepłoty objawia się u niego przez ruchy serca przyspieszone; krew krążąca ochładza się szybciej w styczności z powietrzem zewnętrznym, i pot przynosi ulgę choremu. Przeciwnie w czasie dreszczu poprzedzającego palenie, chory przedstawia takie warunki, jak gdyby był wystawiony na zimno 12° stopni. Naczynia kurczą się i ciepłota, zależąca u gorączkujących jak u zdrowych od zbytku utlenień i zatrzymania, skupia się.

W stanie chorobliwym człowiek silniej pali pokarmy, tkanki, niż w stanie zdrowym; gorączkujący traci znaczną ilość mocznika, a mocznik jest przedstawicielem tkanek zniszczonych przez nadmiar gorzenia. Powtóre, w okresie dreszczu, krew napływa do części wewnętrznych, a ciepłota nieulatuując przez transpirację nagromadza się w ekonomji; krótko mówiąc, mamy w stanie chorobliwym ten sam dualizm wytwarzania i nagromadzania ciepłoty.

Termometr może dać rozpoznać chorobę od pierwszych dwóch dni, co łatwo zrozumieć, zważając, że on wskazuje zwiększoną ciepłotę, jaka trzyma pod swoim wpływem wszystkie zjawiska gorączki: tętno, krążenie, układ nerwów i stan ogólny pacjenta.

Choroby gorączkowe pod względem ciepłoty dzielą się na trzy gromady (*Wunderlich*); *Sée* następujące rozróżnia.

Gromada pierwsza; tu choroba zaczyna się od dreszczu, po jakim ciepłota raptem podwyższa się, potem szybko spada. Tak przy paroksyzmie zimnicy, termometr w ciągu jednej godziny podnosi się od $37,5^{\circ}$ do 41° . Istnieją zimnice rzekome, częstokroć w błąd wprowadzające lekarza, mianowicie wśród okolic błotnych: np. ropnica rannych i operowanych, ropnica położnic, i nareszcie *intermittens*, napastująca tych, którym wprowadzają zgłębnik do cewki moczowej. Zaczynają się one również od dreszczu i zwiększonej ciepłoty, lecz ta rośnie w pomienionych przypadkach mniej szybko, potrzebuje godzin kilku, aby dojsz do swego *maximum*, i mniej też szybko spada. Nieinaczej przy gruźlicy ostrej, gdzie mamy dreszcz początkowy i raptowne podwyższenie ciepłoty, lecz gdzie ona potrzebuje najmniej pół dnia, aby doszła do *maximum* i tyleż aby spadła. Zatem trzy zjawiska cechują pierwszą gromadę gorączek: dreszcz, podwyższenie raptowne ciepłoty, potem zwolnienie nagłe, szybkie.

Gromada druga; tu choroba zaczyna się także od dreszczu, ale już on niezbędnym nie jest i częstokroć go nie ma. Ciepłota podnosi się szybko, jednak mniej niż przy chorobach pierwszej gromady; gdzie dochodzi w godzin kilka do *maximum*, kiedy przy chorobach drugiej gromady potrzebuje godzin 12, 24, 36 i więcej. Nadto zachodzi ważna okoliczność, że w pierwszej gromadzie gorączka trwa krótko, a w drugiej trwa dni kilka. Słowem gromada pomieniona odznacza się tęp, że dreszcz nie zawsze istnieje, że ciepłota wzmagą się stopniowo przez dni kilka, potem spada zwolna lub szybko. Do niej należą: *ephemera*, *amygdalitis*, *pneumonia*, wreszcie największa liczba wysypek ostrych.

Pneumonia służy za wzór tej gromadzie chorób; zaczyna się często, acz nie zawsze od dreszczu; ciepłota wznosi się zrazu do $39,5^{\circ}$, nazajutrz do 40° najwięcej, a dopiero pod koniec 2-go lub 3-go dnia dochodzi do *maximum* $40,5^{\circ}$ lub 41° . Chociaż więc prędko rośnie przy pneumonii, ma jednak przy zimnicy (należącej do pierwszej gromady) przebieg bardziej ostry. Gorączka trwa dni 3 — 6 i przedstawia mniejszą różnicę między ciepłotą wieczorną i ranną, niżeli nawet w stanie prawidlowym. Pneumonja jest chorobą mającą typ ciągły i nieustający; około 7-go lub 8-go dnia wstawia się remisja, oznaczona dość raptownem spadaniem ciepłomierza. Do tej gromady należą wszystkie wysypki ostre; wprawdzie róża, ospa, szkarlatyna znacznie się różnią co do stanu ciepłoty, wszelako różnice te pierwszego i drugiego dnia nie istnieją. Zatem można rozpoznać wysypkę ostrą, ale trudno powiedzieć, opierając się li tylko na ciepłomierzu, jaką ona będzie. Odra szczególnie posiada cechy zbliżające ją do chorób trzeciej gromady, przedstawiających różnicę radykalną.

W pierwszej gromadzie widzieliśmy wzrost ciepłoty bardzo szybki; w drugiej gromadzie widzieliśmy wzrost szybki, a w trzeciej gromadzie on jest stopniowy. Tu ciepłota potrzebuje najmniej dni 2—3 aby dojść do swego *maximum*, i przedstawia znaczne bardzo w tym czasie zwolnienia między wieczorem a rankiem. Rzezoną gromadą, mającą za wzór gorączkę tyfoidalną, mieści choroby różne.

Gorączka nieżytowa, nieżyt epidemiczny (gryppa), odznaczają się tym samym co gorączka tyfoidalna przebiegiem ciepłoty, t. j. dochodzi ona do *maximum* pod koniec dnia 2-go lub 3-go. Jeżeli ciepłomierz wskazuje 41° rozpoznanie dosyć jest trudnem, bo zjawiska *tyfoidalne* mogą istnieć przy gryppie; skoro więc zapomni się, że nieżyt przy tyfusie nie występuje wcale przed dniem siódmym, łatwo zbłądzić; ztąd ilekroć nieżyt gorączkowy przedłuża się, rozpoznanie, zważywszy istniejący tu i tam upadek sił, ból głowy, niedomaganie ciągle, winno polegać na stopniowem znizaniu się temperatury.

Przy gościu stawów ciepłota nie przechodzi nigdy $38,5$ — 39° , co zależy od potów obfitych przeszkadzających jej wytwarzaniu się. Wszelako gościec początkowy trudno niekiedy rozpoznać, i póki brakuje bólów umiejscowionych, może być wzięty za gryppę.

Przy zapaleniu opłucnej postrzegamy przebieg wcale inny, niż przy zapaleniu płuc. Dreszcz początkowy ani rozpalenie szybko nie istnieją, ciepłota wznosi się powoli i stopniowo remisja każdego ranka; nigdy do 40° nie dochodzi, a po 5-ju lub 6-ju dniach spada rychło, choć wysięk trwa. Słowem, przy zapaleniu opłucnej zjawiska gorączkowe ustępują prędko, lecz choroba idzie swoim torem.

Zapalenie wsierdzia i osierdzia odznacza się brakiem podwyższonej ciepłoty, nawet zjawisk gorączkowych; ztąd przechodzi często niepostrzeżone przez lekarza, który winien ich odszukiwać drogą badania fizycznego.

Gruźlica może udawać zimnicę i gorączkę tyfoidalną, zwłaszcza, gdy przybiera kształt gruźlicy ziarnistej ostrój. Gdzie kształt nieżytowy przemaga, rozpoznanie gruźlicy za pomocą przysłuchu i ciepłomierza jest niepodobne. Nawet przy kształcie tyfoidalnym rozpoznanie jest trudne, bo gruźlica taka i tyfus mają ten sam przebieg, te same zjawiska piersiowe i ogólne, jednak termometr dać może wskazówki szacowne. Przy gruźlicy on nie podnosi się nigdy do 41° , a gorączka jest ciągłą; tymczasem przy tyfusie brzuszny dają się stale postrzegać zwolnienia rankami.

Cechy, jakimi się wzajem różnią choroby pierwszej gromady: Zawiera ona zimnicę, gorączkę ropną i pewien kształt gruźlicy. Dreszcz przy wszystkich niemal chorobach tej gromady istnieje. Przy zimnicy pojedynczej codziennój, trzydniowój ect. byleby nie poprzedziło wdanie się lekarskie, nie brak go nigdy. Toż istnieje on prawie zawsze przy zimnicach złośliwych, jakich *Sée* rozróżnia trzy rodzaje: 1. Towarzyszone przez zjawiska mózgowo-majaczenie, drgawki etc. Zrazu nie przychodzi na myśl zatrucie błotne; przypadłości po 9 lub 10 godzinach nikną, a pomyślny skutek przypisują użytym pijawkom lub przyszczydłom; lecz nazajutrz przypadłości wczorajsze wracają, i tym razem śmiertelne. Taki błąd wtedy tylko jest możliwy, gdy się nie zważa na ciepłotę, jaka przewyższa zawsze 40° , przytém dreszcz istniał mniej lub więcej silny. 2. *Naczyniowe* z dreszczem przez cały nie-

mal ciąg napadu trwającym i kończące się zazwyczaj kształtem synkopalnym. 3. *Roztopowe choleryczne* etc. takie nie przedstawiają dreszczu ni podwyższonej ciepłoty, przynajmniej z początku, lecz one mogą się zjawić pod koniec i ciepłota może się wtedy wznieść do 40° i 41°. Istnieje okres przedgorączkowy, przechodzący niepostrzeżenie mimo przestrożg *Dehaen'a*, który zauważył podniesienie się ciepłomierza pół godziną przed dreszczem. Tenże fakt ogłosił 1840 roku *Gavarret*, lecz nie zwrócono nań uwagi; dopiero poszukiwania najnowsze całą jego wykazały rzeczywistość. Skoro dreszcz mniej lub więcej silny objawi się, ciepłota zwiększona o dwa stopnie dochodzi w godzin dwie do 40, 40,5°, czego w żadnej innej chorobie nie ma, a po dojściu do tego *maximum* spada nagle. Cały napad trwa godzin 10—12. W tym czasie zachodzi gorzenie przesadzone, a mocznik przedstawiciel rozkładu tkanek przechodzi w zdwojonej ilości do moczu, jaki zawiera prócz tego osad kwasu moczowego i moczanów. Za tém idzie przerwa, po której nowy zjawia się napad, zawsze między 7-mą rano a 2-gą po południu.

Gorączka ropna przedstawia dreszcz gwałtowny, a ciepłota potrzebuje 8, 10, 12 godzin, aby dojść do *maximum*, t. j. do 40° i 41°. *Maximum* owo trwa godzin 2—8, potem termometr spada szybko w godzin 3—5. Wytwory rozkładu (mocznik i kwas moczowy) są daleko mniej liczne niżeli przy zimnicy pojedynczej. Przerwa wolna (apyreksia) nie jest zupełną, wreszcie napad przychodzi o innej godzinie, niżeli był poprzedzający i przedstawia odmienny porządek.

Intermittens tuberculosa często się zdarza, zwłaszcza między wojskiem, gdzie ją można wiaść za zimnicę prawdziwą. Ten błąd prowadzi do terapii płonnej, bo wtedy używają chininy, arseniku i hydroterapii, bezskutecznie.

Szkarlatyna zaczyna się raptem jak ospa, lecz ciepłota wznosi się daleko prędzej i w ciągu godzin 24-ch dochodzi do *maximum*. Wtedy pojawia się wysypka. Z pomiędzy wszystkich wysypek gorączkowych szkarlatyna ma okres zwiastunów najkrótszy, co ją dość łatwo odróżnia. Ale szkarlatyna przechodzi często niespostrzeżona, bądź że wysypka była bladą, bądź że jęj brakowało, bądź że nareszcie wystąpiła częściowo i przelotnie. Taka jednak szkarlatyna może powodować wszystkie przypadłości niebezpieczne szkarlatyny regularnej, między innymi białkomocz, zwłaszcza, że przy jęj niespostrzeżonóm przejściu, żadne środki ostrożności nie przedsięwiorają się. Lekarz uniknie błędę, jeżeli nie zaniecha badać ciepłoty. Z początku była gorączka, trwała dzień, najwięcej godzin 24, ale ciepłomierz dochodził w tym czasie do 40°, żadna zaś inna choroba nie dochodzi w ciągu dnia do tego *maximum*.

Odra przeciwnie, zaczyna się powoli i zdradziecko, co ją wyróżnia istotnie od szkarlatyny i ospy. Przy tych ostatnich, ciepłota dochodzi do *maximum* szybko i równo; przy odrze są zwolnienia rankami, pozwalające od drugiego dnia przepowiedzieć jęj wybuch. Okres zwiastunów ma długi, a okres wylegania się trwa dni 4. Z początku gorączka niewielka przedstawia cechy gorączki zwalniającej lub nieżytowej; potem wstawia się napad przemijający, poprzedzony dreszczami około 3-go dnia: rano dnia 5-go lub 6-go ciepłomierz spada i wtedy można dostrzedz wysypkę wybuchającą wkrótce lub nazajutrz. Więc tu *maximum* temperatury przypada między dniem 3-im a 5-ym.

Nie łatwo jest rozpoznać wysypkę ostrą od zapalenia płuc, zwłaszcza, że ciepłomierz na nic się lekarzowi w pewnych przypadkach nie przyda. Wielkie np. istnieje podobieństwo między ospą i zapaleniem płuc, gdyż zachowuje się w obu przypadkach jednakowo, mianowicie podnosi się szybko; dla tego trzeba czekać aż znaki przysłuchowe wystąpią. Potém zdarza się często, iż przysłuch ciężko wykonać, zwłaszcza u dzieci; u nich nadto brak całkiem ekspektoracji, a trudne oddéchanie istnieje przy ospie i zapaleniu płuc. Ciepłomierz nic nie objaśnia; może objaśnić jeden tylko znak, trudne oddéchanie istniejące, jak klucie po bokach, w obu przypadkach. Przy pneumonji trudne oddéchanie towarzyszy kolce umiejscowionj z prawj lub z lewej strony, i przecinającj oddech; przy ospie nie ma właściwie trudnego oddéchania, ale są raczej tęsknoty, uczucie niepokoję, mające siedlisko w dołku podsercowym; więc uważne zbadanie dyspnei może być niejaka w razach wątpliwych wskazówką.

Przy odrze wysypka pojawia się 4-go lub 5-go dnia, przy szkarlatynie 2-o dnia wieczorem, przy ospie dnia 4-go.

Przy szkarlatynie *maximum* ciepłoty utrzymuje się przez 4 lub 5 dni; zwolnienie następuje około 7 lub 8 dnia i ciepłota spada powoli.

Przy ospie zwolnienie po ukazaniu się wysypki jest zupełne; dopiero w okresie ropienia ciepłota znowu podnosi się.

Przy odrze po wystąpieniu wysypki ciepłota podnosi się, a spадanie ma miejsce dnia 7-go lub 8-go. Te różnice wysypywania trzeba dobrze zanotować.

Przy szkarlatynie po wysypaniu ciepłota utrzymuje się i podnosi.

Przy ospie po wysypaniu podnosi się dzień, potem spada, lecz powoli.

Czasem trudno wyrzec w początkach wysypywania co jest, ponieważ zdarza się odra guzikowata, bardzo podobna do ospy. W takim przypadku termometr o naturze wysypki rozstrzyga. Przy ospie on spada po wysypaniu, przy odrze podnosi się lub w jednej pozostaje mierze.

Są szkarlatyny bez wysypki wyraźnej, przedstawiające czerwonosć kropkowaną, pozwalającą je zmieszać z odrą, lecz jeżeli ciepłotę regularnie badano, można polegać na jej podwyższeniu w początkowym okresie. Przy szkarlatynie od 2-go dnia wysypki, dochodzi do znacznego *maximum*; przy odrze 2-go dnia wysypki spada.

Tym sposobem rozbiegając uważnie ciepłotę i odpowiednią wysypkę, lekarz dojść musi do ścisłej diagnozy.

Fizjologia dreszczu i gorączki. Przyczyna gorączki, jakaby nie była, rozpala ustroj, powoduje zniszczenie tkanek i nadmierny wytwór ciepłoty; z drugiej strony ustroj może zatrzymać ciepłotę i nie dawać jej rozpraszać się; lecz moc zawierający nadmiar mocznika świadczy o spalaniu. Gdzie odbywa się spalanie? Rzecz prawie dowiedziona, że mięśnie nie wytwarzają mocznika w nadmiarze, bo człowiek zdrow nie produkuje go więcej przy ich nasileniu; tak, iż zużywa się tylko paliwo, nie machina jaką jest mięsień.

Krew zawiera miliony ciałek podsycających sprawę gorzenia; dowodem niedokrwiistość po dwóch lub trzech napadach zimnicy; śledzona w objętości zwiększona więcej niszczy ciałek, a wynikiły ztąd ubytek znajduje się w moczu pod kształtem mocznika: zachodzi gorzenie z nadmiarem ciepłoty.

Potem idzie uczucie dreszczu, tak, iż można byłoby myśleć o prawdziwym oziębieniu, gdy w gruncie krew szybko rozgrzewa się. Więc obok rozegrzania mamy uczucie zimna. Owóż, gdy kto ziębnie po obfitych wypróżnieniach, np. przy bieguncie cholerycznej, nie doznaje dreszczu,—śnać przyczyną dreszczu nie jest oziębienie, lecz przejście raptowne od 37°—41°. To szybkie podwyższenie ciepłoty działa na układ nerwów, jaki wrażenie odniesione objawia uczuciem bolesnym. Przekonano się z doświadczeń, że powietrze ogrzane raptownie od 37—41° rozdrażnia nerwy, aż do sprawienia drgawek. Różnica między ciepłotą wewnętrzną a zewnętrzną ma także w tém udział, lubo podrzędny, gdyż dreszcz pojawia się nawet w łóżku po zmniejszeniu różnicy między temperaturą ośrodkową a peryferyczną. Sensacja, t. j. ból postępuje w kierunku dośrodkowym, przybywa od rdzenia bezświadomego, a ten oddziaływa na wszystkie nerwy ruchowe i naczyniowe. Że działanie zwrotne istnieje, dość przypomnieć doświadczenie *Tholozan'a* i *Brown-Sequard'a*: przy pograżeniu jednej ręki w wodę zimną, uczucie doznane kurczy tętnice, nawet strony przeciwniej.

Do zjawisk następczych dreszczu należy odrętwienie członków, znużenie, ból głowy, niedomaganie ogólne, brak wydzielin; podczas dreszczu chory nie wydziela moczu.

Po okresie zimna idzie perjod gorąca nacechowany zwolnieniem naczyń, łatwością krążenia, zaczęm następuje okres wydzielin, poty, remisja. Zbytek ciepłoty ulatuje parą i pod wpływem straty cząstek wodnistych, moczk skupia swoje pierwiastki na nowo z nadmiarem kwasu moczowego, co stanowi moczk przełamowy dawniejszych lekarzy.

Z jakiegoby źródła nie pochodziło gorzenie, wywięzująca się raptownie ciepłota podnieca nerwy ruchowe, mianowicie nerwy ruchowonaczyniowe. Naczynia rzeczony są małemi tętnicami o mięśniach bardzo potężnych, jakie kurczą się, nie prawie krwi nie zosta-

wiąją przy obwodzie; ztąd oziębienie powierzchni wynikające z zastoiny żylnéj i ze stanu bezkwiśtego tętniczek. Tym sposobem przy zimnicy złośliwéj twarz i kończyny przedstawiają bladłość śmiertelną lub ubarwienie sine, brudno-czerwone. Ta naprzemian czerwoność i bladłość tłomczą się, jedna przez zastoinę krwi, druga przez niedokrwiłość tkanek.

Tymczasem serce zwalcza energicznie opór tętniczek, acz w gruncie z małym skutkiem, gdyż uderza bardzo szybko 120—140 razy na minutę. Nerw płucno-żołądkowy tylko przy prawidłowym stanie krwi spełnia należycie swą czynność; kwas węglowy, jaki się nagromadza we krwi poraża ostatecznie serce—i wówczas postrzegamy jego uderzenia nadzwyczaj częste.

Ciepłotą podniecone nerwy ruchowe kurczą mięśnie, nasamprzód cebulek włosowych skórnych, co stanowi gęsią skórę. Podniecenie mięśni ożywianych przez małą gałęź 5-éj pary sprawia dzwonienie zębami; podniecenie mięśni rządzonych 7-ą parą kurczy mięśnie podskórne szyi i twarzy, zkąd stan twarzy ściągnięty. Wreszcie skurczenie podobne przedstawia tułów i kończyny. Chory kurczy się, zwija, usiłuje zmniejszyć tym sposobem objętość swego ciała, powierzchnię promieniejącą, stratę ciepłoty, a jednocześnie zwiększyć punkta styczności kończyn zimniejszych z tułowiem cieplejszym. Naostatek skurczenie mięśni oddechowych rodzi tęsknotę w dołku podsercowym i trudne oddychanie, a kurcz mięśni krtaniowych sprawia słabość głosu.

Oto jest fizjologiczne wytlomaczenie dreszczu, będącego charakterystycznym zjawiskiem gorączek 1-éj gromady.

(Dokończenie nastąpi.)

DROBNIJSZE WIADOMOŚCI.

Noeggerath (*The American Journ. of Obstetrics and Diseases of Women and Children May. 1869 p. 1—61*) ma nadzieję, że wykonywana jego metodą **ovariocentesa** przez ścianę pochwy, zdoła zbyteczną uczynić ovariotomię w przypadkach torbieli jajnika, dosięgalnych od strony pochwy. Radzi on przecinać nożem, postępując warstwami, najprzód ścianę pochwy a następnie ścianę torbieli, robiąc otwór przez który dwa palce z łatwością wprowadzone być mogą, a potem zeszyć brzegi rany w pochwie z brzegami rany torbieli a przez wstrzykiwania oczyszczające lub z dodaniem jodu sprowadzić zrośnięcie ścian. Z pomiędzy 48-u przytoczonych przez autora przypadków, tak dokonanej operacji, 29 zakończyło się wyzdrowieniem, 6 pozostało nieuleczonych a 13 zmarło. (*Centralblatt 40*) *Markiewicz.*

Cooper Forster (*Guy's hosp. reports. 3. XIV. p. 165*) który dotychczas był zwolennikiem tamowania krwotoków tętniczych po operacji za pomocą **acupressury**, dziś zupełnie zdanie swe zmienił, gdyż przekonał się, iż ani się przyczynia do zagojenia per primam ani co ważniejsze zapobiega krwotokom następczym. Obecnie autor jak najmocniej zaleca **torsio..**

(*Centralblatt 40*) *M.*

Oettingen (*Petersb. med. Zeitschr. 1869. XV. p. 292*) robił operację **herniae cruralis incarceratae** u kobiety, która przed laty 9 podczas położu nagle poczuła powstanie guza w okolicy pachwinowej. Przez lat 9 żadnych chorobnych objawów. Operacja wykazała obecność jajnika i tubae *Fallopji* w worku przepuklinowym. Po odprowadzeniu tych części nastąpiło zagojenie rany per primam intentionem.

(*Centralblatt 39*) *M.*

KRONIKA TYGODNIOWA.

Dnia 29 Stycznia r. b. przeniósł się do wieczności D-r **J. Morgenstern**, Lekarz Miasta Warszawy, a dnia 3 Lutego r. b. umarł D-r **Andrzej Fuker**, Lekarz Ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Redaktor, Z. Dobies ze wski.