

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 1.

Warszawa d. 25 Grudnia (7 Stycznia) 1904/5 r.

T. XXXIII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O leczeniu przeciwgorączkowym suchotników. Podał d-r med. A. Sokołowski. Wyjątek z dzieła zbiorowego Nauka o chorobach wewnętrznych, wyd. przez prof. W. Jaworskiego. Ostra niestrawność jelitowa (dyspepsia intestinalis acuta. — Streszczenia i wyciągi. 1. Dziedziczność w chorobach nerkowych. 2. Rzeczywista wścieklizna czy też zaszczipiona zmodyfikowana? — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Posiedzenie z dnia 25 października 1904 r. — Nowe leki — Kronika. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Spis prac oryginalnych za grudzień 1904 r. — Ogłoszenia.

### „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. SOKOŁOWSKI —  
Traitement antipyrétique de la phtisie. 2) D-r W. JAWORSKI —  
Dyspepsie intestinale aiguë.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

### „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r A. SOKOŁOWSKI —  
Antipyrretische Behandlung der Phtisiker. 2) W. JAWORSKI —  
Acute intestinale Dyspepsie.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

### O LECZENIU PRZECIWGORĄCZKOWEM SUCHOTNIKÓW\*).

Podał

D-r med. ALFRED SOKOŁOWSKI.

Pod powyższym tytułem podałem w „Medycynie“ w roku 1875, rozpoczynając swoją działalność lekarsko-literacką, pracę, opartą na

\*) Praca niniejsza stanowi wyjątek ze znajdującego się w druku 3 tomu Wykładów Klinicznych Chorób dróg oddechowych autora. (Przyp. Red.).

mojem ówczesnym doświadczeniu, zaczerpniętem w zakładzie leczniczym w Görbersdorfie. Temat ten i po dziś dzień nie stracił nic ze swej aktualności i stale ma doniosłe znaczenie dla lekarza praktyka. Sądzę więc, że nie będzie zbyt cennym dla czytelników „Medycyny“, czasopisma, przeznaczonego dla lekarzy praktyków, jeśli powtórnie na tem samym miejscu zabiorę w tej samej materii głos, oparty na dalszem mojem trzydziestoletniem doświadczeniu klinicznym.

Gorączka jest bezspornie jednym z najważniejszych, a zarazem najpoważniejszych objawów gruźlicy płuc; stanowi poniekąd widomą i nie ulegającą kwestyi cechę istnienia w organizmie lasecznika gruźliczego i jego produktów. Ztąd też objaw ten nie tylko z punktu widzenia rozpoznawczego, lecz i co do rokowania posiada znaczenie pierwszorzędne; dopóty bowiem nie może być mowy nie tylko o wyleczeniu, lecz i o poprawie stanowczej, dopóki dany suchotnik przedstawia chociażby nawet od czasu do czasu zjawiające się poruszenia gorączkowe.

Ta doniosłość gorączki w przebiegu suchot płucnych znana była lekarzom oddawna, a objaw ten zyskał pierwszorzędne znaczenie z chwilą wprowadzenia w powszechne użycie dokładnego oznaczania ciepłoty chorych za pomocą ciepłomierzy. Nie więc dziwnego, że gorączce w gruźlicy płucnej poświęcili lekarze szczególną uwagę, opracowawszy dokładnie jej semiotykę, jakoteż starając się z punktu widzenia terapeutycznego wynaleźć metody i leki, za pomocą których możnaby było wpłynąć na usunięcie lub wreszcie złagodzenie tego groźnego objawu. Dlatego też posiadamy olbrzymi arsenał najróżnorodniejszych leków, mających skutecznie nań oddziaływać. Aczkolwiek w ogóle w leczeniu gorączki nie mamy szerokiego pola do łudzenia się skutecznością różnorodnych środków (jak to ma miejsce np. przy krwioplaciu), gdyż za pomocą ścisłego narzędzia fizycznego, t. j. termometru, nieraz bardzo szybko i stanowczo przekonywamy się o bezsilności skądinąd wielce zachwalanego przeciwgorączkowego leku, jednakże i w gorączce gruźliczej, która posiada najczęściej brak wyraźnego typu, przebiega przytem wielokrotnie zupełnie nieprawidłowo, a często nawet ustępuje na czas krótszy lub dłuższy bez widocznej przyczyny, lekarz praktyk narażony jest nieraz na błędne wnioski o działaniu dodatniem danego

leku; tyczy się to zwłaszcza tych przypadków, w których przynajmniej w ciągu dni dziesięciu kilka razy dziennie (a nawet i w nocy) ciepłota chorego nie była mierzona dokładnie. Ztąd też kardynalną podstawą leczenia przeciwgorączkowego jest dokładne zbadanie przebiegu i natężenia dobowego gorączki.

Zanim rozbierzemy przeciwgorączkowe metody leczenia suchot, musimy przypomnieć, że gorączka, towarzysząca suchotom, jest ściśle zależna od działania na organizm toksyn gruźliczych (lub mieszanych — w okresach późniejszych), i że lek, znoszący gorączkę, byłby poniekąd synonimem istotnego swoistego leku nie gorączki, lecz samej gruźlicy, jak to ma miejsce przy stosowaniu chininy przeciw zimnicy, a salicylanu sodu przy gorączce w ostrym reumatyzmie stawowym. Leku, usuwającego napewno gorączkę w gruźlicy, nie znamy; jedynie posiadamy leki i środki, które, jak to słusznie powiada SABOURINE<sup>1)</sup>, mogą ową gorączkę przelamać czasowo, zmodyfikować jej typ, obniżyć ją mniej lub więcej i opóźnić jej zjawianie się. Zdanie to w zupełności podzielam. Jedynym z najcharakterystyczniejszych wyników działania leków przeciwgorączkowych na gorączkę u suchotników jest zmiana jej typu; np. gorączka, uprzednio zjawiająca się w południe lub wieczór, i to o średnim natężeniu, wybucha późno w nocy lub nad ranem z niezwykle nasileniem, podczas gdy w ciągu dnia pod wpływem danego leku słabnie lub nawet waha się w granicach normalnych. O prawdziwości tego faktu miałem możność przekonać się u bardzo wielu, szczególnie inteligentnych chorych, dokładnie kontrolujących bieg swojej ciepłoty.

A zwrócił moją uwagę w tym kierunku przed wielu bardzo laty, w czasie wprowadzania w użycie antypiryny, jeden z bardzo wybitnych przyrodników polskich, dotknięty gruźlicą

<sup>1)</sup> Traitement Rationel de la Phtisie. 1900. Paris.

pluc. Wykazał on graficznie przy pomocy bardzo ciekawych i zmuśnych tablic, jak przy użyciu lub bez użycia danego leku przeciwgorączkowego występowały kompensacyjne wahania gorączki w ciągu całej nocy lub nad ranem przy użyciu środka w ciągu dnia, i odwrotnie, wzniesieniaienne przy leku, stosowanym w nocy. Gorączka mówił on, obrazowo, musi swoje zrobić: spalić daną ilość opału, jak lokomotywa, która chce opóźnienie wyrównać, aby dobieść w danym czasie do danego celu, musi więc użyć opału, tak i organizm suchotnika przy leczeniu antytermicznym musi w pewnych chwilach oddziaływać wyższymi nasileniami gorączki. Zdanie to krytycznego umysłu przyrodnika było niezwykle trafne. Ztąd też i w ocenie dalszej działania różnorodnych leków stale zadawałem sobie pytanie, czy rzeczywiście leki te, coraz to nowsze i coraz bardziej zachwalane, przynoszą jakiśkolwiek pożytek chorym, i czy działanie ich skuteczne nie jest tylko pozorne, ludzające, suggestyonujące chorego, a często i lekarza. Dalej obserwacja doprowadziła mnie również do drugiego pytania, azali antytermiczne środki, działając deprymująco na gorączkę, resp. na toksyny, a nie niszcząc ich, nie wywołują przez to ujemnego wpływu na i tak już nieraz nadmiernie wycieńczony organizm suchotnika. Jednym słowem rodziłaby się kwestya, czy i kiedy właściwie wskazane będzie owo przeciwgorączkowe leczenie.

Chcąc odpowiedzieć na te pytania, przypomnieć muszę, że gorączka u suchotników, a właściwie mówiąc, oddziaływanie jej na organizm suchotnika, jest niesłychanie różne i w wysokim stopniu zależne od indywidualności chorego. Pod tym względem możemy zaznaczyć dwa poniekąd zupełnie odrębne typy chorych. Do pierwszego zaliczamy suchotników (nieraz nawet niezależnie od okresu choroby), którzy znoszą wybornie gorączkę, nawet bardzo wysoką, nie odczuwają, z wyjątkiem tylko ogólnego osłabienia, żadnych dolegliwości; gorączka nie

psuje im apetytu, snu, a nawet humoru; słabną i chudną jedynie pod wpływem jej dłuższego trwania. Do drugiej grupy należą osobniki, u których gorączka nieraz już w poczynających się okresach wywołuje widoczne i stałe zaburzenia; oprócz więc osłabienia i chudnięcia, odbiera apetyt, sen i wywołuje ogólny niepokój.

Otóż doświadczenie moje poucza, że stosowanie środków przeciwgorączkowych u pierwszej kategorii chorych, jedynie dlatego, że ciepłomierz wskazuje gorączkę, mija się zupełnie z celem; zalecone bowiem środki, zmieniając typ i nasilenie gorączki, przez to samo wywołują czasem niepożądane objawy, dotychczas u chorych nie istniejące, a więc, ból głowy, bezsenność, utratę łaknienia i t. p. U chorych więc tej kategorii stosować winniśmy ogólne metody lecznicze, a gorączkę poniekąd zostawiać własnemu normalnemu biegowi. Doświadczenie w tym kierunku, zwłaszcza zaczerpnięte z praktyki sanatoryjnej, przekonywa niemal codziennie, że gorączki takie, nieraz długo trwające, jedynie pod wpływem kuracyi powietrzem i leżenia zmniejszają się w swem natężeniu i powoli nikną zupełnie przy poprawie ogólnego i miejscowego stanu chorych.

U drugiej kategorii chorych gorączka, oddziaływając szybko ujemnie na ich stan ogólny i wywołując jednocześnie inne ujemne objawy, wymaga zabiegów, skierowanych ku jej usunięciu. O ile bowiem, jak wyżej zaznaczyliśmy, środki przeciwgorączkowe nie usuwają gorączki, to jednakże, osłabiając jej natężenie, a nieraz osłabiając jej przebieg, w wielu razach mogą osiągnąć, jeśli nie usunięcie, to przynajmniej osłabienie wielu zaburzeń. Nadmienię jednak, że i tego nie osiągamy zawsze, a nieraz nawet ta grupa środków i u tej kategorii chorych, zamiast pomocy, wywołuje bądź pogorszenie już istniejących zaburzeń (w łaknieniu), bądź nowe niepożądane objawy (obfite poty, niepokoje serca), wpływające ujemnie na i tak już upośledzony stan ogólny chorych.

Obecnie wypada nam pokrótce rozebrać bliżej metody i leki, które stosowane bywają w leczeniu gorączki u tej kategorii chorych. I tutaj na pierwszym planie postawić należy ogólne metody lecznicze, a więc przede wszystkim leczenie powietrzne, najlepiej w odpowiednim sanatorium, gdzie zazwyczaj podług dziś przyjętych zasad u nieco wyżej gorączkujących chorych stosują metodę leczenia na świeżem powietrzu. Wpływ leczenia powietrzem, szczególnie chorych, którzy uprzednio pozostawali zamknięci w pokojach, jest często zdumiewający; niektórzy z nich po kilku dniach przestają gorączkować, a u większości, o ile nie znajdują się w okresach końcowych choroby, gorączka słabnie, zmniejsza się stopniowo i ustępuje wreszcie w zupełności.

Pod tym względem wysoce pouczające dane otrzymujemy w sanatoriach. W sanatorium w Veilefjordzie podług sprawozdania SAUGMAN'a, z liczby 157 chorych, znajdujących się w drugim okresie choroby, wstąpiło do zakładu z gorączką 33; z tej liczby 32 przestało w krótszym lub dłuższym czasie gorączkować. W okresie zaś trzecim z liczby 339 chorych wstąpiło z gorączką 172, a z tych 105, t. j. 61% przestało gorączkować. Przeciętnie chorzy tracili gorączkę po upływie 4 tygodni. Podobne wyniki podają i inni autorowie (TURBAN, SCHROEDER i inni). SCHROEDER również u przeszło 60% chorych otrzymywał przy leczeniu sanatoryjnym stopniową utratę gorączki.

Przypisywano niektórym klimatom, a mianowicie górskiemu, wpływ wielce dodatni, swoisty niemal na gorączkę suchotniczą. Wyniki jednakże, otrzymywane w tym kierunku przy leczeniu sanatoryjnym na równinach, nie ustępowały bynajmniej rezultatom, otrzymywanym w górach. Ja sam spostrzegałem u bardzo licznych moich chorych, wysyłanych np. do zakładu w Otwocku, wielokrotnie nawet zimą, nieraz bardzo szybką utratę gorączki przy odpowiednim stosowaniu kuracji powietrznej.

Kuracja powietrzna, obniżając gorączkę w ogromnej większości przypadków od razu lub też powoli wpływa jednocześnie na łagodzenie lub usuwanie zupełne zakłóconych funkcji; przede wszystkim więc powraca apetyt i sen, nawet w tych przypadkach, w których gorączka trwa dalej, do poprawy łaknienia przyczynia się również i zmiana otoczenia, widok natury, zamiast monotonnego pokoju, i wiara w poprawę wskutek doraźnego wpływu powietrza na zmniejszenie gorączki, czego uprzednio nie mogły osiągnąć najróżnorodniejsze leki. Leczenie powietrzne wywiera nieraz wpływ dodatni na gorączkę nawet w szpitalu przy zużytkowaniu werendy. Jak to dokładnie przekonać się mogłem u moich szpitalnych chorych; nawet częściowo osiągnąć to można i w mieszkaniach chorych przez pozostawienie ich w łóżku przy stale nawet zimą otwartem oknie. Wprawdzie rzadko można to konsekwentnie u naszej publiczności przeprowadzić, jednakże udawało mi się u niektórych chorych, wyjątkowo rozsądnych, przy niemożności wyjazdu, stosować tego rodzaju leczenie z widocznym wpływem na obniżenie gorączki i poprawę znaczną podupadłego stanu ogólnego.

Obok leczenia powietrznego na przebieg gorączki korzystnie wpływać mogą niektóre lżejsze zabiegi hidropatyczne, a przede wszystkim obmywanie wodą (14—15° R.) czystą lub z dodatkiem spirytusu całego ciała kilka razy dziennie. Zabieg ten bywa wogóle dobrze znoszony; działanie jego przeciwgorączkowe bywa nieznaczne i przejściowe; natomiast wywołuje on, szczególnie u mocno gorączkujących, uczucie ogólnego odświeżenia, zmniejszenia potów, wywołanej przez gorączkę duszności, a czasem wyraźnie wpływa na poprawę łaknienia.

Dawniej stosowaliśmy jeszcze w gorączce, szczególnie w zakładzie Görbersdorfskim, zimne, lodowe okłady na klatkę piersiową, pod postacią t. zw. worków lodowych, używanych do dziś dnia powszechnie przy krwotokach płucnych. Lód stosowany był u chorych, moc-

no gorączkujących przez dłuższy przeciąg czasu, nieraz całe tygodnie nawet z rzędu; najczęściej po dwóch godzinach stałego okładu zalecałem godzinną przerwę. Zimno, w ten sposób stosowane, nie usuwało gorączki, lecz ją obniżało zawsze w granicach  $\frac{1}{2}$ —1 stopnia, wywołując jednocześnie prawie u wszystkich chorych orzeźwiający wpływ na stan ogólny, zmniejszenie duszności; w wielu przypadkach lodowe okłady, stosowane wieczorem na godzinę do dwóch, wpływały stanowczo dodatnio na upartą bezsenność, której poprzednio nie mogły usunąć różnorodne leki nasenne. Lodowe okłady okazują się szczególniej pożytecznymi w gorączce o typie nieregularnym, występującej z najwyższemi nasileniami w porze wieczornej. Zabieg ten bywa wogóle przez chorych wybornie znoszony w ciągu tygodni a nawet miesięcy, działa on zawsze dodatnio w tym samym kierunku, nie wywierając żadnych przykrych ubocznych wpływów. W ostatnich latach z wprowadzeniem licznych nowych leków przeciwgorączkowych zabieg ten nawet w sanatoryach bywa mało zalecany, zdaniem mojem, niesłusznie, gdyż jako środek prosty i łatwy w zastosowaniu w wielu przypadkach istotną korzyść chorym przynosi.

Z innych zabiegów hidropatycznych stosowane bywają jeszcze w gorączce opaski krzyżowe; wpływ ich jednak na gorączkę bywa mało znaczący; niektórzy przytem chorzy, szybciej gorączkujący, doświadczają pod opaską uczucia ściśnięcia, duszności. BREHMER stosował jeszcze u suchotników, nie wysoko gorączkujących, zimne natryski; zabieg ten jednakże nie przynosił jakiegokolwiek dodatniego wpływu.

Czynnikiem, wspomagającym powyższe naturalne leczenie gorączki, będzie również i odpowiednia dyeta, gdyż wyjątkowo tylko suchotnicy, mocniej gorączkujący, mają zupełnie dobry apetyt i mogą zadziwiająco nieraz, mimo wysokiej gorączki, znosić nawet uchodzące za mocno niestrawne potrawy. U większości

jednakże chorych gorączka upośledza trawienie, odbiera apetyt, a nieraz nawet wywołuje zupełny wstręt do jadła. U nich to więc należy dyetę w wysokim stopniu urozmaicać, żywić ich bardziej płynnymi pokarmami (mleko, jajka na miękko, zupy mleczne, mięsa zimne i t. p.). U wielu zjawia się łaknienie w okresach spadku lub osłabienia gorączki, a moment ten należy zużytkować odpowiednio w celu żywienia chorych. U niektórych wreszcie zjawia się łaknienie z chwilą sztucznego obniżenia gorączki, co trzeba również na razie wyzyskać. Częściej jednak staje się odwrotnie; z chwilą spadku gorączki, czemu towarzyszą najczęściej poty i osłabienie, zjawia się wstręt do jedzenia. Wogóle na żywienie chorych gorączkujących winien lekarz położyć bardzo wielki nacisk, większy poniekąd, niż na leki, obniżające gorączkę, gdyż przez umiejętny dobór dyety, urozmaicenie jej i stosowanie w odpowiedniej porze można pokrywać poniekąd straty, które ponosi organizm przez gorączkę. Zaniedbanie zaś na tym punkcie, nie wywieranie odpowiedniego nacisku na konieczność pożywienia doprowadza często chorych już nieraz po kilkotygodniowej gorączce do wysokiego wycieńczenia.

Muszę tu jeszcze w sprawie dyety nadmienić o alkoholu, który uchodził dawniej również za wielce doniosły środek przeciwgorączkowy w leczeniu gorączki suchotników. Wiemy obecnie, iż wartość alkoholu w obniżaniu ciepłoty jest bardzo nie wielka; gdzie tylko apetyt jest jako tako zachowany, unikać go należy; wyjątkowo stosować go można jedynie u tych chorych gorączkujących, u których łaknienie zupełnie upadło, i którzy bez wstrętu przyjmują przetwory spirytusowe. I w tych razach należy wybierać taki przetwór, który jednocześnie zawiera części pożywne, jak naprzykład dobre piwa monachijskie, dalej wino słodkie węgierskie, koniak w nie dużej ilości, jako dodatek do mleka, a wreszcie u chorych gorączkujących i ciężko chorych, nie znoszących z powodu kaszlu i wy-

miotów jakiegokolwiek pokarmu, przepisywać można z korzyścią wino szampańskie łyżkami co 2—3 godzin.

Przystępując obecnie do rozbioru środków farmaceutycznych, obniżających gorączkę, winniem przedewszystkiem nadmienić, że wszystkie te różnorodne leki, których istnieją całe legiony dawnych i nowych, codzien niemal powstających, stanowią przedmiot, szczególnie w Niemczech, bardzo intratnego przemysłu handlowo-lekarskiego, obliczonego głównie na eksport, i naturalnie odpowiednio pseudonaukowo bywają reklamowane. Wiele z tych leków posiada istotne i cenne własności; inne jednakże mają wartość niewielką, a niektóre z nich nawet powodują różnorodne ujemne wpływy na organizm wogóle (wysypki, działanie na serce, obfite poty i t. p.). Ztąd też lekarz przy ich stosowaniu winien być wielce ostrożnym, aby nie narazić na szwank chorego. Należy używać wogóle leków, wypróbowanych doświadczeniem klinicznym, a nie świeżo reklamowanych, pamiętając o tem, że wszystkie w działaniu na gorączkę suchotniczą odgrywają rolę jedynie wyżej wskazaną, symptomatyczną: obniżają gorączkę, lecz nie usuwają jej. Wszystkie w mniejszym lub większym stopniu wpływają ujemnie na suchotnika, wywołując bądź to obfite poty, osłabiające chorego, bądź niepokoje sercowe, podrażnienie żołądka i t. p.; wreszcie zazwyczaj suchotnik szybko przyzwyczaja się do leku, który przestaje w danej dozie obniżać ciepłotę i zmusza do powiększenia jej, wzmagając, rozumie się, i uboczne ujemne wpływy. Z powyżej wyłożonego względu należy unikać, o ile można, u suchotników stosowania tych leków, a uważać je jedynie jako złą konieczność w tych przypadkach, w których jesteśmy poniekąd zmuszeni do ich użycia. Pożyteczne również będzie z chwilą złagodzenia objawów, które nas zmuszały do ich stosowania, zaniechanie lub przynajmniej przerywanie na czas pewien. Pożyteczną również się okazuje zmiana od czasu do czasu jednych

środków na drugie, gdyż osobnieze właściwość organizmu suchotnika, jak to już wielokrotnie wzmiankowaliśmy, są tak różnorodne, że jedni z nich wybornie znoszą dany preparat, podczas gdy inni pozornie w tych samych warunkach i okresie choroby nie znoszą go w zupełności, lub też nie wywołuje on u nich najmniejszego pożądanego dodatniego wpływu. Ta okoliczność tłumaczy nam, że wiele dodatnie wyniki, spostrzegane przez jednych autorów przy stosowaniu danego leku, bywają podawane w wątpliwość przez innych, odzywających się o nim jedynie w znaczeniu ujemnem; dlatego też ogromna liczba tych wielce zachwalanych leków uległa szybko zupełnemu zapomnieniu. Z powyższych też względów, przystępując obecnie do wyliczenia tych środków, ograniczę się tylko do najważniejszych, opierając się przeważnie na własnem nad nimi doświadczeniu.

Chinina bywała dawniej szeroko stosowana w gorączce suchotników, szczególnie w postaciach wrzekomo zimniczych. Lek ten, posiadający rzeczywiste antyseptyczne właściwości, obniża ciepłotę i u suchotników, nie wywołując jednakże istotnego wpływu na przebieg gorączki. W większych przy tem dawkach działa ujemnie na trawienie, wywołuje szum w uszach i t. p. nieprzyjemne dla chorych objawy. Chinina jednakże, podług moich doświadczeń, okazuje się pożyteczną u suchotników w okresach rozpadowych choroby, u których zjawiają się dreszcze i mocna następcza gorączka, jako objaw mieszanego zakażenia.

Preparat zalecam w dawkach niewielkich 0,25 dwa razy dziennie, sam przez się lub razem z salolem (0,5 *pro dosi*) na godzinę do dwóch przed okresem wystąpienia dreszczów. Wielokrotnie leczenie to łagodzi w wysokim stopniu wielce przykre dla chorego objawy. W powyższej formie i dawce leki te są zazwyczaj, nieraz nawet bardzo długo, znoszone przez chorych, nie wywołując żadnych ubocznych ujemnych wpływów.

Preparaty salicylowe, a przede wszystkim *Natrium salicylicum*, wielce zalecany niegdyś niemal jako specyfik w leczeniu gorączki suchotników przez JACCOUD'a, w istocie obniża, i to nieraz znacznie, gorączkę, a nawet stosowany w dużych dawkach przerywa gorączkę, lecz tylko na czas pewien. Przetwór więc ten nie ma znaczenia swoistego. Nie ulega jednakże najmniejszej kwestyi, że w pewnych przypadkach, a szczególnie w sprawach przewlekłych, w których występuje od czasu do czasu gorączka wskutek nowego rozpadu, zależnego prawdopodobnie również od zakażenia mieszanego, preparaty salicylowe okazały się pożytecznymi i łagodzą gorączkę, poprawiają stan ogólny. Należy jednakże stosować je w dawkach niewielkich (0,1 — 0,15 — 0,25); większe bowiem dozy wywołują u suchotników prawie zawsze nudności, wymioty, utratę łaknienia, obfite poty i t. p.

Ja osobiście posługuję się najczęściej *salolem* w dawce 0,5 dwa do trzech razy dziennie, samym przez się lub w połączeniu z chininą, jak wyżej wspominałem, lub też z dodatkiem kofeiny u chorych z osłabioną działalnością serca. (Rp. *Chinini sulfurici* 0,25, *Saloli* 0,5, *Coffeini citrici* 0,1 DS. 2 proszki dziennie.

Zalecam również *Natrium salicylicum* pod postacią tak zwanych pigulek KOTE HOEDEMAKARS'a, będących w szerokim użyciu w sanatoriach szwajcarskich: Rp. *Acidi arsenicosi* 0,01, *Natri salicylicum* 10,0, *Amyli q. s. ut f. op. aquae dest. q. r. pil.* N. 100. *Ne conspergas.* DS. 3 razy dziennie po 2—5 pigulek. Pigułki te bywają przez większość chorych dobrze znoszone.

Z preparatów salicylowych można polecać również t. zw. aspirynę (*acid. acetylo-salicylicum*). Lek ten w niewielkich dawkach (0,25—0,5), stosowany 2—3 razy dziennie, bywa przez większość dobrze znoszony; wskazany jest w tych samych przypadkach, co i powyższe, t. j. w gorączkach przewlekłych i niezbyt wysokich, przy stanie ogólnym niezłym, u chorych, nie bę-

dących jeszcze w daleko posuniętych okresach rozpadowych choroby.

Powyższą grupę preparatów można odpowiednio modyfikować, zamieniając jedne drugimi; należy jednakże przetwory salicylowe stale stosować z przerwami, a usuwać je zawsze, ilekroć wystąpią u chorych chociażby najmniejsze objawy podrażnienia żołądka. Najpewniejszym jednakże w tym kierunku, aczkolwiek najmniej efektywnym pod względem spadku gorączki środkiem jest salol, który stosowany być może bez żadnych ubocznych ujemnych wpływów u chorych nieraz przez dłuższy przeciąg czasu.

Antypiryna z chwilą jej odkrycia dla swoich istotnie przeciwgorączkowych właściwości, łagodności działania i wogóle dobrego znoszenia preparatu przez większość suchotników stała się jednym z najpopularniejszych leków przeciwgorączkowych w suchotach, szybko rugując uprzednio stosowane. Naturalnie, i antypiryna nie posiada najmniejszych swoistych właściwości, obniża jedynie gorączkę. Często jednakże przy jej stosowaniu, szczególnie w większych dawkach występują u chorych obfite poty. Do dodatnich natomiast stron zaliczyć należy, że antypiryna nie wywołuje zaburzeń w trawieniu; przeciwnie nawet, znosząc lub osłabiając gorączkę, pobudza łaknienie. Ztąd też ilek ten zalecają przeważnie w przypadkach, w których suchotnik traci apetyt w obecności gorączki, przychodzącej szczególnie w porze obiadowej; w tych razach zalecana bywa na 2—3 godziny przed rozpoczęciem się nasilenia gorączkowego w ilości 0,75 do 1,0 *pro dosi*, ewentualnie powtórnie.

Autorowie francuscy (DAREMBERG), którzy dotychczas bardzo chętnie lek ten stosują, wypracowali nawet bardzo szczegółowe formuły jego użycia, znajdując go głównie wskazanym w gorączkach zwalniających, nie ciągłych; stosują go dłuższy przeciąg czasu, całe tygodnie bez przerwy. Ja osobiście przy stosowaniu antypiryny w umiarkowanych dawkach nie widziałem

jakichś bardziej dodatnich, ani ujemnych wyników; u większości jednakże, szczególnie przy dłuższem użyciu, występują obfite poty, osłabiające chorych. Do leku bardzo szybko chorzy się przyzwyczajają, działa on coraz słabiej, a ztąd należy zwiększać jego dawki, które powiększają poty, a czasem nawet wywołują napady osłabienia.

W ostatnich latach antypirynę zaczęto zastępować salipiryną (połączenie *natrium salicylicum* z antypiryną). Lek ten, w działaniu wielce analogiczny do antypiryny, bywa w tych samych dawkach, co i antypiryna (0,50—1,0), wogóle dobrze znoszony przez chorych; jednakże przy dłuższem użyciu wywołuje ze względu na obecność salicylu podrażnienie żołądka; ztąd też nie kwalifikuje on się do dłuższego użycia, a z pobocznych objawów wywołuje, jak i antypiryna, obfite pocenie się, objaw wielce przykry dla chorych.

Pyramidon, wprowadzony w ostatnich latach niemal w powszechne użycie, szczególnie w niemieckich sanatoryach, w leczeniu długotrwałej stałej lub zwalnającej gorączki, pożytywany nawet przez niektórych autorów za środek niemal swoisty, zyskał bardzo szerokie zastosowanie. Wogóle, zalecany w niezbyt dużych dawkach 0,15—0,20 (w proszku lub roztworze) 2 — 3 razy dziennie, bywa przez większość chorych dobrze znoszony, nieraz w ciągu całych tygodni, wywołując stale swój dodatni wpływ przez umiarkowane obniżenie gorączki. Nie wszyscy jednakże chorzy znoszą dobrze ten lek. U niektórych nawet niewielkie dawki wywołują bardzo obfite poty, osłabienie z upadkiem tętna, prawie rodzaj zapaści. Ztąd też lek ten należy zawsze rozpoczynać od dawek bardzo niewielkich (0,10 — 0,15) i przerywać zawsze z chwilą wystąpienia powyższego ubocznego, nie korzystnego dla chorych działania.

Z grupy pochodnych anilinowych, mających również wybitne działanie przeciwgorączkowe, używano jeszcze antyfebryny, fena-

cetyny, działającej podobnie łagodnie, jak i antypiryna, w dawkach 0,25 — 0,50, citrofenu i laktofeniny, zalecanej przez wielu w dozach 0,5 — 1,0.

We Francji zalecano w ostatnich czasach za radą LOUMAREST'a kryogeninę, która obniża także gorączkę bez żadnych ubocznych szkodliwych wpływów; zalecana bywa w dozach 0,25—0,50 kilka razy dziennie. U nas w ostatnich czasach lek ten poleca bardzo DOBRZYCKI<sup>2)</sup>, inni jednakże autorowie, jak SAUGMAN<sup>3)</sup>, nie widzą żadnej wyższości tego preparatu nad innymi lekami tej grupy, a przedewszystkiem pyramidonem.

W przebiegu suchot płucnych, oprócz gorączki, zależnej od sprawy gruźliczej, występują jeszcze bardzo często ostre gorączkowe napady, zależne od różnorodnych powikłań, bądź to związanych z samą sprawą chorobową (zapalenie opłucny, otrzewny i t. p.), bądź też od powikłań przypadkowych (świeży ostry nieżyt oskrzeli, influenza, ostra gorączkowa niestrawność). W leczeniu tych różnorodnych powikłań terapię skierować należy ku usuwaniu nie gorączki, lecz podstawowej przyczyny; ztąd też należy chorego gorączkującego położyć do łóżka i ściśle określić istotę powikłania, przeciw któremu odpowiednie leczenie skierowane być winno. Jedynie, jeśli mamy do czynienia z istotną influenzą, szczególnie, jeżeli zdarzyły się przypadki w domu chorego, lub istnieje epidemia w danej miejscowości, to można zalecić choremu środek przeciwgorączkowy — najlepiej salipirynę, i to w dawkach niewielkich, pamiętając, że organizm osłabiony suchotnika nie znosi dawek, zwykle stosowanych, które wywołać mogą groźne objawy zapaści.

<sup>2)</sup> Medycyna N. 46. 1904.

<sup>3)</sup> Prof. Chr. Saugman. Fieber und Nachtschweisse. Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. 1904.



WYJĄTEK Z DZIEŁA ZBIOROWEGO

## Nauka o chorobach wewnętrznych

Wydawanego przez

Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

### Ostra niestrawność jelitowa (*dyspepsia intestinalis acuta*).

Ostra niestrawność jelitowa pojawia się szczególnie w wieku młodocianym, zwłaszcza u dzieci, które wiele i szybko jedzą, a rozmaite pokarmy bez wyboru spożywają. Równocześnie cierpią one na zaparcie stolca. Przyczyny właściwej choroby dotąd nie znamy. Ze względu, że choroba pojawia się po kilkudniowym przedzeniu się i poprzedza ją zaparcie stolca, można przypuścić, że przyczyną jej są sprawy rozkładowe lub fermentacyjne w jelitach, przez co wytwarzają się jady (toksyny), które dostają się do ustroju (samozatrucie, *autointoxicatio* t. I. str. 470). Być może także, że nastaje zakażenie ustroju samymi drobnoustrojami.

Choroba rozpoczyna się, jakby miała wybuchnąć ciężka choroba gorączkowa, bólem całej głowy lub tylko czoła. Podczas trwania choroby ból głowy się wzmacnia, tak że chorzy nie są zdolni do pracy umysłowej. Równocześnie pojawia się zupełny brak łaknienia, ogólna niemoc, ospałość, tak że chorzy kładą się sami do łóżka. Ciepłota ciała 38—39° i wyżej. Język bywa obłożony, w ustach niesmak i uczucie wysychania, stolce najczęściej zaparte, rzadko wolne. Wypróżnienia, sztucznie wywołane, są bardzo cuchnące i odchodzą z obfitymi wiatrami. Brzuch wzdęty, miejscami przy dotyku tkliwy, zwłaszcza w okolicy kątnicy (*coecum*) i pętli esowatej. W tych miejscach większa oporność z powodu nagromadzenia się kału, a wypuk stłumiony, jeżeli wzdęcie jelit cienkich nie jest znaczne. — Choroba kończy się w 2—3 dniach, w którym to czasie gorączka spada i łaknienie

wraca; nigdy nie kończy się śmiercią, to też zmiany anatomiczne nie są znane (zob. str. 245 *gastritis acuta*). Ta postać chorobowa, przeze mnie i przez innych zapewne lekarzy wielokrotnie dostrzegana, zasługuje ze względów praktycznych na wyodrębnienie i zbadanie jej istoty. Nabawia ona bowiem lekarza przy orzeczeniu o chorobie niemałego kłopotu, albowiem prawie każda ostra choroba zakaźna, zwłaszcza dur brzuszny, rozpoczyna się od ostrej niestrawności gorączkowej. Dlatego samoistną gorączkową niestrawność jelitową rozpoznaje się właściwie już po ukończeniu choroby.

W pierwszej chwili może lekarz tylko z pewnym prawdopodobieństwem rozpoznawać ostrą niestrawność jelitową, jeżeli przy dokładnym badaniu nie znajdzie zmian miejscowych, właściwych poszczególnym chorobom zakaźnym, jeżeli w miejscu nie panują choroby zakaźne, a chorey (zwykle dziecko), cierpiący oddawna na zaparcie stolca, przejadł się.

Leczenie polega na wypróżnieniu jelit za pomocą środków przeczyszczających, najlepiej solnych: wody gorzkiej lub normalnej nr. VIII (glaub. moen.), nr. IX (magnowa) po 1—3 szklanki. Można użyć także kalomelu (0.25, 2—3 razy dziennie). U dzieci najbezpieczniej zastosować *potio laxativa viennensis* (50—100 gm.) Na niesmak dobrze działa ½—1% roztwór kw. fosforowego, łyżkami użyty, lub woda norm. nr. XX (kwaskowata, po kieliszku). Chorego utrzymuje się przez 1—2 dni bez pokarmów. Ponieważ po kilku wypróżnieniach łaknienie szybko powraca, należy chorego przestrzedz, ażeby jeszcze przez kilka dni pomimo głodu poprzestał na łatwo strawnych płynnych pokarmach, gdyż przedzenie się sprowadza nawrót albo wytworzenie się przewlekłego nieżyty żołądkowo-jelitowego.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

### 1. J. CASTAIGNE i F. RATHERY. Dziedziczność w chorobach nerkowych.

W ostatnich latach mnożyły się spostrzeżenia, przemawiająca za dziedzicznością białkomoczu. O przypadkach takich wspominają LECORCHÉ et TALAMON, DICKINSON, ARNOZAN, PAUL SONDE, jednak dopiero J. CASTAIGNE et F. RATHERY zbadali kwestyę klinicznie i anatomicopatologicznie i oparli swoje wywody na danych doświadczalnych.

Klinicznie spostrzega się dwie formy dziedziczności: albo dzieci rodziców chorych na zapalenie nerek rodzą się słabe, źle rozwinięte i wkrótce umierają. a sekcyja wykazuje w nerkach obraz, odpowiadający rozlanemu zapaleniu nerek, albo też dzieci, chociaż wątłe, utrzymują się przy życiu, lecz odznaczają się nadzwyczajną wrażliwością nerek: najmniejsze zatrucie, zakażenie, często nawet wykroczenie w dyecie wywołuje białkomocz. Tu autorowie zaliczają wszelkie przypadki białkomoczu fizjologicznego, przepuszczającego, cyklicznego, trawiennego, białkomoczu od długiego stania i t. d. DICKINSON opisuje przypadek białkomoczu w 4 następujących po sobie pokoleniach. Chorzy tej drugiej kategorii często nie przedstawiają żadnych zmian w moczu, jednak po spożyciu naczego białka kurzego lub po zastrzyknięciu tegoż pod skórę znajdziemy białko w moczu; chorzy tacy z jednej strony mogą przez całe życie cieszyć się względem zdrowiem, jeżeli przypadkowo nie narażą się na jakąś szkodliwość, — z drugiej białkomocz u takich chorych może ustąpić pod wpływem najróżnorodniejszych środków.

Autorowie wykonali sekcyę w 4 przypadkach bardzo wczesnej śmierci dzieci matek chorych na zapalenie nerek. Wszędzie znaleziono obszerne zmiany, odpowiadające już to sródmiaższowemu, już mieszanemu zapaleniu nerek. Odwrotnie, wielkaliczba sekcyi dzieci, których matki miały zdrowe nerki, ani razu nie wykazała zmian w nerkach.

Autorowie przeprowadzili dwie grupy doświadczeń: w jednych — ciężarnym samkom wstrzykiwali t. zw. nefrotoksyny, w drugich samki zachodziły w ciążę, już mając zadany jakiś uraz nerkom. Zastrzykiwania nefrotoksyn są trudne, gdyż łatwo sprowadzają poronienie. Na 10 samiczek poroniły trzy, inne wydały nędzne, wątłe potomstwo, które zginęło wśród drgawek lub postępującego wyniszczenia.

Badanie mikroskopowe nerek płodów w jednej i drugiej grupie doświadczeń wykazało jednakowe zmiany: były to zmiany wyłącznie nabłonka kanalików krętych, odpowiadające zmianom po zastrzyknięciu nefrotoksyn, lub też zmiany rozlane, mieszane, jakie widzieliśmy u dzieci nefrytyczek.

Gdyby się udało udowodnić, że we krwi chorych na zapalenie nerek krążą nefrotoksyny, i że nefrotoksyny te mogą się udzielać od matki płodowi, to mielibyśmy łatwe wytłomaczenie dziedziczności białkomoczu.

Obecność nefrotoksyn wykazana została przez autorów: skrawki zdrowych nerek były poddawane *in vitro* działaniu surowicy zdrowych i chorych osobników; pierwsza pozostawiała miąższ nerkowy bez zmian, druga powodowała zmiany, jakie widzieliśmy przy bezpośrednim zastrzyknięciu nefrotoksyn.

Że łożysko nie stawia przeszkód nefrotoksynom, autorowie udowodnili, badając płyn owodni. Płyn ten, wzięty od zdrowych samic, po odpowiednim zmodyfikowaniu jego punktu kryoskopowego, pozostawał bez wpływu na miąższ nerkowy; po półgodzinnem jednak zanurzeniu w płynie samice chorych, miąższ nerkowy okazywał poważne zmiany: szczeroteczkaty brzeg nabłonków zniknął, światło kanalików wypełniały strzępy komórek i jądra.

Widzieliśmy, że dzieci matek chorych na zapalenie nerek łatwo reagują białkomoczem na różne szkodliwości lub też umierają w pierwszych dniach życia. Zmiany w nerkach tych

ostatnich poznaliśmy, jak wyglądają nerki zostających przy życiu, dowiemy się, przypominając sobie dane doświadczeń. Były tam zmiany zupełnie podobne, jak u dzieci zmarłych wkrótce po porodzie, i inne — znacznie lżejsze, dotyczące tylko przybłonka. Takie właśnie zmiany trzeba przypuścić u ludzi, cierpiących na „słabość“ nerek, ich nadwrażliwość.

Wobec przepuszczalności łożyska nefrotoksyny, znajdujące się w surowicy, będą wywierały wpływ szkodliwy na nerki płodu (jak to widzieliśmy *in vitro*); płód taki zależnie od jadowitości surowicy albo umrze natychmiast po porodzie, albo będzie żył, ale odporność jego nerek będzie minimalna, najmniejsza szkodliwość, drobne wykroczenie w dyecie mogą tu wywołać białkomocz, a nawet zapalenie nerek.

(La Semaine médic. N. 45. 1904).

D-r. Kwaśniewski.

2. HEYDENREICH (Odessa). **Rzeczywista wścieklizna czy też zaszczepiona zmodyfikowana?**

Pod tym tytułem opisuje H. przypadek ze swej praktyki, dający dużo do myślenia, a mianowicie, czy zapobiegawcze PASTEUR'owskie szczepienie wścieklizny, czy to źle zastosowane, czy też z natury swojej, zamiast zapobiegać, nie zasiewa raczej w organizmie tej choroby, tylko w nieco zmienionej formie. Przytaczam w skróceniu opowiadanie H. i jego pogląd.

W miasteczku W. byłem lekarzem jednego zamożnego domu. W końcu maja 1901 r. dano mi znać, że 45-letnia służąca P. ugryziona została przed 4 dniami przez młodego psa. I kucharka także była pogryziona, ale, obawiając się zastrzykiwań, zataiła to. Psa zamknięto do klatki, a wezwany weterynarz oświadczył, „że jednak byłoby bezpieczniej zabić tego psa“, co też niezwłocznie wykonano, chociaż widocznych oznak wścieklizny nie dowiedziono. Czwartego dnia tedy po ukąszeniu pokazano mi tę służącą: tęga, mocna, zdrowa, dobrze zbudowana i dobrze odżywiana, ruchliwa, wiele rozmawiająca, wesoła, nie głupia, do tego stara panna i pobożna (katoliczka, polka), pochodziła z włościańskiej rodziny, w tym domu została wychowana i nigdy nie okazywała żadnych osobliwości charakteru i zbożeń umysłowych. Posłano ją tedy na usilne naganie pani domu na stację PASTEUR'a, gdzie w ciągu 12 dni dano jej 24 zastrzyknięcia. Już

6 dnia tej kuracyi chodzenie było dla niej uciążliwe, a w ostatnich 3 dniach czuła się już tak źle, że z trudem mogła się przejść. Do tego przyłączyło się ogólne niedomaganie, brak apetytu, chociaż przed tem znana była z dobrego apetytu, zatwardzenie, nudności, bolesność w całym brzuchu. Stała się cichą i smutną, co było uderzające u niej. Ciężkość podniosła się do 38°.

12. VI. Cały ten kompleks objawów uznano na przódce, jako pochodzący z zepsutego żółtka. Zaordynowano *oleum ricini*.

14. VI. *Sensorium* zajęte, stolec wolny, zatrzymanie moczu.

16. VI. Wszystkie objawy cięższe. *Paresis detrusoris*. Mocz oddaje tylko przez cewnik.

21. VI. Zupełna pareza mięśni twarzowych, zniesienie uczucia dotyku i bólu na twarzy, ciężkość 35,9°, nie może połykać, ani poruszać językiem i wargami, powieki zamyka tylko do połowy.

24. VI. Skarży się na smutek i bojaźń, o ile ją można było zrozumieć.

7. VIII. Bóle w piersiach i napady ściskania w krtani i gardle nie dają chorej spokoju. Zdaje jej się, że coś podnosi się i ściska i sznurują oddech.

W październiku i listopadzie staje się melancholijną, przygnębioną, smutną, siedzi smutna lub leży całymi godzinami bez ruchu z oczami, wpatrzonemi w jeden punkt.

W grudniu staje się niemożliwą w domu, chce zabić kucharkę, trzyma nóż pod poduszką.

W końcu grudnia oddano ją do domu obłąkanych, tam rozpoznano *amentiam* z podostrem majaczeniem. Tam chora wpadła w stan *dementiae* i *stuporis*, *incontinentia urinae et alvi* i 30 marca 1902 roku zmarła jako ciężka idiotka.

Zastanawiając się nad tym faktem, widziemy, że czas inkubacji, który podług BAUER'a wynosi 72 dni (z 537 obserwacji), podług BROUARDEL'a dwa miesiące, w danym przypadku wynosił tylko 13 dni po ukąszeniu domniemanego psa wściekłego, a 8 po pierwszym zastrzyknięciu PASTEUR'owskim.

Przypadek ten nie jest jedyny: w literaturze opisano już kilka podobnych przypadków, trudnym jest tylko do pojęcia, dlaczego wszyscy przypisywali to ukąszeniu psa, a nie samemu szczepieniu. (Berl. kl. Woch. 1904. N. 38).

D-r. Pyrż.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 25 Października r. b.

TREŚĆ: 1) ŚWIĄTECKI Jan. — Przedstawienie przypadku wilka, wyleczonego naświetlaniem promieniami radu. 2) MALINOWSKI Feliks. — „*Hydroa vacciniiformis*“.

1) ŚWIĄTECKI Jan przedstawił chorego, którego już poprzednio demonstrował w kwietniu w Towarzystwie Lekarskiem. Chory jest obecnie już po ukończonej kuracji naświetlania radem z powodu wilka twarzy. Owrzodzenia są zupełnie zagojone, blizny otrzymano kosmetyczne: głębokie, jasno różowe. Do tej pory nawrotu cierpienia niema.

2) Feliks MALINOWSKI. *Hydroa vacciniiformis*.

Prelegent przedewszystkiem przytacza krótki przegląd historyczny ogłoszonych przed nim przypadków tej rzadkiej choroby. Następnie daje on opis swego przypadku, obserwowanego już drugi rok. Wysypka ukazuje się w miejscach odkrytych. Rozpoczyna się ona prawie zawsze od małego, ledwie dostrzegalnego i mało przezroczystego pęcherzyka, raczej grudki. Pęcherzyk rozszerza się ekscentrycznie i na 2-gi lub 3-ci dzień dosięga wielkości mniej więcej ziarenka pieprzu lub małego grochu.

Wtedy zaczyna się tworzyć w środku jego strupek i zagłębienie, wówczas również, a częściej jeszcze poprzednio dostrzegamy w głębi pęcherzyka ciemnoniebieskawy punkcik. Punkcik powiększa się i zlewa ze strupkiem, który się również rozszerza. Po tygodniowym, najwyżej dwutygodniowym trwaniu pęcherzyka, strup odpada i odkrywa dość głęboką bliznę.

Bezpośrednią przyczyną wysypki są ciepłe palące promienie słoneczne.

Prelegent swój przypadek nazywa typowym. Do takich można jeszcze zaliczyć opisy BAZIN'a, HUTCHINSON'a, JAMIESON'a, BURI'ego, BROOKE'a, BOECK'a, CROCKER'a, BROCC'a, MOREIR'y, MIBELLI, ANDERSON'a, CODOWES'a.

Badania mikroskopowe przeprowadzili BOWEN i MIBELLI. Według nich proces rozpoczyna się zapaleniem naskórka i powierzchownych warstw skóry właściwej, doprowadza do

wytwarzania się pęcherzyków w warstwie MALPIGHI'ego i prowadzi następnie do nekrozy.

Dzięki temu, że prelegentowi udało się zbadać *vesiculo-papulam in statu nascendi*, doszedł on na mocy swych badań do odmiennych rezultatów. Zapalenie jest poprzedzone przez nekrozę naskórka i leżącej pod nabłonkiem tkanki łącznej. Nekroza ta wywołuje podrażnienie zapalne na granicy zdrowej tkanki, nacieczenie i wysięk surowiczy. Skutkiem przesiąkania masy nekrotycznej, rozpulchniania jej tworzy się pęcherzyk. Wysięk, szukając wyjścia dla siebie, oddziela nabłonek od tkanki łącznej. Przytem sople nabłonkowe wydłużają się, ścięnczają i, pozostając w łączności z pokrywką i dnem pęcherzyka, stanowią przegródki. Nekrotyczna masa wysycha, twardnieje, tworzy się strup i następnie wgłębienie w miejscu, odpowiadającym pierwotnej nekrozie nabłonka. Dalej następuje wyschnięcie na niej strupa.

Prelegent, porównyując niektóre przypadki opisane jako *hydroa vacciniiformis* lub *aestivalis* do *hydroa puerorum* UNNA'y, przychodzi do wniosku, że nie można uważać tych ostatnich za typowe *hydroa vaccin.*, i że są one identyczne z *hydroa puerorum* UNNA'y. Do rzędu tych ostatnich należy zaliczyć oprócz (Sommerprurigo) *prurigo aestivalis* jeszcze *prurigo hiemalis*. Zaś analogicznym zjawiskiem do *hydroa vacciniiformis aestivalis* będzie *h. v. hiemalis*, opisana przez WHITE'a i powstająca tylko pod wpływem zimna. Ten fakt mówi przeciwko pochytywaniu chemicznych promieni światła słonecznego za chorobotwórcze.

W powstawaniu tych wszystkich wysypek pod wpływem ciepła i zimna odgrywa dużą rolę wrażliwość skóry. Skórę nawet sztucznie można uczynić wrażliwą na ciepło i zimno, jak to stwierdza podany przez autora fakt.

Leczenie powinno być przedewszystkiem ochronne. W zakończeniu prelegent podaje wszystkie terapeutyczne zabiegi, stosowane w tej chorobie z różnym skutkiem.

T. Korzon.

## N O W E L E K I.

Dzięki olbrzymiemu postępowi na polu chemii, w ciągu ostatnich lat kilkunastu przybyło tyle nowych środków leczniczych, że stało się dla lekarza niezmiernie trudnym zadaniem zachować je wszystkie w pamięci. Każdy nieomal dzień przynosi jakiś środek nowy; fabryki chemiczne i apteki silą się na wynalezienie nowego leku lub specyfiku; a skutek tej nadprodukcji jest taki, iż dany lek, który okazał się w praktyce pożytecznym, ustępuje miejsca innemu i przechodzi do historii. O dobrym środku dawniejszym zapomina się; natomiast wchodzi w modę inny, działający podobnie. Fabryki, zwłaszcza niemieckie, wytwarzające bez wytchnienia nowe przetwory, uważają za niezbędne powierzać natychmiast wypróbowanie ich kliniczne jakiemuś asystentowi szpitalnemu, który otrzymuje z nowym środkiem wyniki zazwyczaj najpomysłniejsze, o wiele jakoby przewyższające w skuteczności analogiczny środek dawniejszy. Ażebym zaś lek zareklamować, nadaje mu się szumną nazwę, częstokroć mieszczącą już w sobie określenie wskazania.

Wszelako, obok tych środków efemerycznych, nauka ostatnimi czasy wzbogaconą została licznym szeregiem leków prawdziwie dobrych, które uzyskały stałe obywatelstwo w skarbnicy farmakologicznej. Każdy lekarz zna je z rozproszonych po czasopiśmie wzmianek. Lecz na razie trudno częstokroć zapamiętać dany środek. To nasunęło nam myśl zebrania nowych leków w jedną całość. Mieliśmy na względzie jedynie stronę praktyczną; staraliśmy się przede wszystkim zaznaczyć tylko główne treściwe dane, dotyczące pochodzenia leku, cech fizycznych i chemicznych, własności leczniczych, stosowania i dawek.

Ażebym ułatwić orientowanie się, podzieliśmy środki na dwie grupy: w pierwszej umieściliśmy te, które zyskały mniejszą lub większą

wartość trwałą w nauce; w drugiej wszelkie inne, mianowicie: wycofane prawie lub mniej niż dawniej stosowane, bezwartościowe, specyfiki — słowem takie, które wydawały nam się mniej ważnymi, i bez których lekarz mógłby się ostatecznie obejść. Przytoczyliśmy tu również skład niektórych środków reklamowanych, noszących bardzo szumne nazwy, a będących jeno mieszaniną starych i niczem osobliwym nie wyróżniających się od zwykłych leków.

Naturalnie, że i niektóre środki z grupy pierwszej mogłyby być zaliczone do drugiej i odwrotnie, gdyż ścisłego podziału niepodobna było dokonać. Znajdą się w każdej grupie środki, niewłaściwie tam umieszczone, więcej i mniej wartościowe; prócz tego, być może, iż ten lub ów został nieświadomie pominięty. Sądzymy jednak, iż udało nam się zebrać całość prawie dokładną. Zszeregowaliśmy je w porządku alfabetycznym. Dodatkowo zaś opracowaliśmy jeszcze dział trzeci, w którym zgrupowaliśmy leki główne podług wskazań.

### I

#### Acetopyrinum.

Połączenie kwasu acetylsalicylowego z antypiryną.

Proszek białawy, zapachem i smakiem przypominający kwas octowy. Rozpuszcza się trudno w wodzie zimnej, łatwo w ciepłej i w skoku.

Zastępuje *Natr. salicylicum*.

Dawka: 0,5—1,0; dziennie 3,0—5,0. Dzieciom: 0,15—0,4.

#### Acoinum C.

Diparaanisyl-monoparaphenetyl-guanidin—chlorhydrat.

Proszek biały, krystaliczny, rozpuszczalny w wodzie zimnej (6:100).

Środek, znieczulający miejscowo, podobnie jak kokaina. Nie powoduje przytem zatrucia ośrodków.

Zastosowanie:

1. W chirurgii: Przy operacjach mniejszych metodą SCHLEICH'a. Iniekcye podskórne: Acoini 0.1—0.2; Natr. chlorati 0.8; Aq. dest. 100.0 Znieczulenie trwa około  $\frac{1}{2}$  godziny.

2. W okulistyce: a) Wkraplania 1% roztworu. Działanie jest dłuższe i pewniejsze, niż kokainy; występuje po 2—5 minutach. b) Iniekcye podłącznicowe: Acoini 0.025; Cocaini 0.05; Solut. Natr. chlorat. (0.75%) ad 5.0; same przez się lub też jako czynność dodatkowa dla zmniejszenia bólu przy stosowaniu innych leków, np. Hydrargyrum cyanatum.

3. W dentystyce: Iniekcye w dziąsło dla bezbolesnego wyrwania zęba: 1—2 c. sz. 1—2%. (Acoini 1.0; Natr. chlorati 0.8; Aq. 100.0).

#### Actolum.

Argentum lacticum. Mleczan srebra.

Proszek biały, rozpuszczalny w wodzie. (1:15).

*Antisepticum.* 1. Do oplukiwania ran 1:2000 2. Do płukań gardła 1:50; z tego łyżeczkę na szklankę wody. 3. W dentystyce: 1:500 do przemywania przetok zębowych przy ropniach korzeni.

W handlu są tabletki po 0.2 (podobnie jak sublimatowe). Aktol trzeba trzymać w fiaskach ciemnych.

#### Adrenalinum.

Otrzymuje się z nadnerczy zwierząt.

Ciało białe, krystaliczne, oddziaływa słabo alkalicznie. W stanie suchym trwałe. Trudno rozpuszcza się w wodzie zimnej, łatwiej w gorącej, bardzo łatwo w kwasach i alkaliach. Z kwasami tworzy sole. Roztwory wodne trzymać w ciemnych fiaskach.

Stosowanie:

I. Zewnętrzne:

1. Do tamponowania ran przy krwawie-

niach mięszzowych: Adrenalina (1:1000) i fizyologiczny roztwór soli kuchennej *ana.*

2. Przy operacjach w nosie do pendzlowań (1:1000—1:5000). Dla jednoczesnego znieczulenia: Cocaini 5.0; Adrenalini (1:1000) 95.0

3. Do przepłukiwań pęcherza: 1:1000—1:10000.

4. W ginekologii: Przy krwawieniach po wyskrobaniu macicy: 1:2000 na zgłębniku z wata do macicy.

5. W okulistyce: Do wywoływania anemii i znieczulenia, przy wydobywaniu ciała obcych, kauteryzacji i t. p. Adrenalini (1:1000) guttas 10, Coc. hydrochl. 0.1; Aq. 10.0.

6. W dentystyce przy wyrwaniu zęba Adr. (1:1000) guttas 15; Beta - Eucaini hydrochl. 0.05; Solut. Natr. chlorati (0.6%) 5.0.

II. Wewnętrznie:

*Per os:* W krwiopłuciu: Adr. (1:1000) 10—50 kropel na dawkę.

Zaznaczyć należy, iż Adrenalina u niektórych chorych wywołuje kichanie lub nieżyt nosa.

#### Aethylum.

Ae. bromatum. Bromek etylu. (Aether bromatus puriss.) Płyn bezbarwny. Środek odurzający przez wdychanie. Stosowany w dentystyce przy małych operacjach. Po minucie następuje znieczulenie przy zachowanej przytomności. Może wystąpić sinica i zapaść. Do narkozy 10.0—15.0.

Ae. chloratum. Chlorek etylu. Płyn bezbarwny.

Łatwo zapalny, przeto ostrożnie ze światłem!

Służy do narkozy ogólnej. Dawka do wdychania 8.0—20.0. Narkoza występuje szybko i tak samo szybko się kończy. Środek ten nadaje się przeto do operacji krótkich i bardzo bolesnych. Objawy są podobne, jak przy chloroformowaniu i również niebezpieczne. W dentystyce w postaci rozpylania, np. przy wyrwaniu zęba.

Chlorek etylu nazywa się też *Kelen.*

#### Agurinum.

Sól podwójna: teobrominian sodu (60%) i octan sodu.

Proszek biały, słonogorzki, higroskopijny, w wodzie rozpuszczalny.

*Diureticum.* Przeciw obrzękom zastoinowym: w chorobach serca, *Nephr interstit.* (w *Nephr. acuta* nieskuteczny.) Również stosowano w *Angina pectoris, Pleuritis et Pericarditis exsud.* Działanie moczopędne występuje po 2—4 dniach.

Dawka: 0.5—1.0; dziennie do 3.0. W roztworach z *Aq. Menthae* lub *Aq. Cinamomi.* Nie wolno dodawać syropów, ani płynów kwaśnych.

### Airolum.

*Bismuthum oxyjodidogallicum.*

Proszek szaro-zielony, bez smaku i zapachu, nierozpuszczalny w wodzie i wyskoku; w ługu sodowym daje płyn czerwony.

Zastępuje jodoform i arystol. *Antisepticum. Exsiccans.* Przy zetknięciu z wilgocią tworzy się masa żółto-czerwona.

Stosowanie: W *Ulceris cruris.* Także do pokrywania ran zszytych: A. 5.0; Mucil., Glycer. aa 10.0; Bolus alb. q. s. W *Ulcus molle;* też przy rozerwaniu kroczka — jako proszek do posypywania. Maść 5-10-20%. W okulistyce: *Ulcus corneae:* A. 1.0; Atrop. sulf. 0.05; Ac. borici 0.4; Vasel. albi 10.0.

### Albarginum.

Połączenie gelatozy z Arg. nitr. (15%).

Proszek żółtawy, łatwo rozpuszczalny w wodzie.

Przechowywać należy roztwory w ciemnych fiolkach.

W *Gonorrhoea,* do płukań cewki, zwłaszcza w drugim okresie leczenia: 0.1 — 0.2%.

### Analgenum.

*Aethoxyanabenzoylamidochinolin.*

Kryształy, rozpuszczalne w wyskoku gorącym.

W *Intermittens,* zamiast chininy. Także w gościecu, nerwobólach.

Dawka: 0.5 — 1.0 — 2.0, na kilka godzin przed napadem, w opłatku lub mleku. Mocz barwi się wiśniowo, czego można uniknąć, dając A. z wodą alkaliczną.

### Anthrasolum.

Olej jasno-żółty, zapachu smoły. Miesza się z olejami tłustymi, płynną parafiną, wazogemem i wyskokiem; w 90% wyskoku rozpuszcza się 5 — 10%.

Stosowany zamiast przetworów smołowych w cierpieniach skóry. Zmniejsza swędzenie, więc nadaje się w *Pruritus ani, vulvae, universalis.* Do pendzlowań: *per se* lub jako 5 — 20% roztwór wyskokowy. Maść 5 — 30%.

### Apocynum cannabinum.

Posiada własność zwalniania skurczów sercowych i używane jako *tonicum* w chorobach serca oraz jako *diureticum.*

*Infusum:* 10.0:250.0.

*Extr. fluidum A. c.* 5 kropel; 3 — 4 razy dziennie.

### Aristochinum.

Ester zawierający 96% chininy.

Proszek biały, nierozpuszczalny w wodzie trochę w kwasie solnym, łatwo w wyskoku. Bez smaku. Zastępuje chininę. Wskazany w krztuścu.

0.5 — 1.0. Dzieciom: 0.05 — 0.1 — 0.3: 3 razy dziennie.

### Aristolum.

*Dijoddithymol. Thymotol.*

Proszek barwy czekoladowej. Zastępuje jodoform.

Stosowany w chorobach nosa, krtani *per se.*

W chorobach skóry: *Psoriasis, Lupus* jako maść 5 — 10%.

### Aspirinum.

Kwas acetylosalicylowy.

Proszek smaku octowego; niekiedy wywołuje szum w uszach. Rozszczepia się dopiero w alkalicznym soku kiszkiowym. Pobudza poty, zmniejsza bóle. Zastępuje salicylaty.

Głównie wskazany w gościecu ostrym, influenzy; również w podagrze, *Pleuritis, Ischias,* migrenie, bólach głowy, *Chorea minor, Diabetes* (zmniejsza swędzenie), w okulistyce przeciw wszelkim bólom (*Iritis, Neuralgia supraorbitalis,*

w zapaleniu ucha średniego. Unikać go należy przy skłonności do krwioplucia.

Dawka: 1.0 w opłatku, w lemonadzie; 4—5 razy dziennie. Nie trzeba dawać z alkaliami, gdyż one sprzyjają rozszczepianiu się A. w żołądku.

#### Asterolum „Roche“

Hydrargyrum phenolsulfonicum.

Proszek biały, drobnokrystaliczny, rozpuszczalny we wrzącej wodzie.

Jest to silne *Antisepticum*, zwłaszcza dla głębokich owrzodzeń i ran. Służy do odkażania pola operacyjnego, rąk, narzędzi. 2% roztwór wodny = 0.5% sublimatowi.

Roztwory 2.5—5% jako okłady (24 godzinne): w *Lymphangoitis*, *Furunculosis*, *Erysipelas*, *Phlegmone*, *Panaritium*, ropniach. Tenże roztwór do płukań pęcherza w *Cystitis chr.*

#### Atropinum sulf.

Zastosowany w zatkaniach kiszek, głównie pochodzenia kałowego; również próbowano w *Ileus*, *Incarceratio Herniae*. Najwłaściwszy tam, gdzie przypuszcza się zaburzenia czynnościowe perystaltyki skutkiem skurczu spastycznego. Dawki winny być maksymalne: 1—3 miligramów dziennie, podskórnie.

(C. d. n.).

## K R O N I K A.

Jeszcze o prasie lekarskiej. Reklamy lekarskie.

Ze spraw zawodowych, które od czasu do czasu wypływają na porządek dzienny, jedną z poważniejszych jest sprawa naszej prasy lekarskiej. W ostatnich latach poruszano ją kilkakrotnie, a w końcu roku ubiegłego na hasło, jak powiada „Krytyka Lekarska“, rzucone przez „Medycynę“, prawie wszystkie nasze pisma lekarskie zgodnym chórem zaintonowały: „dosyć mamy gazet lekarskich“. „I hasło to“, jak dalej utrzymuje „Krytyka Lekarska“, „nie u nas się zrodziło. Jedno czy kilka pism niemieckich skarżyło się na nadmiar produkcji literackiej w dziedzinie medycyny niemieckiej. Więc oczywiście za nimi ten pacierz powtarzamy“. Muszę tu przedewszystkiem przypomnieć redaktorowi „Krytyki“, że o nadmiarze polskich pism lekarskich pisze się i mówi u nas już od lat kilku, że nawet w samej „Krytyce“ przed 3 czy 4 laty sprawa ta była poruszona przez kol. DUNI-

NA, który proponował wprowadzić stworzenie nowego organu lekarskiego, lecz głosował stanowczo za zlanie się dwóch czy trzech pism z istniejących w jedno.

A teraz przechodzę do kwestyi samego nadmiaru.

Rzecz prosta, że nie egoistyczne pobudki skłaniają nas do ostrzeżeń pod adresem mających powstać pism lekarskich: ani na dochody z istniejących już gazet nie liczymy, ani też nie drżymy na myśl, że może wypadnie więcejłożyć na ich wydawanie.

W subtelnych ducha wytworach, jak powiada słusznie „Krytyka“, względy ekonomiczne schodzą na plan drugi. Ale pragnęlibyśmy, aby nauka nasza zasługiwała istotnie na to miano, aby nie była surogatem nauki. Gdy jednak tyle a tyle zadrukowanego papieru z redakcji naszych czasopism lekarskich wyjść będzie mu-



siało, to z konieczności, przy ograniczonej naszej produkcji literackiej, zamiast skromnego a wyborowego dorobku naukowego, mieć będziemy dużo... tandety.

„Twórczość ludzka“, powiada jednak „Krytyka“, „to nie pewna stała i niezmienna ilość bogactw kopalnych, to siła żywa, która wytryska z ludzkiego umysłu, którą obudzić i wywołać potrzeba; od kultury umysłu i od potęgi bodźca zależy wynik działania: nauka i piśmiennictwo“. Myśl piękna i zupełnie słuszna, ale w zastosowaniu do interesującej nas tu sprawy nie zupełnie trafna. Myśli ludzkiej nie krępować nie zdoła, a wielkie idee medyczne powstałyby niewątpliwie bez względu na to, czy na ich zwiastowanie świata gotowychby było kilka setek, czy kilka tysięcy organów. I bodźca myśl ludzka potrzebuje, prawda, ale bodźcem tym rzadko chyba był redaktor pisma; bodźcem ten tkwić musi w nas samych, inaczej wynik jego doskonały nie będzie. Jeżeli zaś kiedyś i bodziec zewnętrzny poruszył sprężyny ducha ludzkiego, to był nim ukochany przewodnik, pod którego kierunkiem owoc myśli naszej dojrzał i w czyn się wcielił. Potrzebaby więc było wyjątkowego połączenia w jednej osobie przewodnika i redaktora, aby ten ostatni zasługę wydobycia na jaw drzemającej myśli mógł przypisać sobie. Nie mogę przypuścić, by miała mnie popchnąć do pracy obfitość czasopism lekarskich: gdybym miał coś do obwieszczenia światu, to sądzę, wystarczyłby mi do tego jeden nawet organ, poświęcony mojej gałęzi wiedzy. I nie zdaje mi się, aby pisma tworzyły pracowników, przeciwnie, myślę, że pracownicy stwarzają pisma. A że ich liczba u nas jest skromna, więc i publicystyka lekarska nasza zbyt rozrastać się nie powinna.

„Dlaczego właściwie większa liczba pism ma szkodzić nauce?“ zapytuje „Krytyka“. W gruncie rzeczy, naturalnie, nauka mało dba o to, ile na jej usługi istnieje gazet. Człowiek, nauce oddany, zawsze znajdzie miejsce na wypowiedzenie myśli swojej, a nauka w ścisłym tego słowa znaczeniu nie straci na tem, że w tym lub owym języku wychodzi za dużo nie mających czem łamów zapelnąć czasopism. Pisma periodyczne jednak odzwierciedlają stan nauki w danym kraju, i im więcej lichoty wśród nich się znajdzie, tem renoma naukowa kraju będzie

gorsza. A dalej, czyż nie wyrządza się krzywdy lekarzowi naukowemu, każąc mu na czytanie licznych artykułów, z których ani zdźbła korzyści nie wyciągnie, traciąc czas, któryby z pożytkiem dla siebie na przeczytanie istotnie dobrych rzeczy mógł obrócić? Zaś przewidzieć z góry, co warte jest czytania, a co nie warte, nie zawsze można.

„Prawda, powiada jeszcze „Krytyka“, że wobec ogromnej liczby pism, trudno, owszem nie podobna zgoda wszystkich przeczytać. Ale skąd taki obowiązek? Zakażcie drzewom rodzić obficie owoce, bo wielki smakosz z rozpaczą widzi, że wszystkich spożyć nie zdoła, zakażcie młodym dziewczętom rozwijać się i rzucić uroki, bo nawet miłość Don-Żuana wszystkich wdzięków nie wchłonie“. Tak, ale te nasze drzewa — gazety nie wiele rodzą owoców, te nasze dziewczęta — gazety za mało rzucają uroków.

I dlatego myślę, że liczba już istniejących naszych pism lekarskich jest aż nadto wystarczająca, i nie zgodzę się ze zdaniem „Głosu Lekarzy“, że „nasze piśmiennictwo lekarskie jest zbyt ubogie“. „Na blisko 5000 lekarzy polskich parę tygodników i kilka miesięczników lekarskich nie stanowi bezwarunkowo nadmiaru“, powiada „Głos Lekarzy“. Obliczmy, ile jest tych pism w istocie. W Warszawie wychodzi ogólnych gazet lekarskich siedm: „Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.“, „Gazeta Lekarska“, „Medycyna“, „Kronika Lekarska“, „Krytyka Lekarska“, „Zdrowie“, „Lekarz“, w Łodzi jedno — „Czasopismo Lekarskie“, w Krakowie jedno — „Przegląd Lekarski“, w Poznaniu jedno — „Nowiny Lekarskie“, we Lwowie dwa — „Przegląd Higieniczny“ i „Polskie Archiwum nauk Lekarskich“. Mamy zatem dwanaście pism lekarskich treści ogólnej. Do tego przybywają cztery pisma treści specjalnej: „Przegląd Chirurgiczny“, „Przegląd Dentystyczny“, „Postęp Okulistyczny“ i „Ginekologia“. Ogółem mamy zatem polskich pism lekarskich szesnaście. Dla 5000 prenumeratorów -- to chyba dosyć. Ale zapytajmy jeszcze w redakcyach warszawskich pism lekarskich i Czasopisma Łódzkiego, ile egzemplarzy pisma swego wysyłają do Galicji i Poznania. Odpowiedź z pewnością zadziwi nie wtajemniczonych w sprawy redakcyjne. Jeżeli zatem popyt na każde z pism naszych jest mały, to wynika ztąd, że albo jest ich za dużo,

albo że mało są warte. W jednym i drugim razie pomódz może tylko zredukowanie ich liczby, w każdym zaś razie mnożenie jej na jakość naszego dziennikarstwa lekarskiego wpłynie tylko ujemnie.

Z tej wychodząc zasady, myślę, że i tworzenie nowych pism specjalnych nie odda wielkiej przysługi naszemu piśmiennictwu lekarskiemu. Wobec rozwijającej się specjalizacji i posiadania wielu dzielnych sił, specjalnościom mniejszym poświęcających się, pisma ogólne mogłyby mieć dużo dobrego materiału dla siebie, a nasz dorobek naukowy nie rozpraszałby się po rozmaitych gazetach. Z drugiej strony nie wiem znowu, czy nasza produkcja literacka wystarczy na prowadzenie specjalnych miesięczników.

W obronie tych ostatnich wystąpiła „Ginekologia“, zapytując, o ile rozumiem, ironicznie, czy wydawanie kilku pism lekarskich o jednakowym programie ma na celu dobro ogółu, czy rozwój nauki rodzimej? „Ginekologia“ sądzi, jeżeli uwagę jej dobrze zrozumiałem, że są to dwa grzyby w barszcz. Tak jednak nie jest. Społeczeństwo lekarskie, jak każde inne, dzieli się na partye, ma swoje sympaty i antypaty, są między nami obojętni, ale jest wielu takich, którzy sympatyzują z kołem, grupującym się około jednego lub drugiego pisma. Ztąd potrzeba wydawania dwóch, trzech o jednakowym programie gazet. Istnienie ich obok siebie wywołuje także i emulację, co prowadzić musi do możliwego ich doskonalenia się. Rzecz prosta, że jeżeli partyjność i emulacja szły *crescendo*, to doszlibyśmy w końcu do zupełnego pogrzebania wszystkich pism, ale umiarkowane współzawodnictwo tylko na korzyść dziennikarstwu naszemu wyjść może.

Współzawodnictwo przypomina mi nasze stosunki zawodowe, nasze torowanie sobie drogi przebojem, nasz popęd do reklamy. Nie potępiam bynajmniej nikogo, ogłaszającego się w gazetach, że przyjmuje o takiej i takiej godzinie, mieszka tu i tu, leczę takich i takich chorych, byleby wiadomości te nie raziły swym stylem, rozmiarami anonsu lub ekscentrycznymi dodatkami. Nie potępiam, bo pojmuję, że człowiek ubogi, nie mający z czego żyć, musi używać godziwych środków do wywalczenia sobie bytu. Zresztą o całej sprawie reklam lekarskich zapewne jeszcze kiedyś pomówię. Ale dziwię się pomysłowości kolegów naszych, którzy o istnieniu swem przypominają publiczności za pomocą zupełnie nowego wybiegu. To co dla wszystkich nas, dla całego kraju jest klęską prawdziwą, ta od roku niemal ciągąca się krwawa wojna — także została wyzyskana w celach reklamy. „D-r X. nie wyjechał na Daleki Wschód“. Takie ogłoszenia lub wiadomości w tekście pism codziennych spotykamy teraz ciągle. Można jeszcze wytłumaczyć tego rodzaju nowiny w tym wypadku, gdy dotyczą lekarzy, o których przedtem dane pismo informowało, że powołano ich do służby wojskowej. Ale skąd bierze się do tekstu „Kuryera“ wiadomość, objaśniająca nieobecność przez pewien czas w Warszawie lekarza w sposób mniej więcej następujący: „D-r Y. w ostatnich czasach był w Warszawie nieobecny nie z powodu wyjazdu na Daleki Wschód, lecz dlatego, że towarzyszył księżnie Z. w podróży do N., skąd właśnie przed kilku dniami powrócił“.

*Kurz und gut* — i wojna ma swoje dobre strony.

Zygmunt Srebrny.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Szybki sposób ilościowego oznaczania białka w moczu podaje PAGNET. Znalazł on ten sposób przypadkowo. Nie mając innego odczynnika pod ręką, użył, celem wykrycia białka w pewnym moczu, roztworu ESBACH'a. Po zagotowaniu płynu zauważył, iż białko w strzępach opadało, płyn zaś stał się przezroczystym. Przy porównaniu z osadem, otrzymanym po 24 godzinach za pomocą odczynnika ESBACH'a, autor zauważył, iż obadwa osady były równe.

(Rev. prat. de mal. d. org. génit. 1904).

= Adrenalina w nerwicach serca. Zauważono, iż po użyciu adrenaliny przy krwawieniach, czynność serca, przedtem słaba i nie-

prawidłowa, stawała się energiczniejszą i równiejszą. To skłoniło MUOTTE'a do zastosowania adrenaliny w kilku przypadkach nerwicy serca podczas t. zw. ataków sercowych, gdy strychnina, strofant i naparstnica zawodziły. Dawano wewnątrznie co 6 godzin po 1 miligram (0,001) w roztworze. W napadach lżejszych wystarczyły jeszcze mniejsze dawki, często w połączeniu ze strofantem. CHAPMAN zastosował adrenalinę u dziewczynki 12-letniej w przypadku zwężenia zastawki dwudzielnej z częstymi napadami ostrego rozszerzenia serca, dając co kwadrans po 5 kropel roztworu 1‰.

(Med. Presse. Maj. 1904).

P.

## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu wyborem w Towarzystwie lekarskim Warszawskim na prezesa wybrany został kol. DUNIN Teodor, na wiceprezesa kol. Walenty KAMOCKI, (oba po raz trzeci), na sekretarza dorocznego kol. KORZON, na pomocnika sekretarza kol. LANDSZTEJN.

— Na prezesa nowopowstałego Towarzystwa lekarskiego w Kielcach wybrany został D-r. Czaplicki, na wiceprezesa D-r. Laskowski.

— Prof. zwyczajnym farmakologii i farmakognozyi w uniwersytecie Lwowskim został mianowany D-r Leon Popielski.

— Podobno nareszcie z początkiem roku bieżącego gmina Zakopanego przystępuje do budowy wodociągu. Wodociąg ma być gotów i w sezonie letnim goście zakopiańscy mają ko-

rzystać z wody górskiej. Co się tyczy kanalizacji, która ma być spławną, to już również mają się przygotowywać plany i kosztorysy. Budowa dworca gościnnego na razie dla braku odpowiednich funduszy ma być zaniechana, natomiast projektuje się budowa wielkiego żelaznego deptaka w połączeniu z czytelnią, biblioteką i zakładem picia wód mineralnych.

— ZMARLI. W Warszawie w dniu 1-ym stycznia r. b. D-r med. Józef Wszębor, były naczelny lekarz szpitala Ś-go Rocha, następnie szpitala Dz. Jezus. Obszerniejsze wspomnienie pozgonne o zmarłym damy w następnym numerze naszego czasopisma.

## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w grudniu 1904 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 49. 1) Jan Świątecki. Rad i jego promienie.

2) Alfons Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni dra Palmirskiego. (C. d.)

N. 50. 1) J. Pawiński. Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet. Climacterium a dusznica bolesna i stwardnienie naczyń.

2) Jan Świątecki. Rad i jego promienie (C. d.).

3). Alfons Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni dra Palmirskiego. (Dok.)

N. 51. 1) Antoni Krokiewicz. Przypadek „Chloroma multiplex“.

2). J. Pawiński. Napięcie tętnicze w okresie przekwitowym u kobiet. Climacterium a dusznica bolesna i stwardnienie naczyń. (Dok.)

3) Jan Świątecki. Rad i jego promienie. (C. d.).

Nr. 52. 1) Prof. dr. Ludomił Korezyński. O wpływie jądów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi.

2) Antoni Krokiewicz. Przypadek „Chloroma multiplex“. (Dok.).

3) Jan Świątecki. Rad i jego promienie. (C. d.)

N. 53. 1) Jan Świątecki. Rad i jego promienie. (Dok.)

2) Prof. dr. Ludomił Korezyński. O wpływie jądów gruźliczych na rozwój i jadowitość innych bakteryi. (Dok.)

### Kronika Lekarska.

Zeszyt 23. Józef Kowalczewski. Przyczynę do budowy torbieli skórzastych jajnika.

Zeszyt 24. Józef Kowalczewski. Przyczynę do budowy torbieli skórzastych jajnika. (Dok.)

### Krytyka Lekarska.

N. 12. Władysław Biegański. O celowości w zjawiskach patologicznych.

2) Józef Bieliński. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie.

3) Kazimierz Sokolowski. W kwestyi stosunku lekarzy do felezerów.

### Zdrowie.

Zeszyt 12. 1) Wacław Goździcki. O warości powietrza w nowozbudowanym szpitalu Dzieciątka Jezus.

2) A. Landau. O wilgoci mieszkań.

3) Gabryel Tolwiński. Meteorologia w stosunku do zdrowotności.

### Lekarz.

N. 23. 1) Ad. Lange. Kaszel.

1) Władysław Chodecki. Jak zapobiegać gruźlicy. (C. d.)

3) W. Miklaszewski. O lekarzach domowych. (C. d.)

4) M. Ganc. Higiena oddychania. (C. d.)

5). S. Cetnarowicz. Dla czego widzimy? (C. d.)

6) I. Idzikowski. Apteczka domowa. (C. d.)

N. 24. 1) Mieczysław Themerson. Lekarz szkolny.

2) Władysław Chodecki. Jak zapobiegać gruźlicy? (Dok.)

3) W. Miklaszewski. O lekarzach domowych. (Dok.)

4). S. Cetnarowicz. Dla czego widzimy? (Dok.)

5) I. Idzikowski. Apteczka domowa. (Dok.)

### Ginekologia.

N. 10. 1) A. Czyżewicz. Kilka słów o ostrym obrzęku szyi macicznej podczas ciąży, porodu i połogu.

2) T. Boryssowicz. Plastyczne czyli odtwórcze rozszerzenie zwężonego lub zarośniętego ujścia wewnętrznego, względnie całego kanału szyi macicznej.

3) T. Piotrowski. Poród u kobiety z miednicą kręgoszykową.

N. 11 1) Fr. Koźmiński. Doświadczenia nad podwiązywaniem moczowodów.

2) Pomorski W. Wąglik złośliwy dużej wargi i jego leczenie sublimatem.

#### Przegląd dentystyczny.

Zeszyt 11. 1) M. Krakowski. O postępowaniu bezgnilnem przy wyjmowaniu zębów. (C. d.)

#### Przegląd Felczerski

N. 23. 1). Gruzoły, ich budowa i rola w organizmie. (Dok.)

2) B. B. Główne zasady chirurgii.

N. 24. Siennicki. Zapalenie owrzadzająco-błoniaste.

#### Przegląd Lekarski.

N. 49. 1) Józef Bogdanik. O ropniach urazowych śledziony.

2) Eranciszek Nowotny. Ciała obce w nosie, gardle i przetyku, wydobyte w przeciągu ostatnich dwu lat. (Dok.)

3) P. Pręgowski. Na czym polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego?

N. 50. 1) Leonard Bier. W sprawie organizacji sanitarnej w miastach większych.

2) P. Pręgowski. Na czym polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego? (Dok.)

N. 51. Teofil Hołobut. Dalsze dwa przypadki tężca, w których stosowano wstrzykiwania zawiesiny mózgowej.

2) Leonard Bier. W sprawie organizacji sanitarnej w miastach większych. (C. d.)

N. 52. 1) T. Heryng. O nowych metodach i przyrządach inhalacyjnych.

2) Leonard Bier. W sprawie organizacji sanitarnej w miastach większych. (C. d.)

N. 53. 1). T. Heryng. Zastosowanie terapii inhalacyjnej w leczeniu suchot płucnych.

2) Jakób Bronisław Sokal. O morfinizmie przewlekłym.

3) Leonard Bier. W sprawie organizacji sanitarnej w miastach większych. (Dok.)

#### Nowiny Lekarskie.

N. 12. 1) Mieczysław Halpern. O stosowaniu diety małosolnej w przebiegu zapalenia nerek.

#### Postęp okulistyczny.

N. 12. 1) Strzeмиński. Cierpienia oka wskutek półpaśca.

2) K. Rumszewicz. Przyczynę do anatomii patologicznej tak zwanych brodaweczek błony sprężystej naczyńki.

#### Przegląd Higieniczny.

N. 12 1) Wiktor Leszczyński. Jak należy zorganizować służbę dezynfekcyjną w naszych miastach i miasteczkach?

2) Adam Szulistański Z higieny oka.

3) Kazimierz Panek. Jarstwo w obec nowoczesnej wiedzy.

#### Przegląd Weterynarski.

N. 12. Justyn Karliński. W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na zwierzęta. (Dok.)

2) Stanisław Fibich. Spostrzeżenia nad ciepłotą ryb. (Dok.)

3) Włodzimierz Kuleczyki. Pierwotniaki pasorzytne i chorobotwórcze. (C. d.)

4) Jan Kowalewski. Zmiany chorobowe w mięśniach, spotykane przy oględzinach mięsa. (C. d.)

#### Głos Lekarzy.

N. 23. 1) Informowanie opinii publicznej o sprawach lekarskich.

2) Nasze izby lekarskie.

3) Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych w r. 1904. (C. d.)

4) Co słyhać z organizacją lekarzy politycznych w Krakowie?

5) Akcja Izb lekarskich w sprawie specyfików. (C. d.)

6) Pokłosie z prasy lekarskiej.

7) W sprawie znaczków receptowych.

8) Kilka słów w sprawie broszury kol. HICNERA: „Uwagi nad zawodem lekarskim w chwili obecnej“.

9) Przestroga na czasie.

10) Uwagi z powodu propagandy partactwa leczniczego w piśmie ludowym i o potrzebie rozszerzenia wiadomości z higieny.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada

”**CASCARINE**  
**LEPRINCE**”  
 $C^{12}H^{10}O^5$   
(Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku  
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892  
roku i 3 Lipca 1899 r.

**WSKAZANIA:** stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16). Składy we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

## Racyonalne leczenie fosforem

**R H O M N O L**

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego  
przygotowanego przez D-ra Leprince



**Wskazania:** Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—  
Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour, Paris (16)

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.