

Jacek Adamski

Apteka Dokerska we Wrocławiu

ORCID: 0000-0002-4510-8862

Bożena Płonka-Syroka

Zakład Humanistycznych Nauk Farmaceutycznych Studium Nauk Humanistycznych
i Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

ORCID: 0000-0001-8743-4634

METODY LECZNICZE OPISANE W CZASOPIŚMIE „PAMIĘTNIK LEKARSKI WARSZAWSKI” Z LAT 1828–1829 I ANALIZA ICH POTENCJALNEJ SKUTECZNOŚCI

Treatment Methods Described in „Pamiętnik Lekarski Warszawski” from 1828–1829 and the Analysis of their Potential Efficiency

Summary: The article consists of the analysis of therapeutic methods that were used by the authors publishing in “Pamiętnik Lekarski Warszawski” in the years 1828–1829. Their observations were made for scientific purposes. This information allows to characterize eclectic therapeutic standard of medicine in the first 30 years of the 19th century. Case studies presented in ‘Pamiętnik’, contain descriptions of multiple therapeutic methods, both typical for that time and innovative. Somatic approach to medicine dominated Warsaw medical society. In practice, elements of Neo-Hippocratism, achievements of French anatomopathological school, Brunonian system of medicine (Brownism), Broussaism and Rasmorism were present. Medical theories that authors of the publications used, and descriptions of patients in many case reports, present a picture that fits into the eclectic character of medicine of the early 19th century described in the literature.

Keywords: Pamiętnik Lekarski Warszawski, therapeutic standards, medicine in 19th century, medical journal, eclectic medicine

Słowa kluczowe: Pamiętnik Lekarski Warszawski, standardy terapeutyczne, medycyna w XIX w., czasopismo medyczne, medycyna eklektyczna

Wprowadzenie

„Pamiętnik Lekarski Warszawski” był jednym z pierwszych polskich profesjonalnych czasopism lekarskich, w których publikowane były artykuły o charakterze kazuistycznym. Już wcześniej, bo w latach 1801–1802, ukazywał się wprawdzie „Dziennik Zdrowia dla Wszystkich Stanów” Leopolda Lafontaine’a, jednak była to gazeta o zupełnie innym charakterze. Publikowane w niej były wyłącznie teksty napisane przez wydawcę i będące wyrazem jego poglądów¹. Zbliżał się więc bardziej do konwencji dawnych popularnych poradników². Tymczasem „Pamiętnik Lekarski Warszawski” odpowiadał już swoim charakterem współczesnym mu zachodnioeuropejskim czasopismom lekarskim³, w których publikowane były artykuły wielu autorów, nie brakowało między nimi polemik, a samo czasopismo służyć miało prowadzeniu takiej właśnie otwartej debaty na tematy związane z praktyką medyczną. Czasopismo należało do nielicznego grona wydawanych w pierwszej połowie XIX w. polskich periodyków specjalistycznych, afiliowanych przy wydziałach lekarskich działających na ziemiach polskich w okresie rozbiorowym uniwersytetów lub też przy towarzystwach naukowych. Wymienić wśród nich należy przede wszystkim wydawany w Wilnie „Dziennik Medycyny, Chirurgii i Farmacji”⁴. Zarówno liczba tych periodyków, jak ich dość skromna ogólna objętość, nie pozwalają wyrobić sobie w pełni obiektywnego poglądu na praktykę lekarską realizowaną w tym okresie przez praktykujących na ziemiach polskich lekarzy, legitymujących się pełnym wykształceniem akademickim, zarówno Polaków, jak i obcokrajowców. Dodatkowym utrudnieniem dla historyka medycyny zainteresowanego badaniem historii medycyny praktycznej jest także fakt, iż większość z tych lekarzy nie pozostawiła po sobie żadnych świadectw dotyczących tejsze praktyki. Jesteśmy więc skazani na analizowanie względnie skąpego zakresu źródeł, który dałby się opisać liczbą zaledwie kilkuset pozycji, w których moglibyśmy obserwować rodzenie się rodzimego standardu praktyki terapeutycznej od początku XIX w. do początku lat 40. tegoż stulecia,

¹ Por. B. Płonka-Syroka, A. Kaźmierczak, *Terapia humoralna wybranych schorzeń w ujęciu autorów z przełomu XVIII i XIX w. Ludwika Perzyny i Ludwika Lafontaine’a*, [w:] *Rośliny jako podstawa racjonalnej diety oraz źródło leków. Lek roślinny*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2016, t. 5, s. 61–76.

² Por. K. Jeżewski, *Diagnostyka i terapia wybranych jednostek chorobowych i dolegliwości w świetle artykułów zawartych w «Dzienniku Zdrowia dla Wszystkich Stanów»*, praca magisterska napisana na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, pod opieką promotorską prof. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2013, s. 7.

³ Por. W.L. von Brunn, *Medizinische Zeitschriften im neunzehnten Jahrhundert. Beiträge zur Geschichte der allgemeinen-medizinischen Fachpresse*, Stuttgart 1963. Na łamach tych czasopism publikowano głównie prace kazuistyczne i toczono debaty na temat skuteczności opisywanych w nich metod terapii.

⁴ Por. T. Ostrowska, *Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w XIX wieku (1800–1900). Zarys historyczno-bibliograficzny*, Wrocław 1973, s. 106–109.

gdy w wyniku represji po klęsce powstania listopadowego polskie czasopisma naukowe (w tym lekarskie) zostały zlikwidowane.

Artykuły kazuistyczne zajmują szczególne miejsce w polskim piśmiennictwie medycznym z XIX w. Od wiedzy podręcznikowej różni je bowiem to, że prezentują wiedzę jeszcze niedostatecznie ukonstytuowaną, nie do końca potwierdzoną i mogącą budzić uzasadnione wątpliwości. Zgodnie z ówczesnym standardem metodologicznym, akceptowanym w większości europejskich środowisk akademickich, lekarze polscy opierają w tym okresie swoją praktykę na doświadczeniu i obserwacjach, które próbują samodzielnie interpretować⁵. Poszukują wśród ówczesnych uczonych zagranicznych postaci, które mogliby uznać za przewodników, za autorytety wytyczające kierunek tych interpretacji. Wiele zależy jednak od ich własnej pomysłowości, doświadczenia i zaangażowania. W ówczesnej medycynie klinicznej brak jest bowiem jednoznacznych standardów. Dlatego najbardziej wskazane jest poznanie jak najszerszego spektrum różniących się od siebie poglądów wyrażanych przez autorytety kliniczne, aby wyrobić sobie własne zdanie i leczyć pacjentów zgodnie z nim.

Standard kliniczny podstawą kazuistyki publikowanej na łamach „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego”

Główną treść czasopisma „Pamiętnik Lekarski Warszawski” stanowiły artykuły kazuistyczne. Ich autorzy zapoznawali czytelników z przypadkami leczonych przez siebie pacjentów, omawiali sposób prowadzonej terapii i jej rezultat. Ze względu na niewielką jeszcze skuteczność ówczesnej medycyny dość często zdarzało się, iż był to rezultat niepomyślny. Pomimo zastosowanego leczenia pacjent zmarł. Możliwe było wówczas przeprowadzenie sekcji zwłok, która miała wyjaśnić przyczyny nieskuteczności terapii. Jedną z nich mogła być niewłaściwa diagnoza, którą lekarz postawił na podstawie obserwowanych objawów choroby, nie docierając jednak do jej przyczyn. W takim przypadku sekcja pozwalała wyjaśnić, dlaczego zastosowana przez niego terapia nie wywołała oczekiwanego skutku⁶. Leczenie okazało się niepomyślne, gdyż działanie leków nie było skierowane w odpowiednim kierunku. Leki nie były prawidłowo dobrane, nie tylko nie działały na ograniczenie objawów chorobowych, lecz wręcz mogły je wzmacniać. Inną przyczyną niepomyślnego zakończenia terapii mogło być podjęcie przez le-

⁵ Por. B. Płonka-Syroka, «*Program somatyczny*», [w:] *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, Warszawa 1999, s. 226–232; B. Płonka-Syroka, *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784–1863*, Wrocław 1990, s. 98–170.

⁶ O standardzie klinicznym w aspekcie odnoszącym się do opieki nad chorym i standardu postępowania z pacjentem por. Z. Podgórska-Klawe, *Początki i rozwój szpitalnictwa*, [w:] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 83–87 i in.; B. Urbanek, *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*, Warszawa 2001, s. 30–36 i in.

karza leczenia pacjenta, którego schorzenie (w wyniku sekcji zwłok) okazywało się nieuleczalne. Podejmujący terapię lekarz nie był jednak tego świadomy, np. w przypadku rozległych zmian nowotworowych, które ujawniały się dopiero po otwarciu jamy brzusznej. Inną przyczyną terapeutycznej porażki, którą wymieniali piszący do „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” autorzy, było zastosowanie leczenia zbyt późno. Pacjent zgłaszał się do szpitala nie w początkowej fazie choroby, w której leczenie kliniczne mogło jeszcze okazać się skuteczne, ale już w fazie zaawansowanej, w której lekarz nie miał już często wiele do zrobienia. Stwierdzał uogólnione zapalenie, opuchliznę lub zgorzel, chorego trawiła wysoka gorączka, a kontakt z nim stawał się coraz bardziej utrudniony. Ciężki ogólny stan chorego uniemożliwiał postawienie diagnozy dotyczącej pierwotnych przyczyn tej sytuacji. Zgodnie z ówczesnym standardem wiedzy medycznej, w którym nie wypracowano jeszcze koncepcji patogenu, wierzone, że choroby mogą przechodzić jedne w drugie. Lekarz nie mógł być więc pewny, czy określony stan kliniczny, który obserwował, powinien interpretować jako wstęp do jeszcze poważniejszych objawów, które wkrótce się ujawnią, czy też powinien uznać, że ma już do czynienia z „zejściową” fazą choroby, której przesilenie już nastąpiło, a ciężki stan chorego zacznie się z czasem poprawiać. Nie zawsze bowiem lekarz mógł uzyskać od chorego lub jego bliskich dostatecznie wiarygodne informacje jak długo trwa choroba, co poprzedziło załamanie normalnego stanu zdrowia, czy było to załamanie gwałtowne, czy też postępowało powoli, a chory miał nadzieję, że choroba wkrótce sama ustanie. Wielokrotnie lekarz kliniczny z lat 20 XIX w. musiał na te pytania odpowiedzieć sobie sam tylko na podstawie szczątkowego wywiadu uzyskanego od chorego i na podstawie obserwacji objawów chorobowych⁷.

Pozbawiony adekwatnej wobec rzeczywistości klinicznej teorii (teorie o takich cechach wypracowano w medycynie dopiero w drugiej połowie XIX w.), lekarz z lat 20. XIX w. działał najczęściej metodą prób i błędów. Mógł także zdecydować się na postępowanie dogmatyczne, oparte na sztywnym trzymaniu się reguł teoretycznych wyznaczonych przez jedną z rywalizujących ze sobą szkół medycyny klinicznej. Wszystkie rozpoznania były w takim przypadku zgodne z regułami teorii medycznej, akceptowanej w danej szkole medycznej, natomiast terapia była wykonywana według reguł wyprowadzanej z danej teorii doktryny⁸. Jeżeli odrzucił taki sposób postępowania, był zmuszony zaufać własnej wiedzy czerpanej z różnych źródeł i próbować pomóc pacjentom w sposób zindywidualizowany, wolny od schematów i apriorycznych założeń, nad które przedkładał wnioski wyprowadzane z doświadczenia. Perspektywa ta cieszyła się wśród eu-

⁷ Por. S.F. Mason, *Geschichte der Naturwissenschaft in der Entwicklung ihrer Denkweisen*, Stuttgart 1991, s. 178–248.

⁸ Por. B. Płonka-Syroka, *Idealy nauki, teorie, doktryny, szkoły naukowe i strategie poznawcze – próba definicji*, [w:] *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 139–159.

ropejskich lekarzy praktyków w pierwszej połowie XIX stulecia większym uznaniem, niż pierwsza, dogmatyczna. Odznaczała się bowiem większą praktyczną skutecznością⁹.

Lekarze dogmatycy, zwani także doktrynerami, nie dopuszczali w swojej praktyce terapeutycznej jakichkolwiek odstępstw od wyznaczonej przez akceptowaną przez nich doktrynę linii diagnostyki i terapii. Uznawali ją bowiem za słuszną oraz opartą na realistycznych podstawach. Zdarzające się niepowodzenia terapeutyczne interpretowali w ten sposób, że winili za ich wystąpienie nie wady samej doktryny, ale jej nieumiejętne zastosowanie przez lekarzy, zwykle zbyt młodych i niedoświadczonych, lub przybyłych do chorego zbyt późno¹⁰. Jednakże większość europejskich lekarzy praktyków (w tym polskich) uznawała takie stanowisko za nieuzasadnione¹¹, a sposób postępowania dogmatyków za sekciarski. Uznawali, że lekarz obserwując brak powodzenia terapii i pogłębianie się schorzenia leczonego przez nich pacjenta powinien, po pierwsze, ponownie zweryfikować diagnozę, sprawdzając w drodze wywiadu klinicznego i obserwacji objawów chorobowych, czy w procesie stawiania diagnozy czegoś istotnego nie przeoczył. Jeżeli tak się stało, powinien zmienić rozpoznanie i dostosować do niego metody leczenia. W przypadku braku postępu terapii lekarz powinien także wziąć pod uwagę, że zastosowane przez niego po postawieniu diagnozy leki okazały się zbyt słabe, aby zatrzymać proces przejścia leczonej choroby w inną, silniejszą i bardziej groźną dla chorego¹². W takim wypadku należało zwiększyć

⁹ Perspektywa oparcia praktyki lekarskiej na doświadczeniu, a nie na apriorycznych spekulacjach, utrwałała się w europejskiej medycynie klinicznej w 2 poł. XVIII w. i utrzymała się w większości krajów europejskich (poza luteranскими krajami Rzeszy Niemieckiej) do połowy XIX w. Na tej podstawie ukształtował się po 1850 r. wspólny nurt teoretyczny europejskiej medycyny eksperymentalnej, opartej na dowodach. Por. *Medicine in the Enlightenment*, ed. R. Porter, Amsterdam 1995; *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, ed. A. Cunningham, L.S. King, Cambridge 1990.

¹⁰ Przykładem doktryny dogmatycznej, która cieszyła się dużą popularnością w czasach wydawania „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” w niemieckiej medycynie akademickiej był brownizm. Por. B. Płonka-Syroka, *Doktryna Johna Browna (1736–1788), jej geneza i recepcja w medycynie europejskiej w kontekście kształtowania się standardu klinicznego. Część pierwsza*, „Medycyna Nowożytna” 2018, t. 24, nr 1, s. 7–28; B. Płonka-Syroka, *Doktryna Johna Browna (1736–1788), jej geneza i recepcja w medycynie europejskiej w kontekście kształtowania się standardu klinicznego. Część druga*, „Medycyna Nowożytna” 2018, t. 24, nr 2, s. 7–35. Brownizm był jedną z poważniejszych inspiracji standardu niemieckiej medycyny romantycznej (1797–1848).

¹¹ Por. B. Płonka-Syroka, *Kształtowanie się w europejskiej medycynie klinicznej wspólnego teoretycznego standardu do połowy XIX w. (na przykładzie Francji i Prus)*, [w:] *Medycyna i religia*, red. B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, Warszawa 2019, t. 2, s. 157–177.

¹² Uważano na przykład, że ospa wietrzna może przekształcić się w odznaczającą się większą śmiertelnością ospę prawdziwą, a zwykła biegunka w tyfus. Inną odmianą tego poglądu było przekonanie, że tyfus nerwowy może przekształcić się w gastryczny. Koncepcja przechodzenia jednych chorób w drugie utrzymywała się do lat 30. XIX w., mimo prób stworzenia nowych klasyfikacji chorób opartych na stałych objawach. Por. B. Płonka-Syroka, *Neohipokratyzm Thomasa*

pierwotnie przepisane dawki leków lub dodać do nich jeszcze inne. Można było próbować stosować – jednocześnie – wiele różnych leków, których skuteczność została wcześniej potwierdzona przez innych lekarzy w terapii pacjentów cierpiących z powodu podobnych objawów. Lekarz nie będąc w stanie postawić dokładnej diagnozy, określającej co choremu dolega i jakie przyczyny mają jego dolegliwości, mógł w tym standardzie mimo wszystko określić kierunek terapii, który ówczesnie zwano eklektycznym. Obserwując pacjenta wykazującego pewien zespół objawów mógł odwołać się do swojej erudycji klinicznej, opartej na dobrej znajomości naukowego piśmiennictwa i własnym doświadczeniu praktycznym. Mógł oprzeć swoją diagnozę na prawdopodobieństwie, a nie – jak doktrynerzy – na dogmatycznej pewności. Mógł próbować wśród manifestujących się u chorego dolegliwości odróżnić objawy główne i towarzyszące, ukierunkować terapię na zwalczanie tych pierwszych i łagodzenie odczuwania przez chorego tych drugich. Dobierając leki podawane wewnętrznie (i inne metody terapii, takie jak np. zimne i gorące okłady, kąpiele, upusty krwi, czy lewatywy) wnikliwie obserwował efekty ich działania. Mógł nie tylko dodawać nowe środki rozszerzając zakres terapii, ale także ograniczać ich zestaw. Postępowanie to było nastawione na uzyskanie efektu, jakim było utrzymanie pacjenta przy życiu, złagodzenie jego cierpienia i likwidacja poszczególnych objawów za pomocą środków, których działanie uznawano za oparte na doświadczeniu¹³.

Jeżeli tak prowadzona terapia okazywała się – mimo staranności i zaangażowania lekarza – nieskuteczna, zawsze usiłowano wyjaśnić, dlaczego tak się stało. Proces terapii miał być zawsze procesem opartym na autorefleksji. Lekarz powinien był starać się zrozumieć zarówno swoje terapeutyczne sukcesy, jak i terapeutyczne porażki. Za te ostatnie nie powinien się winić, chyba że jego postępowaniu z pacjentem przypisać można było niestaranność albo zaniedbanie. Lekarz powinien zawsze działać w interesie pacjenta, starając się zadbać nie tylko o jego wyzdrowienie (o ile będzie to możliwe), lecz także o dobre samopoczucie, a nie dążyć w dogmatyczny sposób do potwierdzenia sztywnych reguł doktryny medycznej, którą wyznawał i której się uparcie trzymał.

Sydenhama jako próba modyfikacji klasycznego standardu patologii humoralnej, „Analecta” 2016, t. 25, nr 2, s. 39–60. Ostatecznie została wyparta z medycyny klinicznej dopiero po wprowadzeniu standardu mikrobiologicznego. Wypracowano wówczas model choroby wywołanej przez specyficzną dla niej przyczynę, jaką był patogen. Choroba ta nie mogła przejść lub przekształcić się w inną. U pacjenta mogły za to wystąpić nadkażenia innymi patogenami, wywołujące wystąpienie chorób współistniejących. Osłabiony przez jeden patogen organizm mógł stać się bardziej podatny na działanie innego patogenu chorobotwórczego.

¹³ Por. V. Hess, *Die «analytische Methode» – eine empirische Neukonzeption der Medizin*, [w:] *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*, Husum 1993, (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 66), s. 95–107.

W standardzie klinicznym z lat 20. XIX w., którego odbicie znajdujemy w artykułach kazuistycznych publikowanych na łamach „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” wystąpienie tego samego objawu można było przypisać różnym chorobom, jak również inaczej interpretować przyczyny jego wystąpienia. Wiązało się to z zastosowaniem odmiennych metod terapii i użyciem zróżnicowanych leków. Pomimo teoretycznych różnic dzielących europejskich klinicystów, występowała jednak jednocząca ich świadomość terapeutyczną zasada – *contraria contrariis curantur*. Lekarz kliniczny zawsze zamierzał bowiem wywołać przez zastosowane metody terapii efekt przeciwny do tego, który zaobserwował. Jeżeli stwierdzał ból – podawał środki uśmierzające, gdy rozpoznawał opuchliznę lub obrzęk – stosował środki, które mogły je zmniejszyć, gdy pacjenta trawiła gorączka – usiłował ją ograniczyć, gdy pacjentem wstrząsały dreszcze i odczuwał zimno – należało rozgrzać jego organizm. Likwidowano więc przekrwienie środkami zmniejszającymi ilość krwi napływającej do danego miejsca, zaparcie podaniem środków przeczyszczających, nadmierne pobudzenie – zastosowaniem środków sedatywnych, a osłabienie – orzeźwiających i pobudzających.

W latach 1750–1828, tj. od czasu ukształtowania się założeń europejskiego nowożytnego standardu klinicznego do założenia „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego”, lekarzom nie udało się uzgodnić wspólnego punktu widzenia w kwestii przyczyn chorób. W europejskim środowisku akademickim istniało w tym okresie wiele wzajemnie wykluczających się teorii medycznych, z których usiłowano wyprowadzić racjonalne uzasadnienie obserwacji empirycznych¹⁴. Zgadzano się na ogół co do jednego: że wystąpienie odstępstwa od fizjologicznej normy, charakterystycznej dla pacjenta w określonym wieku i należącego do określonej płci, wymaga zadziałania jakiejś przyczyny. Miała ona wystąpić przed pojawieniem się obserwowanych przez lekarza objawów, ponieważ zainicjowała proces patologiczny. Przyczyna ta mogła mieć charakter wewnętrzny, to znaczy wystąpienie patologicznych objawów ogólnoustrojowych mogło być zainicjowane przez proces toczący się wewnątrz organizmu, lub mogła być wywołana przez wpływy oddziałującego na organizm ludzki środowiska. W tym pierwszym kierunku poszła np. paryska szkoła anatomokliniczna, której koryfeusz wywodzili wszystkie choroby od lokalnych zmian anatomicznych, które miały rozprzestrzeniać się na cały ustrój człowieka¹⁵. W drugim kierunku poszła natomiast starsza szkoła wiedeńska, która kładła podstawowy nacisk na związki ludzkiego organizmu ze środowiskiem. Jej twórcy i adepci rozwijali pogląd Hi-

¹⁴ Por. C. Huercamp, *Der Aufsteig der Aerzte im 19 Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preussen*, Göttingen 1985.

¹⁵ Por. E. Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospital 1794–1848*, Baltimore 1967; E. Haigh, *Xavier Bichat and the Medical Theory of the Eighteenth Century*, London 1984.

pokratesa i Sydenhama¹⁶, iż zdrowie i życie organizmu jest zależne od utrzymania prawidłowych relacji ze środowiskiem naturalnym. Nie można utrzymać zdrowia spożywając zbyt mało pożywienia, przyjmując pożywienie zanieczyszczone lub nienadające się do spożycia (trujące, nieświeże itp.), nie dostarczając organizmowi dostatecznej ilości napojów, spożywając zanieczyszczoną wodę itp. Kładziono także nacisk na komfort cieplny (choroby z wyziębienia lub z przegrzania), a także równowagę docierających ze środowiska do organizmu bodźców wobec zdolności ich przyjęcia przez organizm. Szkoła wiedeńska przyznawała lekarzowi bardzo duże uprawnienia w dziedzinie diagnostyki. To od jego wiedzy i erudycji miało przede wszystkim zależeć, czy jego samodzielne interpretacje objawów klinicznych będą trafne i oparte na faktach¹⁷.

W początkach XIX w. w europejskiej medycynie klinicznej zaczęły się także popularyzować inne niż związane z teorią anatomokliniczną poglądy lekarzy francuskich, oparte na badaniach fizykalnych i ścisłych obserwacjach klinicznych, wolnych od teoretycznych nadinterpretacji. Do nowych metod diagnostycznych należało np. wprowadzone już w 1761 r. przez austriackiego lekarza Leopolda Auenbruggera opukiwanie, które zostało uzupełnione w początkach XIX w. przez Francuza Rene Laenneca, który dodał do niego osłuchiwanie. Popularyzowała się również medycyna niemiecka. Istniały w jej obrębie w latach wydawania „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” poważne teoretyczne różnice i nie wszystkie występujące na niemieckich wydziałach lekarskich poglądy tamtejszych szkół klinicznych były przez polskich lekarzy aprobowane. Przejmowano z nich te, które były bliskie poglądom głoszonym przez szkołę wiedeńską, a krytycznie przyjmowano koncepcje tzw. medycznych romantyków, które uznawano za skrajne¹⁸.

Przedstawiona tu sytuacja tworzy kontekst dla standardu medycyny klinicznej, który został przyjęty w środowisku lekarzy, tworzących w Warszawie najpierw Wydział Akademicko-Lekarski (istniejący w latach 1809–1817), a później Wydział Lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (istniejący w latach 1817–1832)¹⁹. Na ich poglądy teoretyczne i standard praktyki lekar-

¹⁶ Por. I. Eckle, *Thomas Sydenham (1624–1689) und seine Krankheitslehre, seine Rezeption durch Boerhaave in Leiden und dessen Schuler in der Ersten Wiener Schule*, Berlin 1988.

¹⁷ Por. K.H. Spitz, I. Lau, *Van Swietens Erbe. Die Wiener Medizinische Schule heute in Selbstdarstellung*, Wien 1982.

¹⁸ Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna (1797–1848) w opiniach przedstawicieli polskiego środowiska naukowego do 1863 r.*, „Wiek XIX. Rocznik Towarzystwa Literackiego im. Adama Mickiewicza” 2015, r. 8(50), s. 101–119.

¹⁹ Szerzej o poglądach przedstawicieli polskiego środowiska lekarskiego, zatrudnionych w obu tych uczelniach w latach 1809–1932. Por. B. Płonka-Syroka, *Warszawskie środowisko lekarskie w końcu XVIII i w pierwszej połowie XIX stulecia wobec modelu współczesnej niemieckiej medycyny akademickiej*, [w:] *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, Warszawa 1999, s. 418–430.

skiej silnie oddziaływały wpływy różnych europejskich ośrodków klinicznych. Były to jednak przede wszystkim wpływy austriackie i niemieckie, francuskie i angielskie. Do Warszawy docierały też wpływy medycyny włoskiej. Znajdują one odbicie w artykułach kazuistycznych publikowanych na łamach „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” przez autorów polskich związanych z warszawskim Wydziałem Lekarskim. Analiza tych artykułów – ze względu na usytuowanie zawodowe ich autorów – nie może być więc uznana za w pełni reprezentatywną dla świadomości terapeutycznej występującej w tym okresie powszechnie wśród lekarzy utrzymujących się z wolnej praktyki. Ponieważ jednak nie mamy zbyt wielu źródeł z lat 20.XIX w., które mogłyby udokumentować tę świadomość, warto jest poddać analizie te nieliczne, które są nam dostępne. Należą do nich właśnie artykuły kazuistyczne publikowane w „Pamiętniku”.

„Pamiętnik Lekarski Warszawski” – krótka charakterystyka czasopisma

„Pamiętnik” został założony w 1828 r. przez dr. Wilhelma Malcza (1795–1852) i opierał się częściowo na materiałach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Zawierał prace naukowe różnego typu, od opisów przypadków, oryginalnych prac badawczych, przez historyczno-przeglądowe, po korespondencję z lekarzami z zagranicy. W założeniu „Pamiętnik” miał zapewniać niedrogi dostęp środowisku polskich lekarzy do najnowszej wiedzy medycznej, ułatwiać wymianę myśli i sprzyjać rozwojowi nauki. Publikowany był w niewielkim nakładzie 50 egzemplarzy. Wydawanie kwartalnika przerwał wybuch powstania listopadowego (1830)²⁰. Po klęsce powstania i likwidacji Uniwersytetu Warszawskiego czasopismo nie zostało już wznowione.

Zakres tematyczny „Pamiętnika” obejmował głównie chirurgię, ginekologię, urologię, choroby zakaźne, neurologię i farmakologię. Ponadto kilka artykułów autorstwa farmaceutów dotyczyło treści z zakresu materii medycznej (współczesnej farmakognozji). Niektóre artykuły pochodziły z prasy zagranicznej i zostały wydane jako przedruki. Czasopismo w ciągu dwóch lat istnienia ukazało się w dwóch tomach, z których każdy składał się z 4 poszytów. Ukazywanie się czasopisma od początku zapowiadane było jako nieregularne. Najprawdopodobniej wynikało to z trudności organizacyjnych przy tak dużym przedsięwzięciu oraz z faktu, że wydanie czasopisma w całości finansowane było przez W. Malcza.

Redaktor i wydawca „Pamiętnika” Jan Fryderyk Wilhelm Malcz (Malsch) był polskim lekarzem, synem niemieckiego aptekarza i lekarza. Był autorem 35 publikacji o treści lekarskiej, ekonomicznej i społecznej, a także tłumaczem, ponadto

²⁰ T. Ostrowska, *Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie...*, s. 37–38.

napisał liczne artykuły kazuistyczne, z których wiele ukazało się w „Pamiętniku”. Interesował się chorobami zakaźnymi, pierwszy wprowadził polskie nazwy dla niektórych z nich (dur, ospa, szkarlatyna, odra). Cenne są także jego badania nad cholera, w związku z którymi otrzymał z Anglii podziękowanie w imieniu królowej Wiktorii za przepisy leczenia tej choroby, które okazały się skuteczne w Indiach. Prawdopodobnie jako jeden z pierwszych lekarzy w Europie opisał tę chorobę w książce pt. *O cholery indyjskiej epidemicznej*. Wprowadził także swój lek, tzw. „łyk Malcza”, przeciw cholery. Pracował i pełnił obowiązki lekarza ordynującego w warszawskich szpitalach. Za zasługi w niesieniu pomocy chorym w powstaniu i podczas epidemii cholery został odznaczony Złotym Krzyżem *Virtuti Militari*. Podczas jednej z następnych epidemii cholery (w 1852 r.) niósł pomoc chorym, tym razem jednak sam zachorował. Z cholery wyzdrowiał, ale mimo tego po miesiącu, 28 września 1852 r., zmarł w Warszawie na raka wątroby²¹.

W „Pamiętniku Lekarskim Warszawskim” ukazywały się publikacje autorów krajowych oraz zagranicznych. Było ich dwudziestu czterech. Wśród nich znalazło się trzech farmaceutów oraz jeden literat. Reprezentowali oni różne miasta i regiony geograficzne: oprócz Warszawy np. Kalisz, Krzemieniec czy Kielecczynę. L. Koehler dostarczał materiały z Paryża. Pozwala to chociaż w niewielkim stopniu odtworzyć poglądy dotyczące terapii, wyrażane przez lekarzy praktykujących poza stolicą Królestwa Polskiego i niezwiązanych z działającym w niej uniwersytetem.

W czasopiśmie wymieniono ponad trzysta nazwisk uczonych europejskich, występujących w roli autorytetów. Byli to zarówno lekarze współcześni wydawaniu „Pamiętnika”, których książki i artykuły ukazywały się w pierwszych dwóch dekadach XIX w., jak i autorzy z wcześniejszych stuleci, cieszący się jednak nadal uznaniem wśród lekarzy polskich (np. Marcin z Urzędowa). Było to zjawisko charakterystyczne nie tylko dla „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego”, lecz także innych, wydawanych w tym samym czasie w Europie czasopism lekarskich. Poglądy lekarzy współczesnych występowały w nich razem z koncepcjami klasyków europejskiej myśli medycznej lub wspólnie z opiniami lekarzy cieszących się autorytetem jedynie lokalnie. Artykuły publikowane na łamach „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” powstawały w kontakcie z bieżącym standardem nauki europejskiej. Ich polscy autorzy w wielu miejscach poszukiwali inspiracji umożliwiających im samodzielną interpretację doświadczenia klinicznego.

²¹ T. Ostrowska, *Jan Fryderyk Wilhelm Malcz (Malsch)*, [w:] *Polski słownik biograficzny*, red. E. Rostworowski, Kraków 1974, t. 19, s. 270–272.

Tabela 1. Autorzy europejscy i polscy występujący w artykułach „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” w roli autorzy²².

L.p.	Nazwisko	L.p.	Nazwisko
1	Abercromby	33	Blane
2	Abernethy	34	Bobillier
3	Adams	35	Boer Lucas Johann
4	Alcock	36	Bojanus Ludwik Henryk
5	Alibert	37	Bompland
6	Alpinus	38	Borelli Giovanni Alfonso
7	Alsaharavius (Al-Zahrawi)	39	Bouillaud Jean Baptiste
8	Ammon Frederic A.	40	Bourgerly
9	Ampach	41	Boyer H.W.
10	Amussat Jean Z.	42	Brehm
11	Angelot	43	Bremser
12	Anquetil	44	Brera Valeriano Luigi
13	Astruc A.	45	Bromfield
14	Autenrieth Johann Heinrich Ferdinand	46	Broughton
15	Baader Franz von	47	Brown John
16	Ballard	48	Browne
17	Bandtkie Samuel	49	Bruni
18	Barbier	50	Brzencki
19	Barbier	51	Buchner
20	Barez	52	Buck Henry
21	Bartlet J.	53	Buret
22	Bartrandi	54	Butter
23	Basedow Carl	55	Callisen
24	Bayle Pierre	56	Carmichael
25	Bell Charles	57	Cartheuser
26	Belot	58	Caspari B.
27	Berends Carl August Wilhelm	59	Celsus Aulus C.
28	Bergius Peter Jonas	60	Chabert Philibert
29	Bertholet Claude Louis	61	Chapman Edmund
30	Bertin	62	Chaussier

²² Nie wszystkie imiona lub inicjały imion znajdujących się w tabeli osób udało się ustalić. Dotyczy to lekarzy wymienianych w artykułach kazuistycznych publikowanych w „Pamiętniku Lekarskim Warszawskim”, którzy nie okazali się znaczącymi postaciami w europejskiej historii medycyny, a ich nazwiska nie trafiły do podręczników i monografii. Nie ma ich także w Internecie. Nazwiska te zostały przytoczone w takim brzmieniu, w jakim zostały odnotowane na łamach czasopisma. Imiona lub inicjały imion pozostałych postaci zostały ustalone na podstawie podręczników historii medycyny oraz danych internetowych. Było to możliwe tylko w przypadku osób, których dorobek został przez historyków epoki uznany za znaczący.

31	Berzelius Jöns Jacob	63	Cheignebrun
32	Binninger Leopold	64	Chelius Maximilian Jacob
65	Chevallier	98	Dublanc
66	Chomel	99	Duchamel
67	Chopart Francois	100	Dumas
68	Civiale Jean	101	Duparcque
69	Cloquet	102	Dupuytren Guillaumeff
70	Cocci	103	Edwards
71	Connor	104	Ekelund
72	Conradus J. W. Heinrich	105	Eneaux
73	Cooper	106	Engler
74	Copeland	107	Erdmann
75	Crane W.	108	Erndtel Christian
76	Crawford	109	Eschewege
77	Cullen William	110	Eschricht
78	Curveilhier Jean	111	Fabian
79	Darcet	112	Fallopio Gabrielle
80	Davy La Chevie	113	Ferguson
81	de Chaubry Guttier	114	Fernelius
82	de la Fontaine F. L.	115	Fodera
83	Delamotte	116	Fonseca Roderyk
84	Denon Vivant	117	Fosbooke
85	Denys	118	Franco
86	Derheims	119	Frank (Jan Piotr)
87	des Brus Richard	120	Frank (Józef)
88	Desault Pierre Joseph	121	Freind
89	Deschamps	122	Friederich Georg Wilhelm
90	Desmortiers	123	Fromherz
91	Desruelles	124	Froriep
92	Dierbach Johann Heinrich	125	Garden
93	Dittmer	126	Garneron
94	Długosz Jan	127	Gautier J.L.
95	Dolaeus	128	Gehema Janus

96	Douglas	129	Gendrin
97	Drovetti	130	Gerardin
131	Germanus	164	Home
132	Gerson	165	Howshipa
133	Girard	166	Huber
134	Gmelin Eberhard Leopold	167	Hufeland Christoph Wilhelm
135	Graefe Carl	168	Hüllverding
136	Gruithuisen Franz von	169	Humboldt Alexander von
137	Grünfelden	170	Jägerschmid
138	Guddey	171	Jenner Edward
139	Guibour	172	Jonnot
140	Guthrie James	173	Joubert
141	Hales Stephen	174	Jourdan
142	Handschuh	175	Julius
143	Harris	176	Kausch
144	Hartmann Nicolas	177	Kentmann
145	Hauke	178	Klaatsch
146	Hecker August Friedrich	179	Kohlrusch
147	Heister Lorenz	180	Kopp
148	Hellwig	181	Kromer Marcin
149	Hennen	182	Krysiński Ignacy
150	Henri	183	Labarraque Antoine Germain
151	Henschell	184	Labonnardiere Eric
152	Herbst	185	Lafontaine Leopold
153	Hermstaedt	186	Lagneau J. V.
154	Herrmann	187	Langenbeck Konrad
155	Heurteloup	188	Langsdorff
156	Heyland	189	Laperche
157	Hildanus	190	Lassus
158	Hildenbrand Johann Valentin	191	Lawrence W.
159	Hill	192	Leclerc
160	Hodgson	193	Lefebure
161	Hofacker	194	Lemery

162	Hoffmann	195	Leonhard
163	Hoin	196	Leroy
197	Leupold Johann Michael	230	Montesquieu (Charles Luis de Secondat)
198	Lewandowski	231	Montfaucon
299	Libavius Andreas	232	Morand
200	Liebig Justus	233	Morgagni Giovanni
201	Lieutaud	234	Muys
202	Lisfranc Jacques	235	Oczko Wojciech
203	Loewenstein J. S.	236	Orfila José Matteo Bonaventure
204	Louis Pierre	237	Orr
205	Lower	238	Otto
206	Ludov	239	Panckoucke C. L. F.
207	Lugol Jean	240	Papi
208	Lukens	241	Pastorius de Hirtenberg
209	Luther	242	Patrick
210	Magendie François	243	Percy
211	Marby	244	Petit
212	Marcin z Urzędowa	245	Petrycy Jan Innocenty
213	Margatt	246	Phiney
214	Marini	247	Plempius Vopiscus
215	Martin	248	Plenck Joseph Jacob
216	Martius Friedrich Carl von	249	Ploucquet
217	Matthy	250	Poerner Car. Guil.
218	Mayo Herbert	251	Portal
229	Mazotti	252	Pourché
220	Mead Richard	253	Powell
221	Meckel Johann Friedrich	254	Prévost
222	Meisner	255	Purmann
223	Mekl	256	Raisin
224	Merklin	257	Ramazzini Bernardinus
225	Michaelis	258	Rayer Pierre Francois
226	Milne	259	Recamier Joseph C.
227	Minadoi J. T.	260	Reineck
228	Moirieu	261	Reydellet

229	Mojon M. B.	262	Richard A.
263	Richerand	296	Sennertius Daniel
264	Richter	297	Severinus
265	Ritgen	298	Simmons
266	Robinet	299	Skuminowski
267	Robinson	300	Solignac
268	Rousseau Jean-Baptiste	301	Solingen
269	Roux	302	Sommervill
270	Rudnicki	303	Spitt
271	Rust Johann Nepomuk	304	Spondanus Henryk
272	Rutsch	305	Sprengel Kurt
273	Ruysch Frederic	306	Spyczyński Hieronim
274	Sabatier	307	Stahl Georg Ernest
275	Sanchez	308	Stevens
276	Sander Joannes	309	Stoll Maximillian
277	Santer	310	Sundelin
278	Sassoni	311	Syczyński
279	Savary	312	Syme
280	Saxonia Hercules	313	Syreniusz Szymon
281	Schaw	314	Syxtus
282	Scheel	315	Śniadecki Jędrzej
283	Schenk	316	Thomas
284	Schilling	317	Thomassin
285	Schlegel Justus F. A.	318	Thomson John
286	Schmalz Gustav	319	Thora
287	Schmidtman	320	Timani ze Stambułu
288	Schneebergerus Antoni	321	Todd
289	Schnurrer	322	Tomorowicz Jan
290	Schoenemann	323	Varlez
291	Schreger B. G.	324	Vauquelin Smithson Tennant
292	Schroeck	325	Vavasseur
293	Schwartze G. W.	326	Veith
294	Seifert	327	Verschuir
295	Seisser Józef	328	Vetter
329	Vogel	339	Willis

330	Voigtel Fridrich G.	340	Wincler
331	Waldinger	341	Winterthaler
332	Walz	342	Wolff Maurycy
333	Wardrop	343	Woyda Maurycy
334	Ware	344	Zang
335	Wasserfuhr	345	Zeller C.
336	Wattmann	346	Ziegler
337	Weis	347	Zünder
338	Whyte		

Dawne polskie czasopiśmiennictwo medyczne dotychczas omówione było w licznych publikacjach T. Ostrowskiej, przede wszystkim zaś w jej monografii *Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w XIX wieku*²³. Znajduje się w niej krótka charakterystyka czasopisma „Pamiętnik Lekarski Warszawski”, uwzględniająca sylwetkę twórcy, typ publikacji oraz okoliczności powstania. Jedyna monografia na jego temat to *Dzieje i problematyka „Pamiętnika lekarskiego warszawskiego” Wilhelma Malcza (1828–1829)*²⁴, autorstwa Anny Marek. Na podstawie czasopisma powstały także dwie niepublikowane prace magisterskie: *Obraz XIX-wiecznej medycyny praktycznej na podstawie czasopisma „Pamiętnik Lekarski Warszawski” z lat 1827–1829*²⁵, autorstwa Bartosza Penkali oraz praca magisterska *Analiza teorii medycznych w polskim środowisku lekarskim w początkach XIX w. na podstawie „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” (1828–1829)*²⁶ autorstwa Jacka Adamskiego. Monografia Anny Marek omawia historię czasopisma oraz jego zakres tematyczny, wraz z przyporządkowaniem zawartych w nim artykułów. Pierwsza z prac magisterskich skupia się na charakterystyce epoki, w której w teorii i praktyce medycznej obowiązywał standard eklektyczny, a lekarze podejmowali leczenie w oparciu o zmieniające się i nie zawsze w pełni jeszcze uzasadnione naukowo podstawy, wielokrotnie ze szkodą dla pacjentów. Analiza przeprowadzona w niniejszym artykule wykorzystuje

²³ T. Ostrowska, *Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie...*

²⁴ A. Marek, *Dzieje i problematyka «Pamiętnika lekarskiego warszawskiego» Wilhelma Malcza (1828–1829)*, „Medycyna Nowożytna” 2002, t. 9, z. 1–2, s. 177–197.

²⁵ B. Penkala, *Obraz XIX-wiecznej medycyny praktycznej na podstawie czasopisma «Pamiętnik Lekarski Warszawski» z lat 1827–1829*, praca magisterska napisana w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego UMW pod opieką promotorską prof. Bożeny Płonki-Syroki, Wrocław 2009.

²⁶ J. Adamski, *Analiza teorii medycznych w polskim środowisku lekarskim w początkach XIX w. na podstawie «Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego» (1828–1829)*, praca magisterska napisana w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego UMW pod opieką promotorską prof. Bożeny Płonki-Syroki, Wrocław 2020.

badania źródłowe przeprowadzone w drugiej pracy magisterskiej (głównie rozdział V)²⁷. Celem artykułu jest ukazanie i analiza teoretycznych podstaw terapii, które były przez lekarzy publikujących w omawianym czasopiśmie uznawane za racjonalne.

Analiza wybranych artykułów z „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” dotyczących terapii

Do najbogatszych opisów terapii zawartych w „Pamiętniku” należą te umieszczone w artykułach redaktora czasopisma – W. Malcza. Są to *Zapalenie odnóg oddechowych...*²⁸, *Zranienie niebezpieczne piersi...*²⁹, *O gwałtownem zapaleniu krtani...*³⁰, *Zapalenie mózgu i błon mózgowych...*³¹, *Kilka słów o szkarlatynie...*³², a także *Używanie kolistych przewiązań członków*³³. Przedstawiony został w nich cały przebieg leczenia, łącznie z jego wynikiem.

W artykule dotyczącym zapalenia oskrzeli opisane zostało podjęte złożone leczenie farmakologiczne, które uznano za podstawowe w tego typu schorzeniach. Zastosowano szereg środków roślinnych, których działanie określono jako „rozpuszczające”, prawdopodobnie w znaczeniu „rozrzedzające” wydzieliny, powodujące ich zwiększoną produkcję. Środki podawane były wielokrotnie w różnych dawkach, zależnych od aktualnego stanu pacjenta. Były wśród nich *Polygala senega*, zawierająca saponiny wykrztuśne, porost islandzki, chinina, emulsja olejowa z saletrą amonową, emetyk, kalomel³⁴, wyciąg z iglicy pospolitej³⁵ (inaczej wyciąg szaleniowy, stosowany w medycynie ludowej na gorączkę, reumatyzm, jako środek przeciwkrwotoczny i moczopędny), chlorek amonu, kwasomiód z cebuli morskiej oraz środki gorzkie. Substancje te znajdowały się pod różnorodnymi galenowymi postaciami leku, takimi jak mikstury, proszki, odwary, wy-

²⁷ J. Adamski, *Analiza teorii medycznych...*, s. 72–94.

²⁸ W. Malcz, *Zapalenie odnóg oddechowych, połączone z wyrzucaniem utworów błoniastych (Bronchitis membranacea)*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 1–9.

²⁹ W. Malcz, *Zranienie niebezpieczne piersi z przebicciem diafragmy uleczone przez Dra W. Malcza*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 9–16.

³⁰ W. Malcz, *O gwałtownem zapaleniu krtani i części pobliskich*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 327–336.

³¹ W. Malcz, *Zapalenie mózgu i błon mózgowych, które się ukończyło swego rodzaju wyrzutem*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 110–118.

³² W. Malcz, *Kilka słów o szkarlatynie teraz panującej z zapaleniem gardła gangrenowem*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 279–286.

³³ W. Malcz, *Używanie kolistych przewiązań członków w leczeniu chorób peryodycznych przez Doktora Troschel, lekarza praktycznego w Berlinie. Wjęte z dzieła Journal für Chirurgie und Augenheilkunde. v. Dr. C. v. Graefe und Dr. P. J. v. Walther. z Tomu XI. poszytu drugiego 1828 r.*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 449–465.

³⁴ Chlorek rtęci (I).

³⁵ Iglicę nazywano wówczas bodziszkiem.

ciągi, emulsje, również praktycznie obecnie już niespotykany kwasomiód. Autor nie wspominał o działaniu środków, składzie ani ich zawartości chemicznej. Uznawał te szczegóły za powszechnie znane w środowisku medycznym. Brakuje również precyzyjnego dawkowania, a ilości składników przeważnie nie zostały w żaden sposób skwantyfikowane, choć prawdopodobne jest, że i one były stosowane w powszechnie znany sposób. Z wypowiedzi autora można wywnioskować, że stosowane leki były typowe w tego typu dolegliwościach. Ponieważ pacjent wyzdrowiał, opisane leczenie zostało uznane za skuteczne. Choć autor wspominał o innych podobnych przypadkach pacjentów, nie omawiał zastosowanych tam środków. Mimo że wybrana została typowa terapia, autor niebezpośrednio zaznaczył, że będzie ona przez niego testowana pod kątem skuteczności. Napisał, iż „chwycił się” tej terapii, gdyż wydawała mu się słuszna, a kontynuował ją, spostrzegając poprawę stanu pacjenta. Równocześnie nie eksperymentował dodatkowo na chorym, co mógłby łatwo zrobić, całkowicie zmieniając sposób leczenia. Większość z zastosowanych składników faktycznie wykazuje przypisywane im działanie – użyto środków wykrztuśnych, wymiotnych, moczopędnych, zwiększających apetyt oraz poprawiających trawienie. Nie ulega wątpliwości, że efekty ich stosowania, takie jak wzmożone oddawanie moczu czy poprawa apetytu, były łatwe do zaobserwowania i obserwowane. W tym aspekcie zastosowane leki były jak najbardziej słuszne.

Jednak w niektórych przypadkach najbardziej dominujące działanie środka było inne, niż sądzono w latach 20. XIX w. i z uwagi na które go stosowano. Trudno stwierdzić, czy efekty te były obserwowane i ignorowane, czy też pozostawały przez lekarzy niedostrzeżone. Przykładami takich środków są kalomel – niewątpliwie zwiększający wydzielanie, ale jednocześnie trujący, cebula morska – moczopędna, ale przede wszystkim zawierająca glikozydy nasercowe o działaniu wzmagającym pracę serca, oraz chinina – pobudzająca trawienie jako środek gorzki, ale przede wszystkim działająca przeciwdrobnoustrojowo, o czym ówczesnie jeszcze nie wiadano. Wymierne skutki zastosowania określonej substancji były w latach 20. XIX w. interpretowane inaczej, niż my czynimy to współcześnie. Ponieważ jednak podawane pacjentom leki wywierały (choć nie zawsze) oczekiwane przez lekarzy działanie, uznawali to za potwierdzenie słuszności teorii, zgodnie z którą te leki ordynowali.

Problemem, na który niewątpliwie natrafiali ówczesni lekarze, był brak jednoznacznego powiązania mechanizmu działania leku z teoretycznym modelem choroby, ponieważ – jak wyżej wspomniano – dany zespół objawów obserwowanych przez lekarza można było w latach 20. XIX w. interpretować w różny sposób. Z tego powodu terapia, pomimo przynoszenia pacjentom oczekiwanych przez lekarzy korzyści, przynosiła zarazem pacjentom wiele szkód. Opisywane w artykułach kazuistycznych w „Pamiętniku Lekarskim Warszawskim” działania terapeutyczne na pierwszy rzut oka przypominają działania losowe: podawanie

choremu wielu leków, z nadzieją, że któryś z nich pomoże. Nie jest to jednak wrażenie całkowicie słuszne. Leki były ordynowane pacjentom przez lekarzy, będących autorami artykułów kazuistycznych, na podstawie względnie dobrej znajomości skutków, których po ich podaniu należało oczekiwać. Działanie tych leków, podawanych poszczególnym pacjentom nie było przypadkowe, ale zgadzało się z wiedzą lekarzy, którą uznawali w tym czasie za racjonalną i opartą na faktach. Szkodliwe lub nieprzewidziane przez lekarzy skutki ordynowania tych leków wynikały z tego, że była to jednak – z naszego współczesnego punktu widzenia – wiedza cząstkowa i niepełna. W omawianym artykule najlepszym przykładem takiego efektu może być wspomniana już chinina. Jej podanie być może uratowało (zgodnie z naszym współczesnym standardem wiedzy medycznej) życie pacjentowi, utrudniając rozwój patogenów w jego drogach oddechowych. Lekarz z lat 20. XIX w. ordynował jednak ten środek wg innych wskazań i oczekiwał w wyniku jego podania innych niż my dzisiaj tego oczekujemy skutków. Stosował chininę ze względu na jej gorzki smak, dla pobudzenia u pacjenta łaknienia, zaburzonego z powodu wyniszczenia organizmu. Pobudzając apetyt, chinina miała przyczynić się do ogólnego wzmocnienia organizmu pacjenta. Był to często jeden z ostatnich środków, jakim dysponował lekarz w terapii źle rokujących przypadków.

Zastosowane przez Malcza leczenie osadzone jest w swoich podstawach w neohumoralizmie. Intencją lekarza było w pewnym sensie „upłynnienie” choroby, spowodowanie jej „wypływu” razem z wydzielinami i pozbycie się „wyrzutu chorobnego”. Zastosowane zostały środki typowe dla tej teorii medycznej, jak i dla nowszych doktryn, np. rasoryzmu (kalomel i emetyk). W ich stosowaniu trudno dopatrzeć się dogmatyzmu. Można za to stwierdzić (z dzisiejszej perspektywy), że leczenie opisanego w artykule przypadku udało się nie na skutek, ale pomimo świadomych działań lekarza, wynikających z modelu choroby, który uznawał za racjonalny. Nie było to jednak (w świetle współczesnej wiedzy medycznej) stanowisko uzasadnione. Terapię zastosowaną przez Malcza można określić jako polipragmazję (typową dla europejskiego środowiska medycznego na początku XIX w.). Stosowano bowiem bardzo wiele leków, w tym część z nich o takim działaniu, które obecnie wykluczałoby ich zastosowanie w leczeniu tych samych objawów. Pod rozważę należy jednak poddać propozycję określenia jej mianem politerapii, która współcześnie oznacza stosowanie wielu środków zgodnie ze wskazaniami. Z punktu widzenia ówczesnej medycyny zastosowane leki były bowiem przepisane właściwie, tj. zgodnie ze wskazaniami, tyle że odmiennymi od tych, które za racjonalne uznajemy współcześnie. Na dodatek, w większości przypadków ordynowane przez Malcza środki faktycznie wykazywały przypisywane im przez tego lekarza działanie. Analiza jego postępowania leczniczego według standardu wiedzy medycznej charakterystycznego dla epoki, w której praktykował, wypada pozytywnie.

W następnym artykule, także napisanym przez Malcza, zatytułowanym *Zranienie niebezpieczne piersi...*, znalazł się opis podstaw teoretycznych i sposobu przeprowadzenia terapii przeciwzapalnej. Podczas leczenia pacjenta z rozległymi ranami kłutymi, ale bez uszkodzeń głównych arterii, zastosowano upusty krwi, które uzupełniono farmakoterapią. Autor uzasadnił upusty w sposób następujący: „...pomny na postrzeżenia dwóch znakomitych angielskich chirurgów Karola Bella i Wardropa, którzy po bitwie pod Waterloo przekonali się, że ci spomiędzy opatrywanych żołnierzy nayprędzý do zdrowia przyszli, którzy utracili byli naywięcéy krwi przed operacyą. Skutek pokazał, że moja rachuba nie była mylna. Mocno przekonany iestem, że ociąganie się w téy mierze i oszczędzanie krwi byłoby o życie przyprawiło biednego chorego”³⁶. Sam fakt próby nowoczesnego przeanalizowania i weryfikacji przez autora terapii stosowanej od setek lat, zasługuje na uznanie. W rozumowaniu tym zabrakło jednak istotnego, a nieznanego ówczasie czynnika, jakim był patogen, i powiązania go z oczyszczaniem rany, spowodowanym wpływem krwi. Prawdziwy jest za to wniosek, wspomniany we wcześniejszej części artykułu, że upusty krwi likwidowały obrzęki. Nie wynikało to jednak z podejrzanego „wypłynięcia” choroby razem z krwią³⁷, a z odwodnienia pacjenta. Z tych powodów obserwowany efekt upustów mógł dawać obraz

³⁶ M. Malcz, *Zranienie niebezpieczne piersi...*, s. 15–16.

³⁷ Warto odnotować niekonsekwencję logiczną takiego ujęcia – choroba musiała znajdować się (w przeświadczeniu lekarzy) w przybliżeniu w całej objętości krążącej krwi, jednak upuszczenie jakiejś jej objętości powodować miało pozbycie się „większości choroby”, tak jakby choroba ta w pewien sposób „bardziej dążyła do wypłynięcia”, niż sama krew. Przez brak stosowania pojęć chemicznych, takich jak np. stężenie i brak posługiwania się parametrami liczbowymi, problem ten wydawał się przez lekarzy niezauważony. Ujęcie takie było jednakże zgodne z patologią humoralną, w której organizm sam miał dążyć do wyrównania równowagi humorów. Rozumiano to w ten sposób, że organizm „chce” pozbyć się choroby, a lekarz jedynie mu to ułatwia. Możliwe jest również rozumowanie, w którym lekarzom chodziło po prostu o jakiegokolwiek zmniejszenie ilości choroby we krwi, w związku z którym organizm szybciej powróciłby do równowagi. Jednak biorąc pod uwagę niewielki stosunek ilości krwi możliwej do upuszczenia do pozostającej w organizmie (a dane te były ówczasie możliwe do obliczenia), a zatem i niewielki stosunek „wyrzutu” do pozostałej u pacjenta choroby, zastanawiające jest, że problem ten nie budził u lekarzy wątpliwości. Argumentem potwierdzającym postrzeżenie „zepsutej krwi” jednak jako krążącej w całym lub w dużej części organizmu, bez koniecznego miejscowego związku z zapaleniem, jest fakt, że upuszczanie (bądź usuwanie przy pomocy pijawek) nie zawsze odbywać musiało się w najbliższej okolicy schorzenia, jak ma to miejsce w artykule dotyczącym gwałtownego zapalenia krtani, o ile nie chodziło o bezpośrednie usunięcie opuchlizny (miejsca na głowie służące upuszczeniu krwi, przystawiania pijawek i otwierania ran opisuje A. Janikowski, *O użyciu Chlorku wapna w zapaleniu oczów zwanem Ophthalmia purulenta*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 391–398). Postępowanie „miejscowe” zakładało najwyżej postrzeżenie obszarów ciała wydzielonych zgodnie z lokalizacją największych naczyń krwionośnych i upuszczanie krwi z takich miejsc. Nie zawsze jednak miejscowe zapalenia leczone były w sposób „miejscowy”. Gdyby „skażenie” krwi bądź tkanek zostało mocniej powiązane bezpośrednio z miejscem objętym chorobą, być może szybciej doszłoby do wyprowadzenia koncepcji patogenu.

ustępującego zapalenia. Gorączka wiązana była z zapaleniem, schorzeniem bardzo poważnym, które według ówczesnego stanu wiedzy wymagało zastosowania upustów krwi. W tej perspektywie teoretycznej były one w leczeniu skutków zranienia piersi działaniem niezbędnym i jak najbardziej właściwym. Wybór podanych leków nie był przez Malcza uzasadniany, gdyż wchodziły one w standard leczenia przeciwzapalnego podobnych schorzeń i wynikały z założeń neohumoralizmu. Zastosowane zostały: saletra w powlekającym gardło odwarze ślazu, okłady z zimnej wody, które uznawane były za jedną z najzdrowszych form zewnętrznego stosowania wody, pijawki w miejscu bólu, przeczyszczający siarczan sodu oraz wykrztuśny chlorek amonu, ze względu na to, iż pacjent kaszłał, co z powodu urazu klatki piersiowej powodować musiało duży ból. Dieta pacjenta składała się z kleiku oraz wody. Trudności z wypróżnieniem leczone były przy okazji zwiększania „wyrzutu” przeczyszczającym siarczanem (VI) sodu. Zastanawiające jest, że nie wspomniano o bólu tułowia utrudniającym parcie i niewielkiej ilości pokarmu, które mogły być wystarczającą przyczyną zaparcia. Być może autor jednak największy nacisk kładł na przedstawienie opisu terapii, a nie przedstawienie własnego poglądu na temat przyczyn poszczególnych objawów. Możliwe jest jednak również, że nie zwrócił uwagi na te stosunkowo oczywiste z dzisiejszej perspektywy fakty, albo nie wydawały mu się one istotne. W artykule autor polemizował z ówczesną koncepcją, że rany klute zawsze goją się „przez ropienie”³⁸, które uważane było za naturalny sposób zasklepienia ran przez organizm. W opisie terapii przykuwa uwagę mało dokładne dawkowanie leków.

Trzy spośród wspomnianych już artykułów, *O gwałtownem zapaleniu krtańi...*, *Zapalenie mózgu i błon mózgowych...* oraz *Kilka słów o szkarlatynie...*, są kolejnymi dotyczącymi chorób zapalnych. W dwóch pierwszych zaordynowana przez lekarza metoda określona była jako przeciwzapalna i obejmowała przede wszystkim stosowanie kalomelu oraz upustów krwi lub przystawiania pijawek. Dodatkowo stosowane były inne środki zwiększające wydzielanie, przeczyszczające oraz moczopędne, zgodnie ze standardem humoralnym. Szczególnie trzeci artykuł, w którym opisane zostały również działania profilaktyczne, zawiera opis jedynie roślinnych środków wymiotnych, ze względu na brak wskazań (gorączki) do terapii przeciwzapalnej. Interesujący jest fakt, że w celach profilaktycznych u dzieci, które miały zostać uchronione od zarażenia szkarlatyną, zastosowano środki hamujące wydzielanie zwarzonych humorów. Autor snuł rozważania nad faktyczną naturą szkarlatyny, podejrzewając jej związek z etiologią nerwową, w którą „przechodziła z postaci zapalnej”, co może tłumaczyć jego postępowanie. Spośród użytych we wszystkich przypadkach leków jednym z bardziej interesujących były sproszkowane liście naparstnicy purpurowej, zarówno o właściwościach moczopędnych, jak i tonizujących pracę serca. Autor zaznaczył w artykule,

³⁸ W. Malcz, *Zranienie niebezpieczne piersi...*, s. 16.

że o tych działaniach wie i zastosował je celowo – aby zwiększyć „wyrzut” oraz jednocześnie uspokoić pracę serca pobudzonego pacjenta. Zastosowane terapie oceniane były przez autora w sposób zróżnicowany, co wynikało ze zróżnicowanych wyników – niektórzy pacjenci umierali, innym udawało się wyzdrowieć. Przypadki śmierci tłumaczone były bardzo dużym nasileniem choroby lub późną interwencją medyczną. W wymienionych artykułach dawkowanie podane zostało w sposób nieco bardziej precyzyjny³⁹, niż w omawianych wcześniej.

W ostatnim artykule dr. Malcza, zatytułowanym *Używanie kolistych przewiązań członków...* opisana została innowacyjna terapia malarii, która wzbudziła zainteresowanie autora, a stosowana była za granicą. Metoda polegała na czasowym odcinaniu krążenia w kończynach w razie zaobserwowania zwiastunów napadu choroby, co skutkowało zahamowaniem jego wystąpienia. Choroba teoretycznie uzasadniana była zapaleniem trzewi. Jest to kolejny przykład artykułu dotyczącego choroby o bliżej niezdefiniowanej etiologii zapalnej. W uzasadnieniu opisanej terapii zakładano, że odcięcie dopływu krwi do korpusu i zatrzymanie jej w kończynach dawać miało podobny, ale silniejszy efekt przeciwzapalny niż upust krwi, gdyż zatrzymywane było więcej krwi, przy jednoczesnej małej szkodliwości i uciążliwości dla pacjenta. Ponadto taka terapia pozwalała nie podawać choremu leku, oszczędzając żołądek – jak wskazał autor artykułu. Skuteczność stosowanych terapii oceniana była przez autorów dobrze lub nawet – jak pisali – wybornie, przy czym za pozytywny efekt uważane było nie wystąpienie dreszczy. Brak pozostałych objawów ataku malarii uznawany był za dodatkową korzyść. Opisywano jednak niewielką ilość przypadków zastosowania tej metody. W artykule opisane zostały również przypadki stosowania przewiązań w chorobach innych niż malaria, m. in. w apopleksji i hysterii. Tam skuteczność terapii również nie była kwestionowana, z czego wysnuwano wniosek, że przewiązania kończyn regulują krążenie krwi, które może mieć związek z etiologią wszystkich wymienianych chorób⁴⁰.

Wśród pozostałych prac z „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” poświęconych opisowi zastosowania różnych metod terapii tylko nieliczne dotyczą metod jak na ówczesne czasy całkowicie innowacyjnych. Jedną z nich jest artykuł o leczeniu jąkania pt. *O naturze i leczeniu zaiąkiwania się przez Dra M Cormacka*⁴¹ autorstwa Antoniego Niedzielskiego. W formie krótkiej notatki opisana jest w nim koncepcja lekarza z Nowego Jorku, według którego jąkanie ma swoją przyczynę w braku koordynacji wdechu i wydechu, podczas których pacjent pró-

³⁹ Opisy dawkowania znajdują się w artykułach M. Malcza: *O gwałtownem zapaleniu krtani...*, s. 333–334, *Zapalenie mózgu i błon mózgowych...*, s. 113–115 oraz *Kilka słów o szkarlatynie...*, s. 282–285.

⁴⁰ W. Malcz, *Używanie kolistych przewiązań...*, s. 465.

⁴¹ A. Niedzielski, *O naturze i leczeniu zaiąkiwania się przez Dra M Cormacka*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 538–541.

buje mówić w niewłaściwym momencie. Problemy z mówieniem byłyby powodowane przez brak powietrza w płucach, podczas gdy mowa nie byłaby możliwa podczas wdechu. Autor uważał koncepcję za kompletną i całkowicie wyjaśniającą przyczyny jąkania. Pod względem terapeutycznym proponował uświadczenie pacjenta odnośnie braku koordynacji i ćwiczenia, podczas których mowa miała być koordynowana z wydechem. Warto zwrócić uwagę, że w takim ujęciu pomyłony został objaw z przyczyną choroby – kłopoty z oddychaniem i trudności z wymową uznano za pozostające w związku wynikowym, choć są składową tej samej przypadłości. Pozytywnie ocenić należy za to podejście terapeutyczne, włączające pacjenta w proces leczenia i rozłożenie terapii w czasie (podkreślana była konieczność stopniowego i długotrwałego treningu wymowy).

W kilku artykułach znalazły się rozważania na temat stosowania środków leczniczych, bądź terapii stosunkowo nowych, jednak nie całkowicie nieznanych w środowisku warszawskim, mające na celu spopularyzowanie ich używania. Są to m.in. *O Bromie i jego preparatach, mianowicie o wodobromie potażu...*⁴², *O wymiotach, iako sposobie krwotoki tamującym*⁴³, *Sposób leczenia znamion (naevus maternus) przez podwiązanie*⁴⁴, *O zewnętrznym użyciu Saletranu srebra*⁴⁵, *O użyciu kubebów (Piper Cubebarum) i ich Olejku eterycznego w leczeniu Rzeżączek (Urethritis, Blennorrhoea)*⁴⁶, *O użyciu kubeb w sztuce lekarskiej*⁴⁷ oraz *O użyciu Chlorku wapna w zapaleniu oczów zwanem Ophthalmia purulenta*⁴⁸. Artykuły te obfitują w opisy terapeutyczne różnych przypadłości, zawierają proponowane dawkowanie leków wraz z opisami przypadków, w których zostały zastosowane, przepisy na leki recepturowe i wiele oryginalnych, bądź ponawianych opinii autorów, opartych na ich spostrzeżeniach dotyczących skutków ich zastosowania. Spostrzeżenia te niejednokrotnie zgodne są również z dzisiejszą wiedzą medyczną, ponieważ ich skuteczność stwierdzona została w wyniku tego samego co dziś procesu badawczego, polegającego na wielokrotnie powtarzanych obserwacjach. Wiele przepisów preparatywnych chemicznych znajduje się w artykułach dotyczących związków bromu i chloru.

⁴² W. Malcz, *O Bromie i jego preparatach, mianowicie o wodobromie potażu i o użyciu jego w chorobie skrofalicznej*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, Warszawa 1829, s. 530–555.

⁴³ W. Malcz, *O wymiotach, iako sposobie krwotoki tamującym*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 473–505.

⁴⁴ W. Lawrence (tłum. W. Malcz), *Sposób leczenia znamion (naevus maternus) przez podwiązanie*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 555–558.

⁴⁵ I. Krysiński, *O zewnętrznym użyciu Saletranu srebra*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 468–477.

⁴⁶ A. Le Brun, *O użyciu kubebów (Piper Cubebarum) i ich Olejku eterycznego w leczeniu Rzeżączek (Urethritis, Blennorrhoea)*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 373–385.

⁴⁷ J. Tomorowicz, *O użyciu kubeb w sztuce lekarskiej*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 346–372.

⁴⁸ A. Janikowski, *O użyciu Chlorku wapna...*, s. 391–398.

Artykuł W. Malcza, dotyczący preparatów bromu i skrofulów jest interesujący ze względu na obfitość zagadnień, które zostały w nim poruszone. Jego analiza nastęrcza jednak wielu trudności. Główną z nich jest nieprecyzyjna definicja choroby skrofulicznej. W artykule znajdują się nawiązania do wola, chorób skórnych, zapalnych, chorób węzłów chłonnych, zaś opisy stosowanych preparatów są chaotyczne. Problemów nastęrcza również brak ujednocionej terminologii chemicznej. Omawiane środki, ze względu na różnorodność chemiczną, wykazują również bardzo zróżnicowane właściwości, niekoniecznie te, których spodziewano się w artykule, co przyczynia się do trudności w analizie. Spośród innych niż związki bromu środków stosowanych na choroby skrofuliczne autor wymieniał opium, siarczan cynku (boleśnie wkraplany do oka!), kąpiele solne i pobyty nad morzem. We wstępie autor zaznaczył, że analiza i testowanie środków nowych w lecznictwie są w jego ujęciu bardzo istotne, co wraz z samym podjęciem trudnej dla lekarza tematyki chemicznej zasługuje na uznanie. Widoczne jest optymistyczne przekonanie autora, że być może każdą chorobę uda się w przyszłości wyleczyć. Opisywane związki bromu Malcz testował na pacjencie źle rokującym, otrzymując znaczną poprawę, co utwierdziło go w przekonaniu o słuszności obranego przez niego kierunku terapii skrofulów. Trudno jednoznacznie powiedzieć, co faktycznie wywołało poprawę, bowiem należy uznać za wątpliwe, by uzyskane wyleczenie nastąpiło w wyniku zastosowanej przez Malcza farmakoterapii.

Z kolei użycie chlorków (w mieszaninie z chloranami) zalecane było przez różnych autorów publikujących w czasopiśmie, za każdym razem wraz z informacją, że bardzo silnie zmniejszają zapalenie (o ile nie stosowano ich jedynie w formie okadzań pomieszczeń). Spowodowane to było ich nieznanymi ówczesnie właściwościami antyseptycznymi i dezynfekcyjnymi. W artykułach stosowane były w różnych postaciach – jako krople do oczu, roztwory na skórę, roztwory do okadzania pomieszczeń, roztwory do dezynfekcji pomieszczeń, roztwory i mikstury do pędzlowania jamy ustnej. Proponowane były różne metody ich stosowania, różniące się m. in. stężeniami bądź dawkowaniem, dające różną skuteczność.

Kolejnym, nie mniej interesującym artykułem, jest praca dotycząca krwotoków. Zawiera ona obszerne dywagacje teoretyczne nad możliwymi przyczynami krwawień i zalecenia dotyczące ich tamowania. Autor polemizował z obowiązującą w jego czasach koncepcją, że podczas krwotoków i krwawień nie powinny być stosowane środki wymiotne. Przyczyny krwawienia upatrywał w nierównomiernym przekrwieniu narządów i ich nadmiernym obciążeniu, do czego dochodziło m. in. w niestrawności, którą najprościej wyleczyć mógł podając duże dawki preparatów z wymiotnicy. Ponadto, w zależności od natężenia i typu krwotoku, proponował, cytując innych autorów, upuszczanie krwi (sic!), mające zmniejszyć ilość krwi krążącej, a przez to zmniejszyć wypływ z rany. Zalecał także ochła-

dzanie miejsca krwawienia, używanie środków uspokajających i moczopędnych, ściągających i przeciwkrwotocznych oraz zmniejszenie przekrwienia poprzez skierowanie krwi do innych części ciała środkami drażniącymi. Dodatkowo polecana była lekka dieta, ruch i ćwiczenia fizyczne⁴⁹. Krwotokami wynikającymi z mechanicznego uszkodzenia ciała nie zajmowano się w omawianym artykule. Temat ten podjął natomiast Ludwik Koehler⁵⁰. W wypowiedziach obecna jest jeszcze koncepcja otwartego lub półotwartego układu krwionośnego, z obecnymi naczyniami „wypacającymi”, przez które organizm mógłby pozbywać się nadmiaru krwi lub innych wydzielin, bez koniecznego uszkodzania ściany naczyń. Koncepcja ta okazała się w późniejszym czasie błędna⁵¹.

Czasopismo zawiera wiele prac autorstwa jego redaktora, dr. W. Malcza. Jego prace, szczególnie w kontekście terapii, dobrze podsumowuje zamieszczony przez niego samemu przypisek i komentarz do pracy innego autora: „Im więcej zbierze się spostrzeżeń podobnych temiz samemi sposobami uleczonych, tém środek zalecony staie się pewniejszy, tém więcéy nabiera prawa, aby był umieszczony w rzędzie środków gatunkowych. Liczba takich środków nader iest mała w naszym zasobie lekarskim, pomnażać ią, powinno bydź staraniem każdego praktycznego lekarza”⁵².

Obszerny opis terapii dostarczony przez innego autora znajduje się w artykule *Opisanie choroby Febris pustulosa maligna*⁵³ Hipolita Drzewickiego. Postępowanie terapeutyczne w przedstawionej chorobie obejmowało początkowo terapię przeciwzapalną (upusty krwi, przystawianie pijawek, leki o prawdopodobnym działaniu przeciwzapalnym – niektóre z nich miały właściwości antyseptyczne, których ówczesnie jeszcze nie rozpoznano), następnie farmakoterapię licznymi lekami ziołowymi (preparatami kozłka lekarskiego i arcydzięgla o głównych działaniach uspokajającym i ułatwiającym trawienie oraz słabo antyseptycznym) oraz prostymi związkami nieorganicznymi (różnego rodzaju solami, przede wszystkim o działaniu wykrztuśnym i przeczyszczającym). Stosowano również środki odżywcze, łagodnie przeczyszczające oraz silnie uspokajający i nasenny eter dietylowy⁵⁴. W tym aspekcie terapię określić można jako typowo osłabiającą pobudzenie pacjenta. Występujące na skórze ropnie początkowo były otwierane, a następnie

⁴⁹ W. Malcz, *O wymiotach...*, s. 493–495.

⁵⁰ Inna praca, w której podjęto temat sposobów zamykania naczyń krwionośnych, to artykuł Ludwika Koehlera, *O nowym sposobie tamowania krwotoków z arteryi i wen w czasie większych operacyi*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 263–278.

⁵¹ Por. R. Paliga, *Historia poglądów na budowę i funkcję układu krążenia*, [w:] *Krwiolecznictwo i krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830–1951): od powstania listopadowego do utworzenia Instytutu Hematologii*, Zielona Góra 2014, s. 16–22.

⁵² W. Malcz, [od redaktora], „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 69.

⁵³ H. Drzewicki, *Opisanie choroby Febris pustulosa maligna*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 139–150.

⁵⁴ Związek stosowany w późniejszych czasach do narkozy.

wypalane rozgrzanym żelazem. Schyłkowy etap choroby leczony był środkami pobudzającymi. Przez większość czasu dominowało zatem leczenie objawowe. W dzisiejszym rozumieniu nie spełniało ono jednak w pełni definicji tego typu terapii, ponieważ nie zajmowano się wszystkimi objawami. Brak jest bowiem informacji o stosowaniu środków przeciwbólowych czy przeciwświądowych, które przy opisanej chorobie i terapii obecnie uznane byłyby za nieodzowne. W kategoriach pojęciowych, którymi posługiwali się ówczesni lekarze, opisane w artykule postępowanie można było uznać za próby leczenia przyczynowego – starano się przywrócić równowagę organizmowi. Jednoczesne podejrzenia co do zaraźliwości choroby prowadziły do prób usunięcia widocznych jej oznak (krost i pęcherzy) i stosowania środków „przeciwzapalnych” w ówczesnym rozumieniu, pośród których sporadycznie zdarzały się faktycznie odkażające, co niestety nie wystarczało do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego. Na różnych pacjentach wypróbowywane były różne rodzaje terapii (przeciwzapalna, chirurgiczna wraz z wypalaniem, osłabiająca i pobudzająca), zazwyczaj stosowane naprzemiennie, czasami również jedna strategia leczenia testowana była z większą intensywnością niż inne. Ze względu na małą skuteczność wszystkich podejmowanych działań, rola lekarza sprowadzała się jednak do przykłej obserwacji agonii pacjentów, której nie był w stanie zatrzymać za pomocą żadnej z zastosowanych metod terapii.

W kolejnym artykule, *O naturze chorób wenerycznych i o leczeniu ich bez merkuryuszu*⁵⁵ autorstwa Andrzeja Janikowskiego, bardzo wnikliwie opisana została terapia przeciwzapalna w wersji angielskiej, określana jako *simple treatment*, oraz sposób leczenia chorób wenerycznych bez użycia preparatów rtęci. Próba odejścia od stosowania tego środka, używanego od setek lat, poparta została rozważaniami teoretycznymi i tabelą wyleczeń, na bazie której wyciągnięto wnioski. Była to na tamte czasy bardzo innowacyjna metoda. Preparaty rtęci uznane zostały przez Janikowskiego za szkodliwe i niewskazane w terapii, którą można było skutecznie przeprowadzić bez nich. Choć w kontekście chorób wenerycznych (w szczególności kiły) ustąpienie objawów nie musiało wiązać się z wyleczeniem, rezygnacja z rtęci niewątpliwie prowadzić musiała do zwiększenia liczby przeżyć. *Simple treatment* obejmowało: upuszczanie krwi miejscowe lub w ostrzejszych stanach ogólne, zalecenia pozostania przez czas trwania choroby w pozycji leżącej, przy wrzodach stwardniałych zmiękczające okłady, następnie opatrywanie środkami zawierającymi sole miedzi, cynku i ołowiu i dbanie o higienę wrzodu. Postępowanie obejmowało następnie dalsze upusty krwi, podawanie środków przeczyszczających, preparatów z toksycznego szczwołu płamistego, opium⁵⁶, ciepłe okłady, sto-

⁵⁵ A. Janikowski, *O naturze chorób wenerycznych i o leczeniu ich bez merkuryuszu*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 174–221.

⁵⁶ Opium wchodziło w skład bardzo popularnego w medycynie angielskiej i szkockiej środka, zwanego Laudanum opiatum. Bardzo często było zalecane przez lekarzy będących zwolennikami doktryny medycznej Johna Browna oraz tych, którzy włączali do eklektycznego systemu leczenia

sowanie środków przyżegających, przechodząc do kolejnych drażniących im mniej bolesny był wrzód. Dalej wrzody były nakłuwane lub przecinane w całości w celu doprowadzenia do krwawienia, w czym autor upatrywał przypuszczalnej skuteczności terapii. Zastanawiał się, czy wypływająca krew nie oczyszcza rany. Wrzody kiłowe, gdy dopiero zaczynały się formować, przed przyżeganiem można było próbować usunąć przez bardzo mocne i bolesne uciskanie. Dalsza terapia obejmowała kontynuację stosowania środków przeczyszczających, preparatów z kolcorośli i gwajaku (uznawanych ówczesnie za skuteczne w leczeniu kiły), kąpiele w wodzie z dodatkiem kwasu azotowego (V) lub wody królewskiej⁵⁷, a w przypadku wrzodów w gardle płukanie gardła środkami kwasowymi, ściągającymi i również przyżeganie. W leczeniu występujących w chorobach wenerycznych owrzodzeń kończyn skuteczną metodą miało być otwarcie ran, przez które wypłynąć miałyby „jad weneryczny” (przez użycie *vesicans* – środka parzącego). Opisana terapia zakładała stosowanie ogromnej ilości środków. Jej prostota polegać miała najwyraźniej jedynie na powstrzymaniu się od terapii związkami rtęci, które przysparzały choremu dotkliwych nieprzyjemności i szkód.

W artykule *O czarnej kroście*⁵⁸ autorstwa Adama Helbicha, bardzo wyraźnie wyróżniona została część dotycząca terapii choroby określanej jako czarna krosta, której można było nabyć na skutek kontaktu ze zwierzętami. Prawdopodobnie opisywana choroba znana obecnie jest jako wąglik, należy więc do grupy chorób zakaźnych i to o bardzo dużym potencjale chorobotwórczym. Lekarze wspomniani w licznej bibliografii oraz autor artykułu zdawali sobie z tego sprawę. Przestrzegali ludność wiejską przed kontaktem z chorymi zwierzętami i dyskutowali czy bezpieczne jest dotykanie zwierząt padłych. Zdawali sobie sprawę, że już pojedyncze dotknięcie, szczególnie uszkodzoną skórą, prawie w sposób nieunikniony prowadzi do zachorowania. Pierwsza część artykułu dotyczy rozważań teoretycznych związanych z przyczynami choroby. Zawiera bardzo wnikliwie przeprowadzoną analizę wraz z wnioskami, w których autor stara ograniczać się jedynie do tego, co naprawdę o chorobie wiadomo i oddzielić fakty od spekulacji i od wpływu historycznego postrzegania medycznego. Opis terapeutyczny różnił się w zależności od stadium choroby, w dużej mierze skupiał się na występujących w przebiegu choroby zmianach skórnych. Postępowanie z nimi obejmowało wycinanie, wypalanie, przyżeganie lub nacinanie wraz z przyżeganiem. Wycinanie zmiany przepro-

jej elementy. Opium, zarówno w formie Laudanum opiatum, jak i podawane samodzielnie, stanowiło podstawowy środek leczniczy stosowany przez brownistów. Zaliczano go do grupy tzw. środków stenzujących, tj. zwiększających pobudzenie układu nerwowego pacjenta. Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 252.

⁵⁷ Łac. *Aqua regia*, czyli mieszanina stężonych kwasów chlorowodorowego i azotowego (V) w stosunku 3:1, która rozpuszcza wiele metali szlachetnych, w tym złoto. *Słownik chemiczny*, red. nauk. J. Chodkowski, Warszawa 1982, s. 635.

⁵⁸ A. Helbich, *O czarnej kroście*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 294–379.

wadzone musiało zostać z marginesem tkankowym w początkowym stadium, co pozwalało zapobiec rozwojowi choroby. Po zabiegu proponowano okładać zranione miejsce środkami zawierającymi kwas chlorowy (I), co niewątpliwie poprawiało efektywność terapii, gdyż faktycznie posiadał on właściwości antyseptyczne. Zarówno wypalanie, jak i przyżeganie chemiczne uznawane było za skuteczne w początkowym stadium choroby, jeśli sięgało zdrowej tkanki, a następnie powodowało ropienie rany i odpadnięcie zniszczonych fragmentów skóry. W artykule znalazła się również ciekawa informacja związana z Wrocławiem. Opisana została metoda praktykującego tam prof. Haukego, polegająca na przyżeganiu rany przy użyciu chlorku cynku (być może z chloranem, obie substancje o właściwościach antyseptycznych), bez wstępnego jej nacinania. Metoda ta uznana została za obiecującą i wymagającą dalszych badań. Spośród wymienionych trzech sposobów postępowania najlepiej oceniane było przyżeganie chemiczne, gdyż dawało najmniej powikłań. Alternatywną metodą postępowania było stosowanie okładów zmiękczających, posypywanie rodzynekami, saletrą, tabaką, proszkiem z much hiszpańskich lub przystawianie pijawek i upusty krwi. Autor oceniał te metody jako nieskuteczne i przysparzające choremu niepotrzebnego bólu, a ewentualne wyleczenia przypisywał silnemu organizmowi, który sam zwalczył chorobę. Zwracał uwagę na częste zaostrenie choroby i jej niepomysłny obrót. Biorąc pod uwagę stosowane środki, wnioski te były słuszne z dzisiejszego punktu widzenia, zaś dość innowacyjne i stanowcze, jak na tamte czasy⁵⁹. Terapia środkami do stosowania wewnętrznego ograniczona być powinna, według Helbicha, do środków przeczyszczających, łagodnie pobudzających nerwy i wymiotnych, ponieważ pozwalały one w jego mniemaniu na usuwanie „jadu chorobowego” z całego organizmu, gdzie w przybliżeniu w równych proporcjach miał się lokować. Za najlepsze środki przeczyszczające i wymiotne w tej chorobie uznawane były przez niego winian potasu i winian antymonu, zaś za najlepsze środki pobudzające i tonizujące – kwas chlorowodorowy i siarkowy (VI), w ewentualnej mieszance z sokiem z kiszonych buraków, który był popularny wśród ludności wiejskiej. W stosunku do całej choroby najlepiej oceniany był jednak kwas chlorowy (I), uznawany za bardzo skuteczny środek na wszelkie „jady”⁶⁰, w rozumieniu chorób zakaźnych, co było bardzo słusznym spostrzeżeniem. W terapii pobudzającej i jednej z użytych nazw dla omawianej choroby (*Febris nervosa carbunculosa*) widoczne są wpływy brownizmu.

W końcowej części artykułu autor opisał swoje spostrzeżenia na temat nieskuteczności terapii przeciwwzapalnej. Dla pacjentów, którym udało się przeżyć przesilenie choroby (niestety statystyki ani żadne dane liczbowe nie zostały podane, w artykule obecne są jedynie pojedyncze opisy przypadków), co wynikać miało z opisanej, najlepszej według autora terapii, choć prawdopodobnie i dla wszystkich pacjentów, polecane było stosowanie środków miejscowych w postaci maści Elemi lub Styraxo-

⁵⁹ A. Helbich, *O czarnéy kroście...*, s. 366–374.

⁶⁰ A. Helbich, *O czarnéy kroście...*, s. 317, 374–379.

wej (wieloskładnikowych, zawierających głównie łagodne roślinne środki drażniące i rozgrzewające), a pod koniec leczenia maści Saturna (o działaniu ściągającym i natłuszczającym) lub spirytusu kamforowego i ziół. Wewnętrznie, równocześnie z kwasami, stosowane mogły być drażniący korzeń tataraku, goździki lub inne surowce olejkowe oraz chinina⁶¹. W terapii podczas epidemii, której ogniska zdarzały się szczególnie na wsiach, autor za nieodzowną uważał obecność policji lekarskiej, pomagającej w egzekwowaniu zaleceń sanitarno-lekarskich. Za potencjalnie obiecujące uznawał zaobserwowane wśród ludności wiejskiej sposoby zabezpieczania dłoni lekarza przed kontaktem z chorym przy pomocy oleju (który, co ważne, nie mieszał się z wodnistymi wydzielinami organizmu), a następnie dokładne ich mycie, co miało chronić lekarza przed zakażeniem. Jest to bardzo interesujące spostrzeżenie, gdyż postępowanie takie, choć sama przyczyna nie została jeszcze sformułowana, przypominać zaczynało aseptykę, powstałą dopiero po odkryciu patogenności bakterii. Niestety kwestia ta nie została w artykule rozwinięta. Lekarz był również świadomy, że w wielu przypadkach tej choroby lekarz bywa świadkiem jej smutnego końca, co nie powinno jednak go zwalniać z obowiązku niesienia ukojenia choremu w postaci terapii wzbogaconej o środki uspokajające i wino. Opisane w artykule spostrzeżenia i wnioski autora – uwzględniając ówczesne możliwości medycyny – zasługują na uznanie również z perspektywy współczesnej wiedzy medycznej, gdyż zastosowane środki były najlepszymi z ówczesnie dostępnych. Opisana terapia wpisywała się w trend poszukiwania nowych, bardziej skutecznych metod.

Artykuł *Niektóre myśli o wodnych puchlinach i opisanie przypadku wodnój puchliny mózgu...*⁶², autorstwa Michała Chorążewicza, zawiera opis przypadku pacjenta leczonego według standardu neohipokratyzmu. Bezpośrednie odniesienia do Hipokratesa pojawiają się bowiem już na początku pracy. Zanim autor przystąpił do terapii pacjenta, dokładnie opisał całą jego historię, zwracając uwagę na jak najwięcej szczegółów, które choć nieoczywiste, mogłyby być istotne podczas diagnozowania. Jedną z ciekawszych obserwacji jest podanie pulsu jako wartości liczbowej przypadającej na minutę oraz dawkowanie niektórych leków⁶³, co nie było ówczesnie powszechną praktyką. Jednokrotnie uwzględniono

⁶¹ A. Helbich, *O czarnéj kroście...*, s. 378.

⁶² M. Chorążewicz, *Niektóre myśli o wodnych puchlinach i opisanie przypadku wodnój puchliny mózgu, pomyślnie ukończonego*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 506–525.

⁶³ Masy dawek leku lub ilości upuszczonej krwi – w tym i innych artykułach, jeśli w ogóle były podawane, określone były przeważnie w granach [gr] lub uncjach [oz]. Sporadycznie pojawiał się również skrupuł. Jeden gran wynosi obecnie około 0,0648 g, uncja około 28,350 g, zaś skrupuł około 1,137 g. Historycznie jednostki te miały różne wartości, zależnie od okresu i miejsca, w którym były stosowane. Wszystkie trzy określane były jako rzymskie jednostki miary, gdyż pochodziły jeszcze ze starożytności. Od 1818 r. w Polsce obowiązywał skrupuł aptekarski równy 1,245 g, czyli 20 gran aptekarskich po 0,06224 g (wg tabeli miar nowopolskich, *Z metrologicznego korca*, Wydawnictwo Multimedialnych GUM, Warszawa 2005, s. 6). Współcześnie skrupuł zachował się w aptekarstwie angloamerykańskim, wynosi jednak 0,590 g i składa się z 20 gran.

również odstęp godzinowy pomiędzy podaniami leku. Podczas terapii puchliny wodnej (obrzęku w obrębie głowy) zastosowano środki przeczyszczające, aby usunąć nieczystości z naczyń krwionośnych, upusty krwi, przystawianie pijawek, podano kalomel i środki moczopędne, później zaś plastry drażniące (*vesicantia*), powodujące powstanie rany, napar z kwiatów arniki, maść z rtęcią na ramiona i maść emetykową na plecy oraz doustnie piżmo. Zanotowano użyte ilości pijawek (informacja ta była częsta również w innych artykułach) oraz szczegółowo rozpisano dni i pory, w których podawano leki stosowane wewnętrznie i inne środki terapeutyczne. Autor uwzględniał również bilans wodny organizmu, sprawdzając, czy ilość wydalanego moczu odpowiada ilości przyjętych płynów. Przykładał dużą wagę do dni, w których prowadzone były obserwacje, przypisując im konkretne znaczenie – spodziewał się, że obserwacje z dnia czwartego są szczególnie istotne, gdyż mogą być użyteczne podczas spodziewanego przesilenia choroby w dniu siódmym⁶⁴. Zarówno poczynione przez autora obserwacje, jak i terapia zgodne były z obowiązującym wówczas powszechnie w Europie standardem neohipokratyzmu. Stosowanie dość dużej ilości miar numerycznych i kwantyfikacji parametrów organizmu, takich jak puls, świadczy o potrzebie wprowadzenia innowacji do tego standardu, które zostały przez dr. Chorążewicza uznane za przydatne.

Interesujące podejście do terapii kołtuna zaprezentował Franciszek Brandt, w artykule *O kołtunie*⁶⁵. Jako lekarz uznawał realność tej choroby, przy czym wyróżniał kołtun prawdziwy oraz fałszywy, będący zwykłym poplątaniem włosów. W części artykułu dotyczącej terapii nie uwzględnił jednak pełnego opisu kołtuna, gdyż – jak uważał – ubliżałoby to innym lekarzom, którzy doskonale znają sposoby postępowania. Podał jednak najważniejsze, jego zdaniem, zalecenia odnośnie skutecznej terapii. Odradzał obcinanie kołtuna, który związany był z klejeniem się włosów, gdyż uważał go za najniebezpieczniejszą formę tej choroby, przeradzającą się wg niego m. in. w zapalenie płuc. Obcięcie włosów zalecał dopiero wtedy, gdy spod kołtuna zdrowe włosy wyrastały na minimum dwa cale. Zabieg ten zalecał wykonać podczas ciepłej pogody. Mimo tego, zalecał po obcięciu włosów chodzenie w czapce, aby nie wyziębic głowy. W przypadku kołtuna fałszywego, który zdarzał się jego zdaniem najczęściej, nie widział przeciwwskazań do obcięcia włosów. Rozróżnienie pomiędzy dwoma typami kołtuna było według autora proste, gdyż uznawał za jego konsekwencję wystąpienie innych chorób, dla których zalecał terapię właściwą dla występującej dolegliwości, co jego zdaniem prowadziło do pozytywnych wyników. W rozumowaniu takim podstawowym błędem logicznym było myślenie *post hoc, ergo propter hoc* – obserwowane po wystąpieniu splątania włosów dolegliwości uznawane zostały za skutek tego splątania. Był to często popełniany błąd w ówczesnej medycynie kli-

⁶⁴ M. Chorążewicz, *Niektóre myśli o wodnych puchlinach...*, s. 519.

⁶⁵ F. Brandt, *O kołtunie*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 413–444.

nicznej, występujący jednak już wcześniej, gdy próbowano stworzyć jakiś model choroby na podstawie opisu jej objawów. Nie znając właściwej przyczyny chorób (z których większość prawidłowo określono dopiero w końcu XIX i w XX w.), lekarze łączyli w sposób nieuprawniony przypadkowo zdarzające się przypadki współistnienia określonych objawów, próbując wywodzić te występujące później od tych występujących wcześniej. Dopiero opracowanie koncepcji patogenu i stworzenie modelu choroby uwzględniającej wpływ określonych patogenów na powstawanie określonych chorób umożliwiło doprecyzowanie metodologii opisu objawów klinicznych. Możliwe stało się wówczas opisanie schematu przebiegu poszczególnych jednostek chorobowych i odróżnienie właściwych dla tego schematu objawów choroby podstawowej od objawów chorób współistniejących. W latach 20. XIX w. rozróżnienie to nie było jeszcze możliwe. Terapię kołtuna zalecaną przez dr. Brandta można uznać za właściwą i w swoim czasie nowatorską. Prowadziła ona do realnego ograniczenia występujących u pacjentów dolegliwości, ponieważ zalecane przez tego lekarza środki wykazywały odpowiednie właściwości terapeutyczne. Sama choroba, jak obecnie wiadomo, nie jest związana przyczynowo wyłącznie z poplątaniem włosów, ale z brakiem higieny.

Wspomnienia wymagają uwagi zawarte w artykule *O użytku tak zwanych Angielskich mamek czyli flaszeczek do karmienia niemowląt*⁶⁶, autorstwa Karola Meyera, które choć nie zawierają informacji na temat terapii, dobrze obrazują podejście autora do opieki nad niemowlętami w omawianym okresie. Z podanych zaleceń wynika, że karmienie dziecka piersią uznawane ówczesnie było za najzdrowsze dla dziecka, zaś stosowanie różnego rodzaju butelek lub szmacianych smoczków z papką chlebową, które stosowano dawniej, prowadziło do wielu chorób i dolegliwości u dzieci. Można więc uznać, że artykuł ma charakter profilaktyczny. Jeżeli dziecko miałoby już z jakichś względów być karmione sztucznie, należało to czynić we właściwy sposób. Stosowanie butelek do karmienia noworodków było zalecane w przypadku, gdy matka nie mogła karmić dziecka mlekiem lub mogła karmić, ale ilość pokarmu była dla dziecka niewystarczająca. Butelki mogły okazać się szczególnie użyteczne w okresie odstawiania dziecka od piersi, w okresie przejściowym, w którym obok karmienia piersią zaczynało podawać dziecku także inne pokarmy. W przypadku konieczności podania dziecku leków, takich jak napar lipowy lub przeczyszczający syrop mанныy⁶⁷, uznawano, że środki te mogły być zmieszane z mlekiem i podawane razem w butelce.

⁶⁶ K. Meyer, *O użytku tak zwanych Angielskich mamek czyli flaszeczek do karmienia niemowląt (Wyciątek z pisma o karmieniu dzieci piersiami własnej matki.)*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 477–486.

⁶⁷ Syrop o łagodnym działaniu przeczyszczającym, otrzymywany z mанны (wysuszonego soku z jesionu mанныego lub tamaryszka francuskiego), zawierający mannitol, środek osmotycznie czynny stosowany również współcześnie.

Zostały opisane przykładowe przepisy i dawki tych leków⁶⁸. W artykule zwracano uwagę na budowę i obsługę butelek. Opisano skórkę, z której zbudowany był smoczek, który musiał być miękki i odpowiednio uformowany, co umożliwiało odwzorowanie naturalnego wypływu mleka. Używanie butelek powinno być według autora poprzedzone wygotowaniem ich i wypłukaniem, co miało zachować je w czystości. Zalecenia te wydają się z dzisiejszego punktu widzenia oczywiste, w tamtym czasie miały jednak charakter pionierski. Nie znano jeszcze wówczas koncepcji patogenów chorobotwórczych, nie można więc było używać argumentów z nimi związanych jako uzasadnienie wygotowywania butelek i innych naczyń przeznaczonych do użytku przez dzieci. Posługiwano się w związku z tym praktycznymi obserwacjami, potwierdzającymi zasadność tej praktyki, próbując przekonać do niej lekarzy, a za ich pośrednictwem także rodziców.

Osobnym zagadnieniem, które powinno zostać poruszone w kontekście analizy standardu terapeutycznego, jest chirurgia, która – choć dawniej traktowana jako oddzielna nauka – była już w latach 20. XIX w. pełnoprawną dyscypliną akademicką. W czasopiśmie znalazło się w związku z tym kilka prac o tematyce związanej z chirurgią. Były to zarówno artykuły dotyczące nowych narzędzi i sprzętów, jak i opisy przypadków. Spośród nich, ze względu na tematykę związaną z terapią, na uwagę zasługują m. in. *Kilka słów o ropniach iamy szczęki górnej*⁶⁹, autorstwa A. Helbicha, *O sposobach usuwania Kamieni urynowych z pęcherza*⁷⁰ i *O sposobach usuwania Kamieni urynowych z pęcherza dalszy ciąg*⁷¹, autorstwa A. Janikowskiego oraz *O oddzieleniu za pomocą operacyi zrakowaciałéy szyi macicznéy i całéy macicy*⁷², autorstwa L. Koehlera. Nie należy również zapominać o pracach dotyczących zagadnienia transfuzji krwi, które wprawdzie nie były ówczesnie rutynowo przeprowadzane, stanowiły jednak temat badań.

W artykule kazuistycznym z pogranicza stomatologii i chirurgii, dotyczącym ropni szczęki, opisane zostało przez dr. Helbicha postępowanie w przypadku ich występowania. Omawiano przypadki ropni związane z zakażeniami, niektóre bardzo powikłane, nawet powodujące ubytek połowy twarzoczaszki. Jedynymi czynnościami, które przeprowadzano w celu leczenia, było wrywanie zębów, a następnie nacinanie dziąsła, w celu umożliwienia odpływu ropy. Za przyczynę choroby uznawano gnicie korzeni zębów, jednak nie analizowano szerzej tej

⁶⁸ Przykładowa mieszanka odżywcza składała się z kwatarki naparu z kwiatostanu lipy, kwatarki rosolu z kury, dwóch łyżek stołowych przegotowanego mleka krowiego i odrobiny cukru. K. Meyer, *O użytku tak zwanych Angielskich mamek...*, s. 483

⁶⁹ A. Helbich, *Kilka słów o ropniach iamy szczęki górnej*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 71–85.

⁷⁰ A. Janikowski, *O sposobach usuwania Kamieni urynowych z pęcherza*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 151–202.

⁷¹ A. Janikowski, *O sposobach usuwania Kamieni...*, s. 273–327.

⁷² L. Koehler, *O oddzieleniu za pomocą operacyi zrakowaciałéy szyi macicznéy i całéy macicy*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 395–410.

kwestii, nie rozważano również kwestii zakaźności. Rozcinanie ropni było od lat typową praktyką nie tylko w przypadku ropni szczęki. Interesujące jest, że w trakcie terapii nie rozważano stosowania żadnych środków leczniczych, co z kolei ówczesnie typową praktyką nie było. Może to wynikać zarówno z braku uznawania ropni za rodzaj choroby, która mogłaby być leczona ogólnoustrojowo, jak również z indywidualnego i nowatorskiego jak na ówczesny czas podejścia lekarza, który uznawał za właściwe drastyczne ograniczanie stosowanych środków leczniczych. Brakuje jednak podstaw do jednoznacznego wyjaśnienia tego problemu, gdyż w artykule skupiono się przede wszystkim na opisie pacjenta.

Pozostałe artykuły w bardzo obszerny sposób opisują zagadnienia zaprezentowane w swoich tytułach. Zawierają zarówno opisy przypadków, jak i podsumowanie dotychczasowych metod i problemów, z którymi mierzyli się lekarze. W terapii kamicy pęcherza moczowego stosowane były wstrzykiwania substancji, mogących rozpuścić kamienie. Używano również do rozpuszczenia kamieni kolumny galwanicznej, wydobywano kamienie w całości przez kanał moczowy oraz rozkruszano je przy użyciu specjalnych narzędzi wprowadzanych przez ten kanał do pęcherza. W pracy poruszano bardzo różnorodne kwestie – od składu chemicznego kamieni, możliwości rozpuszczania przy użyciu różnych odczynników, ich szkodliwości dla pęcherza, przez budowę specjalistycznych narzędzi, aż po powikłania, których można się spodziewać po zastosowaniu każdej z opisywanych metod⁷³. W wypowiedziach tych widoczne jest nowoczesne, konsekwentne i analityczne podejście autora artykułu, dr. Janikowskiego.

W artykule Ludwika Koehlera dotyczącym operacji macicy opisane zostały przypadki pacjentek z rakiem szyjki macicy lub rakiem macicy, które przeszły operacje u różnych lekarzy. Niestety w większości nie były to operacje udane. W artykule podane zostały szczegóły techniczne związane z przeprowadzeniem zabiegu i ze stanem pacjentki. Nie zostało opisane jakiegokolwiek przygotowanie pacjentek do zabiegu (w tym, ani w większości innych artykułów nie poruszano tego zagadnienia, o ile nie dotyczyło bezpośrednio przygotowania do leczenia miejsca, które z jakichś względów uniemożliwiało przeprowadzenie procedury, np. był utrudniony dostęp i należało go najpierw ułatwić przez inne czynności⁷⁴).

⁷³ A. Janikowski, *O sposobach usuwania Kamieni...*, s. 151–202, 273–327.

⁷⁴ Można odnieść wrażenie, że leczenie nie zawsze było rozumiane w kategoriach procesu trwającego w czasie. Objawiało się to często np. poprzez brak planowania przebiegu terapii, czy przygotowywania do kolejnych etapów realizacji leczenia, co w konsekwencji utrudniało włączenie pacjenta w ten proces. Większość terapii odbywała się w przypadkach nagłych, co zostało niejednokrotnie odnotowane w artykułach i dodatkowo uniemożliwiało rozłożenie terapii w czasie. Ponadto pacjenci często nie pozostawali w kontakcie z lekarzem po wizytach lub przerywali leczenie. Nie zawsze można więc było określić, jakie były odległe rezultaty leczenia i czy pacjent ostatecznie przeżył. W przypadku utraty kontaktu z pacjentem, jeżeli niedokończona terapia zakończyła się śmiercią chorego, niemożliwe było także przeprowadzenie sekcji zwłok. W związku z tym nie weryfikowano poprawności diagnozy.

Przyczyną tego faktu mogła być zarówno powszechność wiedzy w środowisku medycznym na ten temat, małe zróżnicowanie możliwości przygotowania pacjentek (postępowanie mogło być zbliżone niezależnie od przypadku), jak i równie dobrze mógł to być całkowity brak lub niewielkie przygotowanie do zabiegu. W terapii następującej po operacji stosowane były środki przeciwzapalne, głównie upusty krwi i pijawki. W przypadku upławów stosowane były również płukanki, nie podano jednak ich składu. Poruszano problematykę ilości utraconej krwi, stosowania podwiązań naczyń krwionośnych i czasu trwania operacji, które były niezwykle istotnym zagadnieniem. W innych artykułach rozwijano kwestie przyrzędów⁷⁵, mogących przyspieszyć i usprawnić operację zarówno z punktu widzenia pacjenta, oszczędzając mu cierpienie oraz zwiększając przeżywalność, jak i lekarza, ułatwiając mu pracę. Można założyć, że opisy terapii pacjentek odpowiadają przykładowym operacjom raka macicy w omawianym okresie i są reprezentatywne w tym względzie dla swoich czasów.

Wnioski

Terapie opisane na przykładach podanych artykułów z „Pamiętnika” prezentują zróżnicowane podejście lekarzy do problemów leczenia. Można odnieść wrażenie, że w latach 20. XIX w. panowała wśród polskich lekarzy bardzo duża dowolność w wyborze określonego rodzaju terapii. Jest to wrażenie jednocześnie słuszne i nie, ponieważ w pracy lekarza faktycznie zawsze, od początków kodyfikacji tego zawodu, ostateczna decyzja terapeutyczna należała do niego. Z drugiej jednak strony udokumentowane w analizowanych artykułach decyzje terapeutyczne podejmowane były w oparciu o ówczesnie uznawaną za racjonalną wiedzę medyczną. Nie były to decyzje ani przypadkowe, ani chaotyczne. Autorzy zmierzali do wypracowania konsensusu środowiska lekarskiego dotyczącego leczenia schorzeń o podobnych lub takich samych objawach. W terapii uwzględniali jednak zarazem indywidualne cechy pacjenta. Wynikało to z zasadniczej podstawy metodologicznej akceptowanej przez lekarzy od czasów Hipokratesa, zgodnie z którą „*medicus curat, natura sanat*”. Lekarz za pomocą zastosowanych metod mógł w tym ujęciu jedynie wspierać naturalne siły lecznicze organizmu.

W okresie, gdy konsensus wśród lekarzy dotyczący teoretycznych podstaw terapii i metodologii badań klinicznych uległ dekompozycji (patologia humoralna przez wielu była już kwestionowana, ale nowe koncepcje patologiczne, formułowane w 2. połowie XVIII i w początkach XIX w. przez lekarzy zachodnioeuropejskich nie zdołały przekonać do siebie większości środowiska lekarskiego) brakowało jasnych wskaźników jak leczyć. Powodowało to dość dużą dowolność w wyborze metod terapii, podczas której przewagę w procesie decyzyjnym zdo-

⁷⁵ J. Mile, *Opisanie nowych narzędzi do odcięcia szyi macicznejy zrakowaciałey*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 17–42.

bywały indywidualne przekonania lekarza, jego spostrzegawczość, a niekiedy i intuicja. Obowiązujący standard leczenia stawał się standardem eklektycznym, złożonym z fragmentów nowych i starych metod terapii, które razem tworzyły nowy standard o strukturze przejściowej.

W analizowanych artykułach z „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” możemy zauważyć, że ich autorzy usiłowali stworzyć określone schematy terapii, w których posługiwali się metodami uznawanymi przez nich za skuteczne. Wykorzystywali środki, których zastosowanie potrafili połączyć z oczekiwanym efektem (przeciwbólowym, przeciwzapalnym, przeczyszczającym, przeciwgorączkowym, pobudzającym lub sedatywnym itp.). Mieli także jakieś wyobrażenie dotyczące sposobu ich działania. Ich wiedza dotycząca oczekiwanych efektów terapii przy zastosowaniu danej klasy środków opierała się na wieloletnich, a nawet wielowiekowych doświadczeniach i obserwacjach. Do terapii wprowadzano jednak też nowe substancje chemiczne, których stosowanie również usiłowano połączyć w schemat z leczeniem określonych objawów. Ze względu na ówczesne możliwości badawcze, w tym ograniczone możliwości korzystania z rozbudowanych metod analitycznych i nowoczesnego sprzętu, nie zawsze przekonania lekarzy dotyczące zasad działania leków i celu ich stosowania w terapii określonych schorzeń były, z dzisiejszego punktu widzenia, uzasadnione.

Metodologia kliniczna z lat 20. XIX w., której standard inspirował praktykę lekarską autorów analizowanych artykułów, stanowiła etap przejściowy do współczesnego standardu medycyny opartego na dowodach. Autorzy „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” dążyli do tego samego celu, do którego dążą także lekarze współcześni. Pragnęli wykazać w artykułach kazuistycznych, dlaczego w leczeniu określonych objawów wprowadzili daną metodę, opisywali, czy zastosowana przez nich terapia okazała się skuteczna i przedstawiali argumenty na rzecz słuszności swoich terapeutycznych decyzji. Opisywana w artykułach terapia była zawsze dostosowana do pacjenta, a jednocześnie dawała się wpisać w pewien schemat. Choć eklektyczny pod względem doboru konkretnych metod, nadal był to jednak system leczenia, w którym o słuszności ich wybierania decydowały empirycznie zebrane informacje. Autorzy warszawskiego czasopisma w szerokim zakresie korzystali z doświadczeń innych autorów, w tym wielu zagranicznych, których poglądy starali się upowszechnić w polskim środowisku lekarskim.

Z perspektywy współczesnego stanu wiedzy medycznej w terapii wielu chorób opisywanych w artykułach kazuistycznych stosowano w latach 20. XIX w. wiele środków niepotrzebnych, nie mogących wyrzucić żadnego realnego skutku na leczone schorzenie, lub nie wywierających oczekiwanego działania. Część lekarzy zdawała sobie z tego sprawę, że nie wszystkie środki, które są przez nich stosowane, działają w sposób adekwatny do oczekiwań. Stosowane terapie nie zawsze także leczyły to, co lekarze myśleli że leczą, szczególnie w kontekście chorób zakaźnych,

których prawdziwe przyczyny nie były im jeszcze znane. Zdarzało się jednak, że terapia niektórych chorób zakaźnych okazywała się skuteczna, ponieważ – jak dziś wiemy – stosowano środki o realnych (mimo że ówczesnym lekarzom nieznanym) właściwościach antyseptycznych. Powodzenie terapii wyjaśniano więc w inny sposób, w kategoriach zgodnych ze stanem wiedzy medycznej z lat 20. XIX w. Analizując opisywane w „Pamiętniku Lekarskim” metody możemy stwierdzić, że wyleczenie pacjenta nie zawsze było efektem zastosowanej przez lekarza terapii, a czasem zdarzało się pomimo jej zastosowania.

Wśród odnotowanych w artykułach kazuistycznych środków terapeutycznych przeważały leki ziołowe i mineralne. W obliczu braku możliwości zweryfikowania skuteczności leków prawdopodobne jest, że autorzy artykułów woleli nie rezygnować z niektórych z nich, ryzykując pogorszeniem stanu pacjenta, ale ordynowali te, do których sami mieli zaufanie i których wartość terapeutyczną potwierdzało ówczesne piśmiennictwo zagraniczne, z którego szeroko korzystali. W przypadku występowania silnych przesłanek dowodzących szkodliwości dalszego stosowania popularnych leków, nie obawiali się wyrażenia otwartej krytyki tego stanu rzeczy. Przykładem może być tu krytyka stosowania preparatów rtęci w objawowym leczeniu kiły. Autor artykułu na ten temat udowodnił, że należy zarzucić dalsze wykorzystywanie rtęci w terapii tej choroby, ze względu na silne skutki uboczne, jakie metoda ta wywiera. Proponował inne metody, które mogłyby ją zastąpić⁷⁶.

W artykułach publikowanych w „Pamiętniku” podejmowano również dyskusje dotyczące statusu leczonych chorób, tj. samego ich istnienia, a nie tylko wyboru najbardziej efektywnej metody ich terapii. Kwestia ta dotyczy na przykład kołtuna, o którym dyskutowano, czy choroba ta istnieje, a jeżeli tak, to jak można byłoby sklasyfikować jej przyczyny i zbudować efektywny model terapii. Dyskutowano także o metodach leczenia chorób zapalnych i zakaźnych, których powstania nie potrafiono dokładnie wyjaśnić, co pobudzało do wysuwania hipotez dotyczących ich „charakteru”.

Po 1800 r. wprowadzono do lecznictwa wiele nowych środków o niezbyt dokładnie określonym zakresie stosowania i o nieprzetestowanym profilu bezpieczeństwa. Były one weryfikowane w praktyce na pacjentach, podczas niekiedy intencjonalnych eksperymentów. Niektóre z tych środków spotykały się z entuzjastycznym przyjęciem, gdyż dawały dobre efekty w terapii dotychczas trudnych w leczeniu chorób⁷⁷. Dotyczyło to głównie środków, które posiadały (jak dziś wiemy) realne właściwości bakteriobójcze. W latach 20. XIX w. ich skuteczności nie tłumaczono jednak w ten sposób. U wielu pacjentów wystąpiły jednak nieprzewidziane przez lekarzy skutki tego rodzaju terapii. Stąd niektórzy autorzy piszący do „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” opowiadali się za radykalnym ograniczeniem używania leków o niedostatecznie sprecyzowanych właściwościach.

⁷⁶ A. Janikowski, *O naturze chorób wenerycznych...*, s. 174–221.

⁷⁷ A. Janikowski, *O użyciu Chlorku wapna...*, s. 391–398.

W analizowanych artykułach część opisywanych w nich środków stosowana była w sposób uniemożliwiający ich realne oddziaływanie lub znacznie zmniejszające skutek ich podania. W latach 20. XIX w. lekarze nie byli w pełni świadomi, że efektywność terapeutyczna danej substancji jest związana z właściwie dobraną drogą jej podania lub z jej podaniem w pewnej określonej postaci. Przykładem może być umieszczanie w tym okresie w salach szpitalnych pojemników z substancjami chemicznymi, mającymi zlikwidować znajdujące się w tych salach w powietrzu i na wszelkiego rodzaju sprzętach, pościeli czy odzieży szkodliwe miazmaty. Mogły być one wdychane przez chorych albo osadzać się na ranach. Umieszczane w otwartych pojemnikach chemikalia nie mogły wykazać oczekiwanego przez ówczesnych lekarzy działania, nie rozprzestrzeniały się bowiem w powietrzu w dostatecznym stężeniu. Te same substancje mogły wykazać się realnym efektem dopiero po ich podaniu bezpośrednio na skórę lub po ich rozpyleniu w powietrzu w postaci aerozolu.

Niektóre opisywane w czasopiśmie leki, na przykład liczne surowce glikozydowe, stosowane były w innych wskazaniach, niż wynikałoby to z dzisiejszej analizy ich profilu bezpieczeństwa i głównego działania. Jednakże większość z używanych przez autorów artykułów środków realnie wykazywała to działanie, które było im przypisywane w ówczesnym piśmiennictwie. Wiedza ta ukształtowała się na podstawie długiej empirycznej praktyki.

Opisywana na łamach czasopisma terapia mogłaby zostać uznana za politerapię, gdyż ordynowane przez ówczesnych lekarzy środki przepisywane były w określonych wskazaniach, zgodnych ze stanem wiedzy medycznej i farmakologicznej z lat 20. XIX w. Leki te posiadały jednak często, zdaniem ordynujących je lekarzy, niezadowalającą skuteczność. Z tego powodu rzadko prowadzono leczenie o charakterze monoterapii, znacznie częściej zalecano stosowanie kilku leków. Terapię tę uzupełniano dodatkowo innymi metodami, takimi jak upusty krwi, lewatywy, przyżegania, okłady, kąpiele i in. Można jednak scharakteryzować standard kazuistyki publikowanej w „Pamiętniku” także jako polipragmazję. Lekarze zdawali sobie bowiem sprawę, że niektóre stosowane przez nich leki są nieskuteczne, a mimo to stosowali je „na wszelki wypadek”.

Świadomość zawodową autorów publikujących na łamach „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” artykuły kazuistyczne cechował profesjonalizm. Wyraźnie odróżniali swoje działania lecznicze od terapii stosowanych przez ludność wiejską. Były one przez lekarzy traktowane z bardzo dużym dystansem, jednak nie były w większości przypadków odrzucane z góry. Sporadycznie bowiem dostrzegano interesujące skutki niektórych ludowych praktyk leczniczych, a nawet zamierzano poddać je badaniom⁷⁸.

Wśród autorów analizowanych artykułów dominowało bardzo silne nastawienie empiryczno-praktyczne – na poszukiwanie nowości i obserwację przypadków

⁷⁸ A. Helbich, *O czarnej kroście...*, s. 327.

klinicznych. W ich świadomości teoretycznej występował optymizm poznawczy, co nie było jednak jednoznaczne ze świadomością osiągnięcia sukcesów terapeutycznych. Skuteczność leczenia była w latach 20. XIX w. na ogół niska, z czego autorzy analizowanych artykułów zdawali sobie sprawę. Obserwowanie agonii pacjentów nadal należało do codzienności lekarzy, choć starali się jej zapobiegać nawet w przypadkach beznadziejnych.

Na praktyczne aspekty terapii miały wpływ powszechne w owym czasie w Europie nowe teorie i doktryny medyczne. Kierowanie się nimi zależało jednak bardzo mocno od przekonań lekarza i miejsca, w którym się kształcił. Metody terapeutyczne stosowane przez przedstawicieli warszawskiego środowiska medycznego, którzy publikowali w „Pamiętniku”, wskazują, że obecne były tam przede wszystkim wpływy francuskiej szkoły anatomopatologicznej (wyrażające się najczęściej w przeprowadzanych wnikliwych sekcjach zwłok, w trakcie których poszukiwano zmian anatomicznych mogących być przyczyną, a nie skutkiem choroby, np. zmian nowotworowych) oraz neohipokratyzmu (prezentowanego w licznych wersjach terapii przeciwzapalnej, których najbardziej charakterystyczną cechą były niewielkie upusty krwi). Obecne są również wpływy rasoryzmu (widoczne w bardzo dużym użyciu emetyku i kalomelu, większym niż wynikałoby to z zasad patologii humorальной), brownizmu (przejawiającego się w podziale chorób na przebiegające z nadmiarem i niedostatkami pobudzenia oraz w podziale lekarstw na pobudzające układ nerwowy i uspokajające go) i broussaizmu (przejawiającego się zarówno w nasilonych obserwacjach stanu zapalnego żołądka i jelit, jak i dość częstej terapii poprzez bardzo duże upusty krwi). W pracach zamieszczonych w „Pamiętniku” brak jest odniesień do modnego ówczesnie w Niemczech mesmeryzmu i homeopatii. Nie były one bowiem akceptowane w warszawskim środowisku akademickim lat 20. XIX w. jako koncepcje naukowe.

Standard medycyny prezentowanej w artykułach z „Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego” był somatyczny⁷⁹. Autorzy pojmowali chorobę jako zjawisko lub proces zakorzenione w ludzkim ciele, poszukiwali materialnych, fizycznych, chemicznych lub biologicznych przyczyn jego zaistnienia, a terapię ukierunkowywali przeciw tym przyczynom i ich skutkom. Na łamach czasopisma nie spotykamy odniesień do standardu niemieckiej medycyny romantycznej.

W analizowanych artykułach stwierdziliśmy występowanie różnych wariantów terapii przeciwzapalnej, terapii wyczekującej i terapii osłabiającej. Wydaje się, że zapalenie uważano za związane z krwią. Najprawdopodobniej było ono postrzegane jako nadmierne pobudzenie, dlatego m. in. stosowano leczenie przeciwzapalne, które w rzeczywistości było bardzo osłabiające pacjenta. Z drugiej strony rozważano kwestię „jadu zakaźnego”, który zanieczyszczał ranę, a wpływ krwi mógł go usunąć.

⁷⁹ Obszernie przedstawiają jego zasady publikacje B. Płonki-Syroki przytoczone w przypisie 5 niniejszego artykułu.

Stosowane przez autorów publikujących w „Pamiętniku” terapie były typowe dla lat 20. XIX w., ale eksperymentowano także z nowymi metodami leczenia. Gdy pojawiały się nowe terapeutyczne pomysły, były one weryfikowane przez środowisko medyczne. Prowadzono jednak niewiele statystyk, informacje o efektywności danej metody leczenia rozpowszechniano zazwyczaj w formie pojedynczych doniesień. Praktycznie w działaniach każdego lekarza, którego artykuł był w niniejszym opracowaniu analizowany, znaleźć można było jakąś nowoczesną metodę leczenia, którą dany autor uznał za racjonalną i potencjalnie godną zastosowania. Niestety często odbywało się to na drodze entuzjastycznego, choć nie w pełni etycznego, eksperymentu na pacjentach.

Bibliografia

Źródła

- Brandt F., *O kołtunie*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 413–444.
- Chorażewicz M., *Niektóre myśli o wodnych puchlinach i opisanie przypadku wodnój puchliny mózgu, pomyślnie ukończonego*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 506–525.
- Drzewicki H., *Opisanie choroby Febris pustulosa maligna*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 139–150.
- Helbich A., *Kilka słów o ropniach iamy szczęki górnej*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 71–85.
- Helbich A., *O czarnéj kroście*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 294–379.
- Janikowski A., *O naturze chorób wenerycznych i o leczeniu ich bez merkuryuszu*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 174–221.
- Janikowski A., *O sposobach usuwania Kamieni urynowych z pęcherza*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 151–202.
- Janikowski A., *O sposobach usuwania Kamieni urynowych z pęcherza dalszy ciąg*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 273–327.
- Janikowski A., *O użyciu Chlorku wapna w zapaleniu oczów zwanem Ophthalmia purulenta*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 391–398.
- Koehler L., *O nowym sposobie tamowania krwotoków z arteryj i wen w czasie większych operacyj*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 263–278.
- Koehler L., *O oddzieleniu za pomocą operacyj zrakowaciałéj szyi macicznój i całéj macicy*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 395–410.
- Krysiński I., *O zewnętrzném użyciu Saletranu srebra*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 468–477.
- Lawrence, W., tłum. W. Malcz, *Sposób leczenia znamion (naevus maternus) przez podwiązanie*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 555–558.
- Le Brun A., *O użyciu kubebów (Piper Cubeborum) i ich Olejku eterycznego w leczeniu Rzęzączek (Urethritis, Blennorrhoea)*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 373–385.
- Malcz W., *Kilka słów o szkarlatynie teraz panującej z zapaleniem gardła gangrenowem*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 279–286.

- Malcz W., [od redaktora], „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 69.
- Malcz W., *O Bromie i jego preparatach, mianowicie o wodobromie potażu i o użyciu iego w chorobie skrofulicznej*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 530–555.
- Malcz W., *O gwałtownem zapaleniu krtani i części pobliskich*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 327–336.
- Malcz W., *O wymiotach, iako sposobie krwotoki tamującym*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 473–505.
- Malcz W., *Używanie kolistych przewiązań członków w leczeniu chorób peryodycznych przez Doktora Troschel, lekarza praktycznego w Berlinie. Wycięte z dzieła Journal für Chirurgie und Augenheilkunde. v. Dr. C. v. Graefe und Dr. P. J. v. Walther. z Tomu XI. poszytu drugiego 1828 r.*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 449–465.
- Malcz W., *Zapalenie mózgu i błon mózgowych, które się ukończyło swego rodzaju wyrzutem*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1829, t. 2, s. 110–118.
- Malcz W., *Zapalenie odnóg oddechowych, połączone z wyrzucaniem utworów błoniastych (Bronchitis membranacea)*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 1–9.
- Malcz W., *Zranienie niebezpieczne piersi z przebiciem diafragmy uleczone przez Dra W. Malcza*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 9–16.
- Meyer K., *O użyciu tak zwanych Angielskich mamek czyli flaszeczek do karmienia niemowląt (Wyciątek z pisma o karmieniu dzieci piersiami własnej matki.)*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 477–486.
- Mile J., *Opisanie nowych narzędzi do odcięcia szyi macicznej zrakowaciałey*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 17–42.
- Niedzielski A., *O naturze i leczeniu zaiękiwania się przez Dra M Cormacka*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 538–541.
- Tomorowicz J., *O użyciu kubeb w sztuce lekarskiej*, „Pamiętnik Lekarski Warszawski” 1828, t. 1, s. 346–372.

Opracowania

- Ackerknecht E., *Medicine at the Paris Hospital 1794–1848*, John Hopkins Press, Baltimore 1967.
- Adamski J., *Analiza teorii medycznych w polskim środowisku lekarskim w początkach XIX w. na podstawie «Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego» (1828–1829)*, praca magisterska napisana w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod opieką promotorską prof. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2020.
- Cunningham A., King L.S. (eds.), *The medical Enlightenment of the Eighteenth Century*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Eckle I., *Thomas Sydenham (1624–1689) und seine Krankheitslehre, seine Rezeption durch Boerhaave in Leiden und dessen Schuler in der Ersten Wiener Schule*, Universitäts Verlag, Berlin 1988.
- Haigh E., *Xavier Bichat and the Medical Theory of the Eighteenth Century*, Wellcome Institute for the History of Medicine Press, London 1984.
- Hess V., *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Zur Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*, Mathiessen Verlag, Husum 1993 (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 66).

- Huerkamp C., *Der Aufsteig der Aerzte im 19 Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preussen*, Van den Hoeck und Ruprecht Verlag, Göttingen 1985.
- Jeżewska A., *Popularyzacja wiedzy dotyczącej rozrodu na łamach czasopisma «Dziennik Zdrowia dla Wszystkich Stanów»*, praca magisterska napisana w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod opieką promotorską prof. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2013.
- Jeżewski K., *Diagnostyka i terapia wybranych jednostek chorobowych i dolegliwości w świetle artykułów zawartych w «Dzienniku Zdrowia dla Wszystkich Stanów»*, praca magisterska napisana w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod opieką promotorską prof. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2013.
- Marek A., *Dzieje i problematyka «Pamiętnika lekarskiego warszawskiego» Wilhelma Malcza (1828–1829)*, „Medycyna Nowożytna” 2002, t. 9, z. 1–2, s. 177–197.
- Mason S.F., *Geschichte der Naturwissenschaft in der Entwicklung ihrer Denkweisen*, GNT-Verlag GmbH, Stuttgart 1991.
- Ostrowska T., *Jan Fryderyk Wilhelm Malcz (Malsch)*, [w:] *Polski słownik biograficzny*, red. E. Rostworowski, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Kraków 1974, t. 19, s. 270–272.
- Ostrowska T., *Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w XIX wieku*, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk – Ossolineum, Wrocław 1973, s. 37–38.
- Paliga R., *Historia poglądów na budowę i funkcję układu krążenia*, [w:] *Krwiolecznictwo i krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830–1951): od powstania listopadowego do utworzenia Instytutu Hematologii*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2014, s. 16–22.
- Penkala B., *Obraz XIX-wiecznej medycyny praktycznej na podstawie czasopisma «Pamiętnik Lekarski Warszawski» z lat 1827–1829*, praca magisterska napisana w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod opieką promotorską prof. Bożeny Płonki-Syroki, Wrocław 2009.
- Płonka-Syroka B., *Doktryna Johna Browna (1736–1788), jej geneza i recepcja w medycynie europejskiej w kontekście kształtowania się standardu klinicznego. Część pierwsza*, „Medycyna Nowożytna” 2018, t. 24, nr 1, s. 7–28.
- Płonka-Syroka B., *Doktryna Johna Browna (1736–1788), jej geneza i recepcja w medycynie europejskiej w kontekście kształtowania się standardu klinicznego. Część druga*, „Medycyna Nowożytna” 2018, t. 24, nr 2, s. 7–35.
- Płonka-Syroka B., *Kształtowanie się w europejskiej medycynie klinicznej wspólnego teoretycznego standardu do połowy XIX wieku (na przykładzie Francji i Prus)*, [w:] *Medycyna i religia*, red. B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, Wydawnictwo DiG – Edition La Rama, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2019, t. 2, s. 157–177.
- Płonka-Syroka B., *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, Wydawnictwo Instytutu Historii Nauki PAN, Warszawa 1999.
- Płonka-Syroka B., *Niemiecka medycyna romantyczna*, Wydawnictwo DiG, Warszawa 2007.
- Płonka-Syroka B., *Niemiecka medycyna romantyczna (1797–1848) w opiniach przedstawicieli polskiego środowiska naukowego do 1863 roku*, „Wiek XIX. Rocznik Towarzystwa Literackiego im. Adama Mickiewicza” 2015, r. 8(50), s. 101–119.

- Płonka-Syroka B., *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784–1863*, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk – Ossolineum, Wrocław 1990.
- Płonka-Syroka B., Kaźmierczak A., *Terapia humoralna wybranych schorzeń w ujęciu autorów z przełomu XVIII i XIX w. Ludwika Perzyny i Leopolda Lafontaine'a*, [w:] *Rośliny jako podstawa racjonalnej diety oraz źródło leków. Lek roślinny*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2016, t. 5, s. 61–76.
- Płonka-Syroka B., *Neohipokratyzm Thomasa Sydenhama jako próba modyfikacji klasycznego standardu patologii humoralnej*, „*Analecta*” 2016, t. 25, nr 2, s. 39–60.
- Podgórska-Klawe Z., *Początki i rozwój szpitalnictwa*, [w:] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 80–94.
- Porter R. (ed.), *Medicine in the Enlightenment*, Rodopi Press, Amsterdam 1995.
- Słownik chemiczny*, red. nauk. J. Chodkowski, PW Wiedza Powszechna, Warszawa 1982.
- Spitzky K.H., Lau I., *Van Swieten's Erbe. Die Wiener Medizinische Schule heute in Selbstdarstellung*, Demeter Verlag, Wien 1982.
- Urbanek B., *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2001.
- Von Brunn W.L., *Medizinische Zeitschriften im neunzehnten Jahrhundert. Beiträge zur Geschichte der allgemeinen-medizinischen Fachpresse*, Universitäts Verlag, Stuttgart 1963.
- Z metrologicznego korca*, Wydział Wydawnictw Multimedialnych GUM, Warszawa 2005.