

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ:** Rozprawy naukowe. Ciechocińskie kąpiele błotne czyli torfowe (*Moorbäder*). Skreślił Dr A. Stockmann, lekarz ordynujący szpitala św. Tadeusza w Ciechocinku. Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie V z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za r. 1871. Napisał Dr med. A. Rothe, naczelny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów, Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy. Przez Dra M. Heitler. Spolszczył Dr A. Stockmann. Wiadomości bieżące. Czterdziesty piąty zjazd niemieckich naturalistów i lekarzy w Lipsku. O kąpielach piaskowych. O działaniu weratryny. Wyjątki z nowszej literatury o cholery. Leczenie cholery za pomocą podskórnych wstrzykiwań morfiny. Epidemiczne wystąpienie żółtaczki kataralnej. Cholera w Warszawie. Regulamin choleryczny. Dodatek. Farmacyi T. III ark. 37. Medycyny Sądowej T. I ark. 4. Pediatrii ark. 34. Syfilidologii ark. 19.

## Ciechocińskie kąpiele błotne czyli torfowe (*Moorbäder*).

Skreślił Dr A. Stockmann, lekarz ordynujący szpitala św. Tadeusza w Ciechocinku.

W roku bieżącym zakład leczniczy w Ciechocinku wzbogaconym został nowym nabytkiem bardzo ważnym pod względem leczniczym, t. j. odpowiednio urządzone łaźniakami do kąpiele błotnych, czyli właściwie mówiąc torfowych. Już w latach poprzednich przygotowywano tego rodzaju kąpiele w łaźniakach ogólnych; przygotowanie to jednak dorywcze i nieodpowiednie wymaganiom sztuki było niedostatecznym i dlatego też postanowiono urządzić oddzielne zupełnie łaźniaki i przyrządzać kąpiele na wzór tak zwanych Moorbadów Franzensbadzkich. łaźniaki nowo wybudowane pomieszczone około dawnych łaźniak Nr 2, posiadają 6 oddzielnych gabinetów kąpielowych, zbiornik ogólny dla przyrządzania masy błotnej i są ogrzewane za pomocą pary, dostarczanej przez kocioł umieszczony w zabudowaniach łaźniak Nr 2. W każdym z gabinetów pomieszczono wannę stałą, która może być napełniana solanką półtoroprocentową ogrze-

waną w samej wannie za pomocą pary przepuszczanej przez solankę. Wanny w których pomieszcza się masa błotna są drewniane lakierowane, opatrzone kółkami i napełniane są wprost ze zbiornika, zawierającego ciepłą masę błotną przygotowaną odpowiednio do kąpieeli.

Torfu dostarczają łąki otaczające Ciechocinek. Torf ten pocięty w cegielki, lekko podsuszony zostaje oczyszczonym o ile możności od części ziemistych i rozdrobniony, za pomocą przecierania przez siatkę drucianą. Tak przygotowany torf pomieszcza się w zbiorniku drewnianym, rozrabia solanką półtoroprocentową na gęstą masę, a następnie ogrzewa przez przepuszczenie przez nią pary, stanowiącym tym sposobem gotowy materiał do napełniania wanien ruchomych. W Franzensbadzie zwykle torf ulega jeszcze zmieleniu przed zarobieniem, torf ciechociński nie wymaga tej manipulacji, gdyż nie zawiera w sobie bryłek grubszych i stanowi więcęć masę jednolitą drobnoziarnistą i pulchną. Po napełnieniu wanny należy jeszcze masę błotną dobrze przemieszać, aby uniknąć warstwowania się masy odpowiednio do gęstości i temperatury i dokładnie oznaczyć temperaturę kąpieeli przepisaną przez lekarza. Wanna napełnia się tak głęboko, aby chory siedząc w niej, pogrążał się w massie do pach. Oprócz wanien dużych są także wanienki małe dla dzieci. Temperatura kąpieeli wynosi zwykle 24—28° R. Średnio na kąpiel dla osoby dorosłej używa się od 80—120 funtów torfu; zaczynając od kąpieeli rzadszych i przechodząc stopniowo do gęściejszych. Kąpiel trwa od 15 minut do pół godziny. Ogólna liczba kąpieeli przepisywanych choremu wynosi zwykle 12—15, nie należy ich powtarzać codziennie, ale co dzień drugi a u dzieci i osób słabszych dwa razy tygodniowo, w dniach pozostałych chory zwykle używa kąpieeli zwyczajnych solankowych lub parowych, stosownie do natury cierpienia i uznania lekarza.

Wedle rozbioru dokonanego przez p. M i l i c e r, torf ciechociński zawiera: wody 27,14%, materij organicznych 37,75%, popiołów 35,11%, albo też w ilości 8,4525 gramów torfu znajdujemy 0,05359 gr. części rozpuszczalnych w alkoholu (części żywiczne) i 0,0650 gr. części rozpuszczalnych w wodzie (sole). Cg. torfu przy 6,5° odnośnie do wody wynosi 1,56509. Szczegółowy rozbiór co do części składowych oznaczonym został następująco:

Wody 27,138, materij organicznych 37,751, piasku i gliny 24,165, krzemionki (SiO<sub>2</sub>) 2,530, kwasu fosforowego (P<sub>2</sub>O<sub>5</sub>) 0,247, kwasu siarczanego (SO<sub>3</sub>) 0,562, kwasu węglanego (CO<sub>2</sub>) 0,229, Chloru (Cl) 0,013, tleniku żelaza (Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub>) 4,217, tlenku wapnia (CaO) 2,742, tlenku magnezu (MgO) 0,248, tlenku sodu (Na<sub>2</sub>O) 0,252: razem 100,094.

Porównajmy ten rozbiór z wypadkiem rozbioru torfu Franzensbadzkiego i Marienbadzkiego. Torf wysuszony zawiera małą ilość wody.

1) M a t e r y e n i e r o z p u s z c z a l n e (na 100 części).

	Marienbad.	Franzensbad.
Kwas humusowy . . . . .	10,71	42,11
Węgiel humusowy. . . . .	4,24	—
Żywice . . . . .	2,73	4,39

	Marienbad.	Franzensbad.
Reszty organiczne roślinne. . . . .	50,88	15,37
Krzemionka . . . . .	0,15	0,23
Glina. . . . .	—	0,28
Wapno . . . . .	0,21	0,12
Talk . . . . .	0,14	0,14
Soda . . . . .	—	0,71
Stroncyanna . . . . .	—	0,04
Tlennik żelaza. . . . .	22,92	—
Fosforan tlenniku żelaza . . . . .	1,36	0,18
Siarek żelaza . . . . .	2,25	3,20

## 2) M a t e r y e r o z p u s z c z a l n e.

Kwas źródłowy . . . . .	0,46	2,82
Humin . . . . .	0,25	2,94
Siarczan potażu. . . . .	0,87	0,02
Siarczan sody . . . . .	0,60	1,15
Siarczan magnezyi . . . . .	0,22	0,12
Siarczan wapna . . . . .	0,41	2,69
Siarczan tlenku żelaza . . . . .	0,49	9,78
Siarczan tlenku manganu . . . . .	—	0,05
Siarczan glinki. . . . .	0,09	0,79
Kwas siarczany . . . . .	—	4,80
Kwas krzemny . . . . .	0,09	0,05

Z zestawienia trzech przytoczonych rozbiórów widzimy, że torf ciechociński bardziej zbliża się do torfu Marienbadzkiego, jest bardzo ubogim w części rozpuszczalne. Szczególniej znaczną znajdujemy różnicę w ilości żelaza w stanie rozpuszczalnym. W torfie ciechocińskim, jak wykazuje analiza, widzimy przeważnie tlenek żelaza, połączony z kwasem fosforowym i siarczanym oraz krzemnym, stanowi on tym sposobem mieszaninę znaną pod nazwą żelaza legowego. Torf Marienbadzki zawiera dużo żelaza, ale także tylko w formie nierozpuszczalnej. Tymczasem w torfie z Franzensbad znajdujemy dużo żelaza w formie doskonale rozpuszczalnej, co po części przypisać należy wybornej przeróbce torfu przed użyciem go do kąpieli.

Zresztą oprócz wyliczonych wyżej części składowych, zawsze znajdziemy w torfie pewną ilość wolnych gazów: kwasu węglanego, siarkowodoru, azotu i tlenu; obecność tych gazów w części wywołuje, a głównie jest następstwem rozkładu części organicznych torf składających. Jednym z produktów rozkładu jest także kwas mrówczany, któremu niektórzy nadawali bardzo ważne znaczenie i przypisywali przeważnie działanie wyraźne kąpieli błotnych na organizm.

Zastanówmy się bliżej, co właściwie działać może w kąpieli błotnej.

Nie ulega wątpliwości, że znaczna gęstość masy użytej do kąpieli oddziaływać musi na warunki przebiegu skór nego. Zmienione warunki osmotyczne obok zwiększonego ciśnienia na powierzchnię ciała wywołują koniecznie zmiany w krą-



zeniu, które najwyraźniej występują po kąpieli i manifestują się znacznem zwiększeniem wydzielin, zwłaszcza skórnych. Zmian krążenia w skórze nie należy przypisywać drażnieniu samemu skóry przez obecne w torfie wolne kwasy, zwłaszcza mrówczany, drażnienie to bowiem nigdy nie przechodzi po za granicę lekkiego zaczerwienienia, co zresztą ma miejsce po każdej kąpieli ciepłej, a nie zapominajmy, że kąpiel błotna zawsze jest dobrze ogrzana. Obok gęstości kąpieli niepomierną gra rolę jej temperatura. Niepodobieństwem jest aby kąpiel błotna w całej swej massie przedstawiała temperaturę jednolitą, przeciwnie istnieją ciągle wahania się ciepłoty w różnych punktach massy błotnej; dana część skóry co chwila jest w zetknięciu z massą błotną różnej temperatury. Niekiedy różnice wynoszą do  $1\frac{1}{2}^{\circ}$  R. Taka ruchliwość ciepłoty dozwala używać kąpieli błotnych dobrze ciepłych tam nawet, gdzie kąpiel jednolitej temperatury odpowiedniej nie byłaby zniesioną. Nie zapominajmy także, że taka ruchliwość temperatury nie pozostanie zapewne bez wpływu na powstawanie naturalnych prądów elektrycznych w ciele ludzkim. Wiadomo zapewne nie jednemu jak kąpiele ciepłe w tak zwanych akrotopege (Teplitz, Gastein, Wildbad) nastrajają organizm. Woda tych kąpieli, tak uboga w składniki mineralne posiada szczególnego rodzaju życiowość, że się tak wyrażę, otóż pod pewnym względem (choć nie u wszystkich indywiduów) kąpiele błotne oddziałują podobnie na organizm. Wielu chorych utrzymuje, że czują się nadzwyczaj lekkimi i rześwymi, chociaż u niektórych trwa to tylko chwilowo i ustępuje ogólnemu zmęczeniu, które dopiero po wypoczynku i śnie ustępuje. Ten ostatni wypadek ma miejsce u osób mocno wycieńczonych.

Składniki nierozpuszczalne torfu pozostają naturalnie zupełnie obojętnymi i nie wchodzi w rachunek działania, wyjąwszy tylko jako massa. Co się tyczy składników rozpuszczalnych, to zachodzi jeszcze pytanie w jaki sposób działać mogą. Na pierwszym miejscu stoi tu żelazo. Czy żelazo absorbuje się przez skórę pokrytą naskórkim? Zdania są podzielone. Dowodów bezpośrednich absorbcyi nie mamy, niepodobna jednakże zaprzeczyć obserwacyi zrobionej zapewne przez wielu kolegów, że są osoby nie znoszące żelaza w najmniejszych dawkach, otóż podobne osoby po przyjęciu kąpieli w wodzie żelazistej doznają wszelkich symptomatów jak po zażyciu żelaza do wewnątrz. Nie jest to bynajmniej grymas hysteryczny, gdyż osoba kąpiąca się nie wie nieraz o składzie wody użytej do kąpieli. Rozumie się samo przez się, że nie podzielamy zdania tych, którzy przypisują torfowi bogatemu w części żelazne, jakieś działanie styptyczne. Pod jakim względem, co znaczy podobne określenie. Jest to piękne określenie ale dla publiki, my lekarze stawiamy między sobą kwestyę jasno, a czego nie wiemy starajmy się dociec a nie ludzię się pięknie brzmiącym wyrazem, który nie rozjaśni i wprowadza tylko w zamęt.

Widzimy więc ztąd, że sposób działania specyficznego kąpieli torfowych nie jest dotąd ściśle sformulowanym. Musimy więc działanie ich odnieść do rzędu zwykłych kąpieli ciepłych, z tą różnicą, że są lepiej znoszone przez osoby mocno osłabione, któreby nie zniosły zwyczajnej kąpieli o temperaturze tak wysokiej jak kąpiel błotna. Nie ulega wątpliwości, że kąpiele błotne w pewnych szcze-

gólnych stanach chorobowych wyśmienite oddają usługi, o tém uczy obserwacya, racjonalna jednak teoria ich działania nie istnieje, obserwacya tylko na większą skalę może nauczyć kiedy i w jaki sposób zastosowywać kąpiele błotne. Otóż pod tym względem obserwacya uczy nas, że kąpiele błotne możemy z pożytkiem stosować w następujących szczególnych razach.

1) Przy wysiękach reumatycznych i artrytycznych u osób słabych, które nie znoszą energicznego zastosowania metody termalnej. Kąpiel błotna od 28—30° R. nie podbudza tak gwałtownie jak kąpiel zwykła tejże samej ciepłoty. Tutaj należą szczególniej pozostałości przebytego reumatyzmu stawowego, oraz hydratrozy chroniczne, dla których punktem wyjścia było obrażenie traumatyczne. Sam miałem sposobność widzieć niejednokrotnie jak po użyciu kilku kąpielei znika zupełnie wysięk wypełniający jamę stawową, bez użycia środków epispastycznych. Żadnego pożytku przeciwnie nie przynoszą kąpiele błotne przy reumatyzmie czysto mięśniowym, niekiedy nawet pogarszają stan chorego; w tym ostatnim razie daleko lepsze usługi oddają ciepłe kąpiele solankowe stosowane naprzemian z kąpielami parowymi.

2) Wszelkiego rodzaju nadezłości, bóle newralgiczne, zwiększona pobudliwość rdzenia na podstawie zwłaszcza hysterycznej, *tabes dolorosa*, ustępują nieraz rozsądnie stosowanym kąpielom błotnym. Szczególniej newralgio na podstawie reumatycznej. Obserwowałem skrupulatnie kilku chorych cierpiących na *ischias* i prócz jednego wypadku, w którym podejrywać należało istnienie zmian w samych kościach kręgow krzyżowych, widziałem znakomite polepszenia po użyciu 12 kąpielei błotnych.

3) Trzecią grupę cierpień kwalifikujących się tutaj stanowią porażenia, oparte na cierpieniu samego rdzenia kręgowego i połączone z przykurzeniami. Często spotykamy się z porażeniami tego rodzaju przy chronicznem zapaleniu rdzenia, próchnieniu kręgow (u dzieci *caries vertebrarum serophulosa*) przy syfilitycznych naroślach kostnych kręgow, jak również po przejściu zapalenia opon mózgowych na podstawie mózgu. Niekiedy choroby ogólne zakaźne jak tyfus, płonica lub ospa wywołują podobny skutek. Otóż przy tego rodzaju cierpieniach używanie wszelkich zbyt energicznych metod nie tylko że nie przynosi żadnego pożytku, ale przeciwnie pogarsza stan chorego. W tych razach kąpiele błotne oddają niepomierne usługi; a jeżeli sama natura cierpienia (np. syfilis) wymaga innego jeszcze leczenia, lub uniemożliwia wszelką *restitutio ad integrum*, (przerodzenie rdzenia) to przynajmniej chory doznaje znakomitej ulgi w swém cierpieniu i stan jego znośnym się staje. Grupa ta cierpień stanowi najciemniejszą zagadkę co do działania kąpielei błotnych. Jednakże brak wyrozumowanej teorii nie powinien nas odstraszać od zalecania chorym tej kuracyi, zwłaszcza że kliniczna obserwacya uczy nas o zbawiennym jej wpływie.

4) Zachwalano bardzo kąpiele błotne przy chronicznem obrzmieniu śledziony (*tumor lienis chronicus*) często połączone z powiększeniem wszystkich gruczołów limfatycznych. Co do mnie przyznać muszę, iż nie widziałem w tych razach tak świetnych rezultatów jak przy cierpieniach poprzednio wyszczególnionych. Zresztą podawana przytęm chinina pozostawia nas w niepewności czy



niewielkie polepszenie kłaść należy na karb kąpiele błotnych, czy też wypróbowanego działania chininy.

5) W pewnych razach (szczególniej przy znacznem osłabieniu) kąpiele błotne oddają usługę przy cierpieniu macicy. Możemy je z pożytkiem stosować u osób, które przebyły zapalenie okołomaciczne, *perioophoritis*, a nawet przy chronicznem stwardnieniu macicy, połączonem z upławami i krwotokami. Co do mnie dają w tym razie bezwarunkowo pierwszeństwo kąpielom Franzensbad. Skuteczność kąpiele błotnych ciechocińskich jest w tym razie bardzo ograniczoną.

6) Zauważyłem także wyborne działanie kąpiele błotnych u niektórych osób dotkniętych chronicznym katarem żołądka i kiszki. Nie chcę jednak twierdzić, aby to miało być ogólną zasadą, przytaczam tylko fakt który miałem sposobność obserwować.

Kilka wyżej przytoczonych uwag ośmielałem się przedłożyć szanownym kolegom. Nie będą one zapewne zbyt cennymi przy tak mało rozpowszechnionej znajomości z zakładami kąpielowemi krajowemi. Mam nadzieję, że w przyszłości będę w możności od czasu do czasu przedstawiać szczegółowy opis wypadków będących w mej obserwacyi podczas kuracyi w Ciechocinku. Nie omieszkać podzielić się memi spostrzeżeniami i oddać je pod ocenienie łaskawych kolegów.

---

### Sprawozdanie V z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1871.

Napisał Dr medycyny A. Rothe, naczelny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów, Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie.

(Ciąg dalszy \*).

Rzeczywistą, choć przybliżoną cyfrę naszych obłąkanych znajdziemy dopiero wtenczas, jeżeli nam się uda przeprowadzić ścisłą statystykę. Praca to wielka, siły jednego na to nie wystarczają, a nawet gdyby Rząd przy powszechnej statystyce mieszkańców kraju, urzędnikom na ten cel naznaczonym, kazał ją wykonać przez wprowadzenie do listy ogólnej trzech nowych rubryk, jak to: obłąkanie wrodzone, obłąkanie nabyte i padaczka to i taki środek nie byłby jeszcze dostatecznym do osiągnięcia pomyślnego wyniku.

Statystyka tego rodzaju możebna tylko przy współudziale lekarzy, a mianowicie lekarzy powiatowych, wolno praktykujących, osób duchownych wszelkiego wyznania, a częściowo i nauczycieli wiejskich, a to z tego powodu, że urzędnikowi działającemu przy zestawieniu statystyki stosunki familijne nie są tak znane jak lekarzowi, księdzu i nauczycielowi. Dlatego też tylko przy współudziale wyżej wymienionych osób moglibyśmy dojść do urządzenia statystyki obłąkanych w kraju a z czasem i do rozwiązania pytania: czy choroby umysłowe w kraju naszym wzrastają lub nie.

---

\*) Patrz Nr 42, 43 i 44 Gaz. Lek.

Lecz wróćmy do pierwotnie założonego sobie zadania, wykrycia powodów pomnożenia obłąkanych w naszych zakładach. Jako prawdopodobny powód, na pierwszém miejscu postawiłem pomnożenie się czyli rozszerzenie chorób umysłowych w ogóle. Oprócz tej przyczyny jednakowoż zdaje mi się, opierając się na własném doświadczeniu i ścisłém badaniu, są jeszcze i inne, które, o ile to możebne, postaram się wykazać.

2) Wzrastające zaufanie do zakładów przyczynia się do ich przepelnienia. Cyfry przytoczone w ogólném sprawozdaniu wykazały pomnożenie się chorych w ogóle; dla potwierdzenia zaś drugiego położenia, przytaczam ruch chorych pensyonarzy I-jej klasy w ostatnich pięciu latach. Z poprzednich sprawozdań widzimy, że pensyonarzy pierwszej klasy było w 1867 roku 20, w 1868—27, w 1869—28, w 1870—35, w 1871 r. 45.

Zatém w przeciągu pięciu lat liczba pensyonarzy I-jej klasy leczonych w zakładach pomnożyła się więcej niż w dwójnasób. Przypuszczam, że chory niezamozny musiał być oddany do zakładu z powodu braku funduszków i niemożności utrzymania go w domu, zupełnie jednak rzecz ma się inaczéj z pensyonarzem klasy I. Takich chorych tylko wtenczas zakład mieć będzie, jeżeli krewni i opiekuni chorego mają to przekonanie, że choremu na niczém w zakładzie zbywać nie będzie, że chory nie tylko będzie dobrze żywiony i leczony, ale że pod każdym względem znajdzie opiekę taką, która nie tylko zastąpi mu dom cały, ale nawet da choremu więcej niż to, co w domu mieć może. Opłata dla pensyonarza I-jej klasy na pozór dość znaczna, u mężczyzn wynosi ona 2 rsr. dziennie, u kobiet rsr. 1 kop. 30, miesięcznie zatém rubli 60 i 40. Za takie lub nie wiele większe wynagrodzenie chory znajdzie pomieszczenie w renomowanych nawet zakładach zagranicznych. Jeżeli zatém tego rodzaju chorych nam się uda utrzymać w naszych Warszawskich zakładach, i jeżeli liczba szukających pomocy w ciągu pięciu lat więcej niż podwojoną została, to pełne mam prawo przypisać to zaufaniu jakie publiczność powzięła dla tych zakładów. Jeżeli takie zaufanie w wyższém i wykształcényszém społeczeństwie mogło się wyrodzić, to nie podlega wątpliwości, że ono choć częściowo oddziaływać musiało i na ogół, im więcej zaś zaufanie to się szerzy, czyli im więcej opinia publiczna sprzyjać będzie zakładowi, tém chętniej ogół chorych swych oddawać będzie do tegoż w celu leczniczym lub nawet tylko dla pielęgnowania. Ztąd znowu wynika niedogodność przepelnienia, jeżeli zakładowi nie będzie dana możebność rozszerzenia się stosownie do potrzeb.

3) Przesady, źle pojęta troskliwość i względy dla chorego przyczyniają się do przepelnienia zakładów, a to z powodów:

a) późnego oddawania;

b) przedwczesnego, lub opóźnionego wypisania chorego z zakładu.

Długoletnie doświadczenie pokazało, że najpomyślniejsze wyniki w leczeniu chorych umysłowych osiągają się w zakładach.

Zakład sam przez się jest najlepszym środkiem leczniczym. Im wcześniéj chory przybywa, tém większe prawdopodobieństwo wyzdrowienia, tak, że w zu-



pełnie świeżych wypadkach procent wyzdrowienia dochodzi do 80%, tamczasem dziś ledwie zakłady wykazać mogą od 30—40%. Przyczyny takiej różnicy szukać należy w późnem oddawaniu chorych do zakładu. Niejednokrotnie zdarzyło nam się słyszeć od rodziców, krewnych, opiekunów i t. d., że chorego dlatego tylko nie oddali do zakładu, że chorobę taką uważali za wstyd, za hańbę dla siebie, albo że sądzono, iż chory w zakładzie zostanie bez wszelkiej opieki, że ogolą mu głowę, doprowadzą pod piętrowe i silne nie do wytrzymania kąpiele natryskowe z wody zimnej, że chorego w zakładach biją, katuja, skórę z niego zdzierają i t. d., i t. d. Dlatego trzymano go w domu dopóty, dopóki to było możebne, że leczono go w domu, lecz jak? Takim sposobem minał czas odpowiedni i zamiast poprawy, choroba rozwijała się coraz więcej, tak iż nakoniec przy oddaniu chorego do zakładu nie było już prawie żadnej nadziei wyzdrowienia. Tego rodzaju nieszczęśliwych rok rocznie przybywa daleko więcej niż połowa całej liczby chorych. Cóż więc zyskuje chory skutkiem takich przesądów i takiej źle zrozumianej troskliwości; stracił nadzieję wyzdrowienia, wyniszczył siły fizyczne, a niejednokrotnie przybywa z ciałem pokrytym jeżeli nie ranami to przynajmniej sińcami, w dowód nadzwyczajnej opieki i troskliwości. Zakład zaś zyskał na takim przybyciu tylko powiększenie liczby nieuleczonych; przyczyniających się do przepelnienia oddziału. Chory taki odzyskawszy przez odpowiednie obchodzenie się z nim i przy zastosowaniu zasad higieny i dyetetyki, siły swoje fizyczne, przebywa w zakładzie jeszcze lat 40 i więcej, jak tego codziennie prawie mamy przykłady. Chory tego rodzaju jeżeli pozostaje w zakładzie, niezawodnie żyje dłużej aniżeli będąc pod opieką osób nawet najbliższych, powodem tego sam zakład gdzie wszystko urządzono tak, że chory chcąc niechcąc machinalnie przyzwyczaja się do życia regularnego, spokojnego a nawet i pracowitego, warunki które jak to wiadomo przyczyniają się do przedłużenia życia. Objawy zaś chorobliwe bądź fizyczne, bądź psychiczne, nie mogą uniknąć baczного oka lekarza znającego swoich chorych, ztąd spostrzeżone na samym początku, przez środki odpowiednie łatwiej się usuwają. W ten sposób sam zakład przyczynia się niejako do tego, iż z czasem bywa przepelniony choremi nieuleczalnemi, jak to nawet i teraz u nas ma miejsce. Późne zatem oddawanie chorego już nieuleczalnego do zakładu przyczynia się również do przepelnienia instytutu. Jakiżże na to środek zaradczy? Środki te mogłyby być dwojakiego rodzaju:

a) Ułatwić o ile można przyjęcie chorych świeżych do zakładu;

b) Urządzić oddział nowy dla chorych nieuleczalnych lecz spokojnych.

Co do pierwszego, to jak wiadomo dla przyjęcia chorych obłąkanych w naszych zakładach istnieją pewne przepisy przez Rząd ustanowione. Przepisy te głównie mają na celu uc hronić chorego od nieprawego ograniczenia jego wolności osobistej, jak również i zabezpieczenie jego mienia. Takie nadużycia w naszym kraju, w obec istniejących przepisów są niemożebne i w ogóle należą do nadzwyczajnych rzadkości. Jakoż wyłącznie znaleźć je można w romansach



tylko, lub w szpaltach gazet, celem wywołania pewnego rodzaju wrażenia. Kto tylko cokolwiek obeznany z urzędowaniem i życiem wewnętrznem naszych tegoczesnych zakładów, niezawodnie przekonany, że czyn taki stać się nie może, a gdyby się kiedykolwiek mógł zdarzać, to w takim razie osoby będące przy zakładzie z łatwością mogą być pociągnięte przed sądy do odpowiedzialności lub usprawiedliwienia się jak to niedawno miało miejsce w Belgii i we Francyi, u nas było nawet kilka wypadków wprost przeciwnych, t. j. że zebrani na naradę lekarze w razie wątpliwj diagnozy, nie zawachali się odmówić przyjęcia chorego do zakładu.

Oblakanie jest chorobą, zakłady dla obłąkanych nie są więzieniem, lecz mają jedyny tylko cel leczenia i pielęgnowania chorych, z tych powodów i w obec opieki jaką władze nad nim rozciągają, należałoby zmniejszyć formalności, które nieraz na prowincyi i po wsiach wiele bardzo czasu a nawet i wydatków wymagają, i zezwolić na przyjmowanie chorych obłąkanych do zakładów tak samo jak się przyjmuje w ogóle chorych do szpitali.

Gdyby zaś powyższy pogląd zdawał się zanadto swobodnym, to należy wymagać świadectwa o stanie zdrowia od tego lekarza, który chorego dotąd miał pod swoją opieką, za świadectwo takie lekarz byłby odpowiedzialnym przed prawem. Zarząd zaś dla obłąkanych powinien najmnieij co tydzień składać najbliższej swojej władzy raport o chorych nowo przyjętych. Uwaga tego rodzaju wiele by się mogła przyczynić do łatwiejszego i prędszego oddawania chorych do zakładu, a zatem i do prędszego wyzdrowienia, a przez to uchroniłoby zakład od przepelnienia zmniejszając cyfrę nieuleczonych.

Lecz nie dość i na tem; należałoby wynaleźć jeszcze środki aby niezamoznemu choremu, a raczej jego krewnym i opiekunom dać możność umieszczenia go w zakładzie. Niepodobna wymagać aby Rząd wszystkich chorych tego rodzaju pod wyłączną swą wzięł opiekę. Jest to obowiązkiem gmin, które winny dostarczyć na ten cel środki odpowiednie.

Dla osiągnięcia zaś tych środków możnaby urządzić powszechne opodatkowanie, które dla pojedynczej osoby nie będzie ciężarem a przyczyni się do dobra ogółu.

Co do drugiego, t. j. urządzenia nowego oddziału dla chorych nieuleczonych i spokojnych, czyli tak zwanego zakładu dla pielęgnowania *Pflegeanstalt*, to pytanie to zostaje w związku z wypisywaniem chorych z zakładów, nad któremi teraz zastanowimy się nieco bliżej.

Przy wypisaniu chorych z zakładu, znowu te same przesady i źle zastosowana troskliwość po raz drugi szkodliwy swój wpływ wywierają. Ogólna zasada przy wypisaniu jest ta: wypisać ludzi tylko zdrowych, a nieuleczalnych za złożeniem deklaracyi, oddawać pod opiekę krewnych, albo gminy do której należą.

Co do wyzdrowienia to nikt nie zaprzeczy, że ocenić to może tylko lekarz będący dokładnie obeznany, tak ze stanem fizycznym jak i umysłowym chorego. Nawet przy tych warunkach lekarz jeszcze natrafić może na trudności, albowiem

objawy chorobliwe nie zawsze tak dają się wysledzić jak to ma miejsce przy chorobach somatycznych. Chory tu niejednokrotnie ukrywa swoje błędne pojęcia, nawet omamy i złudzenia, stara się nawet zamaskować uczucie swojego przygnębienia lub nieuzasadnionej radości i przez to nie tylko odwiedzających go krewnych i znajomych, będących czas krótki z nim w zakładzie oszukuje, ale nawet i lekarzy chwilowo w błąd może wprowadzić. Dlatego też powszechnie druga jeszcze przyjęta zasada, t. j. po nastąpieniu wyzdrowienia chorego należy jeszcze czas powien pozostawić pod opieką zakładu, i dopiero wtenczas uważać go za wyzdrowiałego, jeżeli wszystkie czynności organizmu odprawiać się będą normalnie, jeżeli chory poprawia się na ciele i na umyśle. Czas pozostawienia rekonwalescenta w zakładzie bardzo może być rozmaity i zależy tak od ogólnego stanu chorego, jakoteż od formy choroby przebytej i od czasu jej trwania, w ogóle powiedzieć można, na obserwację wymaga się od dwóch tygodni do dwóch miesięcy. Im choroba była trudniejszą i im dłużej trwała, tem dłużej rekonwalescent powinien pozostawać w zakładzie i na odwrót. Czas ten koniecznie jest potrzebny, aby chory znowu przyszedł do sił, aby rozstrojony układ nerwowy nie tylko odpoczął, ale żeby na nowo się wzmoenił. Psychiatryka wymaga tu tylko tego samego, co i każdy terapeuta, mianowicie po ciężko przebytych chorobach, od swoich wymaga pacjentów. Sam chory będący rzeczywiście na drodze wyzdrowienia, nigdy tu nie stawia oporu, mnie przynajmniej nie zdarzyło się widzieć, aby wyzdrowiający, któremu się rozsądnie przedstawiało, że dla utrwalenia jego zdrowia pobyt w zakładzie powinien być przedłużonym, gwałtem żądał wypisu. Owszem chorzy tacy radę taką przyjmują z wdzięcznością, chętnie pozostają w zakładzie, czując na sobie zbawienny wpływ tegoż a nawet sami krewnych starają się przekonać o niezbedności i korzyści takiego postępowania. Taki tylko chory rzeczywistą przedstawia rękojmię, że choroba zupełnie i gruntownie została usunięta. *(Dokończenie nastąpi).*

---

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy

Przez Dra M. H e i t l e r (*Wiener Medizinische Presse*).

Spolszczył Dr. A. Stockmann.

Liczne prace i doświadczenia dokonane w ostatnich czasach nad procesem gruźliczym, rozjaśniły o wiele pojęcie tego cierpienia, bardzo jednak mało wpłynęły na postęp w rozpoznawaniu i leczeniu tej złośliwej choroby. W obecnej chwili jest rzeczą dosć obojętną, czy uważać będziemy cierpienie w danym wypadku za gruźlicę, czy też za zapalenie płuc z zejściem w nacieczenia serowate, że zaś „największem niebezpieczeństwem dla suchotników jest łatwe powstawanie u nich gruźlicy,” dlatego też nie popełnimy błędu, uważając z góry ich cierpienie za gruźlicę. Dla lekarza praktycznego ważnem będzie rozstrzygnięcie kwestyi, czy sprawa patologiczna zachodząca w płucach doprowadzi do ich zniszczenia, a tem samem wywoła letalne zejście, i czy jest w możności powstrzymać za pomocą odpowiednich środków sam rozwój sprawy chorobowej a przynajmniej przedłużyć jej prze-



bieg. Skoro sprawa chorobowa postąpiła daleko, rokowanie wypadnie jak najgorsze i leczenie pozostanie bez żadnego skutku, w początkach zaś cierpienia przy lekko przedłużonym wydechaniu, cieplem szmerze oddechowym, lub lekkim rżeniu w szczytach płuc niepodobna przewidzieć czy powstanie gruźlica, czy tylko zapalenie z zejściem w nacieczenie serowate. Szczęściem w razach wątpliwych niepewność bynajmniej nie wpływa na samo leczenie chorego, w obu razach postępowanie będzie jednakiem.

Rozpoznanie gruźlicy nie stanowi nie trudnego; sam wygląd chorego i anamneza czynią zbyt częstym dalsze badanie, do którego wtedy przystępujemy li tylko dlatego, aby się przekonać jak znaczna część płuc zajęła sprawa niszcząca. Każdy jednak doświadczony lekarz przyzna, jak trudno nieraz w danym wypadku określić stanowe, czy mamy do czynienia z gruźlicą. Cierpienie to nie zawsze występuje w postaci charakterystycznej, często bardzo mamy do czynienia z szeregiem objawów bardzo łatwo w błąd wprowadzić mogących. Trudność tę przedstawia nie tylko gruźlica ostra, której rozpoznanie udaje się niekiedy po dokładnym ocenieniu wszystkich dodatnich i ujemnych objawów, toż samo ma miejsce z formami ostreń lub przewlekłymi w początku ich rozwoju, gdyż często są one maskowane przypadłościami innych cierpień. Często chorzy uskarżają się na bicie serca, słaby żołądek lub inne zbożenia w trawieniu, twierdzą, że płuca ich przytęm znajdują się w dobrym stanie, że nigdy nie kaszłą i t. d. Pytajmy jednak dalej, a dowiemy się, że od pewnego czasu czują znaczne osłabienie, że bez żadnej widocznej przyczyny zaczynają chudnąć, że poją się silnie w nocy i t. d. Imi jednak kładą tylko nacisk na bicie serca, w którym podejrzewają istnienie wady, lub przypuszczają obecność „czegoś” w żołądku. Niekiedy gruźlica zaczyna się objawiać nie tylko pod formą przewlekłego kataru żołądka, towarzyszy jej ostre cierpienie żołądka obok gwałtownej biegunki. *A n d r a l* powiada: „Istnieją niekiedy wypadki suchot płucnych, których wystąpieniu towarzyszy ostre zapalenie żołądka. W pośród dobrego stanu zdrowia indywidua uczuwają ból w okolicy nadbrzuszej i to różnego natężenia; uskarżają się na nudności i skłonność do wymiotów, język jest przytęm czerwony i podsycha, pragnienie silne męczy ich ciągle, jednocześnie kaszłą i przedstawiają objawy prostego nieżytu oskrzeli, który dla lekarza zdaje się mniejszej wagi aniżeli cierpienia żołądka. Po upływie mniej lub więcej długiego czasu, objawy gastryczne znikają, a mimo to stan chorobliwy istnieje, zjawiają się krwioplucia, występuje duszność, nakoniec wszystko zwiastuje stan gruźlicy płuc” (*Clin. med. IV, p. 281*). Badając podobnych chorych, często nie znajdujemy nic prócz lekkiego stłumienia odgłosu perkusyjnego na wierzchołkach płuc.

Zwracam tutaj uwagę na fakt, że jak wiadomo sprawa gruźlicza zaczyna się prawie zawsze od szczytów płuc, w większej też liczbie wypadków w szczytach znajdujemy pierwsze ognisko nacieczenia. Perkutując szczyty płuc, nie należy się ograniczać jedynie tylko okolicą około kolumny kręgowej, należy wy badać dobrze cały dół nadobojczykowy, bardzo bowiem często dopiero w zewnętrznej jego części spotykamy stłumienie odgłosu, świadczące o istnieniu ogniska naciekowego. W zwykłych już warunkach ton w tej części bywa zwykle krótszym aniżeli gdzieindziej, a szczupłość miejsca nie dozwala użyć plesymetru.

Nie same tylko objawy cierpienia innych narządów odwracają uwagę lekarza od stanu płuc, przeciwnie nawet stan samych płuc podaje w wątpliwość istnienie gruźlicy. Jedno lub kilkakrotnie powtarzane badanie nie pozwala nie orzec stanowe, dalsze dopiero objawy usuwają wszelką wątpliwość. Niekiedy gruźlica występuje pod formą śluzotoku oskrzelowego z obfitą bardzo wydzieliną, w płucach znajdujemy objawy nieżytu. Widoczne jednak chudnienie chorego, upadek znaczny sił, nareszeie ciągle gorączka zachęca do skrupulatnego codziennego badania, które prędzej lub później wykaże nam istnienie stopienia odgłosu w szczytach i resztę charakterystycznych objawów. Największą trudność przedstawiają te wypadki, w których należy postawić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy gruźlicą i rozchodzącem się krupowem zapaleniem płuc. Jednorazowe wy badanie nigdy i tu nie wystarczy, dopiero obserwacja kilkodniowa rozjaśnia stan rzeczy i pozwala na pewne rozpoznanie. Niekiedy jednak fizykalne badanie z uwzględnieniem anamnezy dozwala na ścisłe rozpoznanie. I tak np. jeżeli spotkamy się ze stłumieniem odgłosu na całej przestrzeni płuca, obok tego istnieje szmer współdzwięczny o pęcherzykach średniej wielkości a nawet oddech oskrzelowy, gdy przytęm chory gorączkuje, a wiemy z pewnością, że co do czasu powinien proces pneumoniczny rozchodzić się (w drugim tygodniu choroby) a nawet rozejść zupełnie; w takim razie możemy przyjąć, że mamy do czynienia z gruźlicą a nie z rozchodzącem się zapaleniem płuc. Zwracam szczególnie uwagę na jednostajność fizy-

kalnych objawów, którą z małym cieniowaniem zawsze znajdujemy; mogą przytém znaleźć się części płuca, dające przy opukiwaniu odgłos bębniasty, z cichym oddechem oskrzelowym, ze szmerem bynajmniej nie średnio-pęcherzykowym, zresztą cały obraz może się zmieniać w dalszym przebiegu. W każdym razie znajdzie się chwila w przebiegu choroby, w której obraz choroby przez nas przedstawiony występuje w całej pełni. Podobnej jednostajności objawów fizykalnych nie spotykamy nigdy przy rozchodzącej się sprawie pneumonicznej, przeciwnie w tym ostatnim razie znajdziemy wielką różnorodność. I tak np. w dolnej części płuca może już istnieć oddech pęcherzykowy normalny, nieco wyżej znajdziemy przy opukiwaniu ton nieco bębniasty a przytém szmer wilgotny drobno-pęcherzykowy z wydechaniem oskrzelowym, wyżej jeszcze wyraźny, oddech oskrzelowy; wszystko zależy od stanu w jakim znajduje się wysięk zapalny od jego przemian i częściowego wessania. Przeciwnie przy gruźlicy część płuca raz zajęta sprawą chorobową nie uwalnia się od niej już więcej, a gruźlica zajmując coraz to nowe części płuca, da nareszcie na całej jego przestrzeni jednostajny obraz fizykalny. Zresztą obraz ten z czasem, gdy choroba trwa dłużej może ulegać pewnym zmianom, skoro nacieczenie ulegnie dalszym losom. W takich razach powstaje znowu wątpliwość czy czasem nie mamy do czynienia z pozostałościami zapalenia krupowego, którego wysięk uległ zserowaceni. Brak jednak silnych dreszczów w początku choroby oraz charakterystycznej plwociny, każą raczej domyślać się istnienia gruźlicy.

Zdarzają się i takie wypadki, w których tylko anamneza i sam przebieg wysiewlają prawdę. W górnej części płuc spotykamy stłumienie ze szmerem oddechowym średnio-pęcherzykowym współdziwicznym. Stłumienie podobne zajmować może mniejszą lub większą przestrzeń górnego płata płuca. Jeżeli przytém indywiduum chore przedstawia wyraźne objawy niedokrewności, dalej powiada nam, że od dwóch tygodni gorączkuje i kaszle, że przed gorączką kaszlało także, że od pewnego czasu zaczęło chudnąć, wtedy przyjąć możemy, że mamy do czynienia nie z rozchodzącym się procesem krupowego zapalenia ale z rozpoczynającą się gruźlicą. W pewnych razach jednak ani anamneza, ani wygląd chorego nie upoważniają do rozpoznania gruźlicy. Pacjent był przedtém zdrow zupełnie, klatka piersiowa jest dobrze rozwiniętą, w ogóle wygląda dobrze; w podobnym razie nechroń nas od pomyłki uwzględnienie obrazu, jaki przedstawia rozchodzące się zapalenie płuc i sam przebieg choroby. W ciągu dni kilku rozpoznanie zaczyna nabywać pewności, ograniczone stopienie pozostające przez długi czas *in statu quiescenti* zaczyna się rozszerzać szybko, gorączka trwa ciągle, upadek sił jest bardzo znacznym, wtedy dopiero chory przedstawia obraz wyraźnej gruźlicy.

## Wiadomości bieżące.

— Czerdziestypiąty zjazd niemieckich naturalistów i lekarzy w Lipsku. W r. 1822 O k e n dał poehop pierwszy, by naturalisci i lekarze corocznie zbierając się mieli sposobność do wspólnej wymiany myśli, do ogłaszania nowych odkryć i wynalazków, które mogłyby być tym sposobem ogólnemu poddane rozbirowi. O k e n więc, rzecz można, jest założycielem stowarzyszenia wszystkich niemieckich naturalistów i lekarzy, zjeżdżających się raz do roku w celu przedstawienia i wykazania ogólnego postępu nauki. O ile O k e n'owi należy się zasługa, że był podjemcą tak doniosłej idei, o tyle znowu znakomity H u m b o l d t wlał życie w nowo założone zgromadzenie i wskazał mu jasno pole działania. Znaczna liczba niezonych przyjęła wkrótce udział w zjazdach, a obecnie prawie dwutysięczna liczba członków dostatecznie przemawia za rozwojem i zrozumieniem doniosłego celu zjazdów w mowie będących.

W r. b. przewodniczącymi zgromadzenia byli prof. T h i e r s e h i Z i r k e l, który to ostatni obranym był jeszcze w roku zeszłym w Kostoku w miejsce prof. L e u k a r t'a. Pierwsze posiedzenie ogólne zgromadzenia odbyło się w dniu 12 sierpnia o godzinie 10 rano w sali teatralnej. Prof. T h i e r s e h zagaił posiedzenie, następnie prof. Z i r k e l odczytał ustawę zgromadzenia i życiorys H u m b o l d t'a, prof. zaś L u d w i g i P r e y e r przemówili ogólnie do zebranych członków, poczem zgromadzenie podzieliło się na oddziały (sekeye), na czem też zakończyło się pierwsze posiedzenie.



Sekeya anatomii i fizyologii. Następujący członkowie przedstawili swe prace: **Hitzig** (z Berlina), **Notnagel** (z Wrocławia) i **Meynert** (z Wiednia): o budowie mózgowia.

**Fleehsig** (z Lipska): O rozwoju substancji rdzeniowej w ośrodkowym systemie nerwowym.

**Dittmar** (z Lipska): O położeniu ośrodka naczyniowego w rdzeniu przedłużonym (*medulla oblongata*).

**Schaafhausen** (z Bonn): O poszukiwaniu sądowo-lekarskim plam krwawych.

**Rosenthal** (z Berlina): O ruchach oddechowych.

**Merkel** (z Lipska): O skurczliwości mięśni.

**Offmann** (z Berlina): O glikogenie w wątrobie.

**Hoeyer** (z Warszawy): O bezpośrednim połączeniu pomiędzy tętnicami i żyłami.

Sekeya medycyny wewnętrznej.

**Vogel** (z Dorpatu) mówił o żółtaczce (*icterus*).

**Schütz** (z Pragi): O używaniu bromu w sprawach dławico-błoniowych.

**Köhler** (z Halli): O apomorfynie jako środka wymiotnym.

W ogóle sekeya medycyny wewnętrznej była słabo przedstawioną, jeszcze gorzej było w tym roku z sekeyą chirurgiczną; brakowało pierwszorzędných nazwisk, z wyjątkiem **Volkmanna** i **Hunetera**, którzy byli obecni. Przewodniczącym sekeyi chirurgicznej był prof. **Uhdé** z Brunświku.

Sekeya anatomii patologicznej. **Rindfleisch** (z Bonn), **Wagner** (z Lipska) i **Ackermann** (z Rostoku) mówili o naczyniach płucnych i o szczególnej formie przewlekłego zapalenia płuc i oskrzeli (*bronchopneumonia chronica*). **Friedländer** (z Halli) opisywał wzajemny do siebie stosunek wilka (*lupus*), zółzow (*scrophulosis*) i gruźlicy (*tuberculosis*), **Osth** (z Bonn) mówił o przyczynach róży (*erysipelas*).

W sekeyi dla chorób usznych głównie brali udział: **Lueae** (z Berlina), **Wendt** (z Lipska) i **Zulauf** (z Pragi).

W sekeyi akuszeryi głównie **Credé** (z Lipska), **Schultze** (z Jeny), **Webber** (z Pragi), **Birnbäum** (z Gießen), **Olshausen** (z Halli) rozpatrywali pomiędzy innemi rzecz o pierwotnym oddechaniu i chorobach łożyska.

W sekeyi dla psychiatrii, będącej pod przewodnictwem **Flemminga**, **Meyer** (z Göttingen) mówił o zbożeniach w wykształcaniu czaszki, rzecz poparta była przedstawianiem okazów, **Mehede** rozbiierał psychozy dzieci.

Sekeya higieny publicznej najliczniej była w tym roku przedstawioną, liczyła bowiem z górą 300 członków. Armia austriacka była znakomicie przedstawioną, 24 lekarzy brało udział w rozprawach, pomiędzy innemi byli obecni: **Frisch**, **Neumann**, **Paul**, **Dworski**, **Mundy**, **Böhm**, **Keller**, **Melzer**, **Schwarz**, **Bartha**, **Zaufal**, **Fillenbaum**, **Netolicki**, **Magiarić**, **Portik**, **Matzal**, **Rambašek**, **Atzinger**, **Buberl**, **Vogel**, **Mühlwenzel**, **Molitor**, **Schirmer**, **Strausser**. Przewodniczącym w tej sekeyi był **Sachs** z Halberstadt. Posiedzenie zagał **Hebrecht**, podnosząc palącą obecnie w Berlinie kwestyę, mianowicie „o potrzebie mieszkań”. W rozprawach bardzo ożywionych brali udział: **Pieper** (z Drezna), **Bernhardi** (z Eulenburga), **Varndrapp** (z Brunświku) i **Mundy** (z Wiednia). Przewodniczącym w sekeyi higieny i medycyny wojskowej był **Roth** (z Drezna). **Mundy** podniósł jedną z najżywszych kwestyj higieny wojskowej, mianowicie o oczyszczaniu pobojuwiska i o sposobach ku temu, jakie w czasie pokoju mają być przygotowane.

Oprócz wyżej wspomnianych utworzyły się jeszcze oddziały dla meteorologii, chemii rolniczej i geografii.

Dnia 14 sierpnia było posiedzenie ogólne, które zagał **DuBois Reymond**, mówiąc o granicach badania w naukach przyrodzonych. **Fischer** (z Wrocławia) miał następnie rzecz o rozwoju chirurgii wojennej, a **v. Dehon** (z Bonn) o rozwoju mineralogii i geologii w ostatnich 50 latach.

Kassy wspólne i uczęszczanie do teatru mieściły się w przerwach posiedzeń, 17 zaś sierpnia posiedzenia zostały zamknięte.

— O kąpielach piaskowych (*Sandbäder*). Kąpiel piaskowa polega na otoczeniu części lub też całego ciała, z wyjątkiem głowy, piaskiem, zwykle ciepłym, bądź to ogrzany naturalnie przez promienie słoneczne lub ciepło ziemi, bądź sztucznie. Piasek do kąpeli uży-

wany jest albo suchy lub wilgotny. Dla dorosłego w zakładzie kąpielnym piaskowym w Dreźnie używają 10—12 wiader, dla dzieci 4—6 wiader.

Suchy piasek zawiera więcej ciepła jak także sama objętość wody. Wymiana ciepła pomiędzy piaskiem a ciałem nie jest tak żywą jak pomiędzy wodą a ciałem. Według *F l e m m i n g'a* kąpiel, której ciepłota wynosi 40—41°, a nawet 42,5°, jest raczej chłodną aniżeli ciepłą, chory nie uczuwa wcale ciepła, przynajmniej w pierwszej chwili. Ciepłota kąpeli z początku podawanej 46,3—47,5°, po kilku dniach podwyższa się o 1,2—2,4° C., w końcu zaś prawidłowa ciepłota kąpeli powinna wynosić 50°. Od tego pravidła wiele jest wyjątków. Dla osób drażliwych z czułą skórą przyrządza się mniej ciepłą kąpiel, dla chorych ze skórą chorą, obrzękłą, odpowiednią jest ciepłota kąpeli 52,5 a nawet 54°. Pod względem stopnia ciepłoty kąpeli piaskowych *S t u r m* poczynił te same spostrzeżenia co i *F l e m m i n g*. Według *C o r d e s'a* ciepłota kąpeli winna wynosić od 35—50°, pojedyncze zaś cierpiące członki mogą być okładane cieplejszym piaskiem.

Podobne stosowanie rozmaitego stopnia ciepłoty w jednym czasie w kąpielach wodnych jest ograniczone. Do częściowych kąpeli można w ogóle używać cieplejszego piasku jak do całych.

Otaecanie ciała piaskiem w zakładzie drezdeńskim uskutecznia się w następujący sposób: dno basenu lub wanny cynkowej wysypuje się na 5 cali piaskiem, na to siada chory, jeżeli bierze tylko kąpiel częściową, w tym ostatnim razie górna część ciała pokrywa się wełnianą kołdrą. Następnie posługacz sypie ostrożnie warstwę piasku w około i na kończyny dolne i w około miednicy 5—6 cali wynoszącą, przy całej kąpeli również około brzucha i klatki piersiowej, mniej na barki i kończyny górne. Każda część ciała osypana piaskiem musi bezwarunkowo leżeć spokojnie.

W czasie kąpeli *S t u r m* nie zaleca robić zimnych okładów na głowę, lecz kąpiel ze zwyczajnej wody, której ciepłota wynosi 37,5° C. *F l e m m i n g* w celu oczyszczenia ciała z piasku poleca natryski, ciepłota wody w tym celu używanej, ma wynosić 26° C., *C o r d e s* również natryski z wody słodkiej lub morskiej, ciepłota których jest o wiele niższą jak natrysków, przez *F l e m m i n g'a* zalecanych.

Czas trwania kąpeli stosownie do okoliczności jest rozmaity, od 25—50 minut, przy kąpielach częściowych nawet do 60 minut, zwykle od 40—45. Kąpiel bierze się codziennie lub co drugi dzień, a nawet dwa razy w dzień. Cały czas leczenia trwa od 4—8 tygodni.

Działanie fizjologiczne: chory siedząc 5—15 minut w kąpeli piaskowej czuje przyjemne ciepło, po następnych 5 minutach na niepokrytych częściach na skórze pojawia się pot, zwiększający się aż do końca trwania kąpeli; przed wystąpieniem potu skóra nieco się czerwieni. Jeżeli po 10 minutach trwania kąpeli z danej części ciała odsłoniemy piasek, wtedy spostrzegamy, że warstwa piasku kilka cali wynosząca przylega do skóry. Od skutku potnięcia pojawia się chęć do napojów. Przy końcu kąpeli piaskowej, której czas trwania i ciepłota są średnie, ciepłota podnosi się średnio w dole pachowym o 1,5° C., najwyżej o 2,25° C., niekiedy zaś tylko o kilka dziesiątych. Liczba tętna pomnaża się o 5,8<sup>0</sup> na minutę.

Kąpiele piaskowe polecają się szczególnie przy podupadłej czynności skóry, w chorobie *B r i g h t'a*, w gościecu stawowym (*rheumatismus articularis*), nerwobolu kulszowym (*ischias*), w dnie (*arthritis*), zolzach (*scrophulosis*), w porażeniach reumatycznych. Ciekawem jest, że już Arabowie w przymocie używali od 20—30 kąpeli piaskowych, żywiąc się przytęm chlebem i miodem. Chory umieszczony był po szyć w piasku, pozostawał w nim przez cały dzień, wieczorem zaś przyjmował skromny posiłek. Kąpiel taka trwała przez cały miesiąc. (*Z dzieła Dra P. M. Lersch'a: „Polymorphe Balneologie“*).

— O działaniu weratryny. Na posiedzeniu francuzkiego towarzystwa naukowego w Bordeaux, dniu 9 września r. b. Dr *B i t o t* odczytał rozprawę o działaniu weratryny w cierpieniach sercowych. Na mocy doświadczeń fizjologicznych i obserwacyj klinicznych Dr *B i t o t* oznaczył sposób działania weratryny i porównując go z działaniem narstniicy, wyprowadził następujące wnioski:

1) Weratryna jest środkiem bardzo skutecznym w zaburzeniach układu krwionośnego.

2) Daje się dobrze zastosować szczególnie w zaburzeniach wywołanych czynnym przerostem serca.



3) Użycie jej w dawkach fizyologicznych nie powoduje działania akumulacyjnego, przy dłuższem więc jej zadawaniu nie należy obawiać się podobnych skutków jak przy naparstnicy.

4) Przy wyżej wzmiankowanych zaburzeniach działanie jej jest ubocznie kompensującym. Pobudzając wrażliwość i kurezliwość mięśni życia zwierzęcego, uspakaja przytem chorobliwe podwyższenie czynności układu nerwowego i włókien kurezliwych życia organicznego.

5) Działanie więc jej jest kojące i pobudzające zarazem względnie dla serea.

6) Weratryna różni się znacznie w działaniu od naparstnicy, korzystnie więc da się zastosować przy wyczerpaniu działania naparstnicy.

7) Użycie weratryny również jak i naparstnicy, jest przeciwwskazanem w ostatnich okresach zaburzeń układu krążenia.

8) Z powodu swego działania weratryna może znaleźć zastosowanie w cierpieniach nerwu sympatycznego. *(Gazette hebdomadaire).*

— Wyjątki z nowszej literatury o cholery. J e n k i n s (*Ausicht über Verbreitungsweise der Cholera*) po wielu ścisłych obliczeniach i zestawieniu wielu tysięcy faktów, przyjmuje istnienie w powietrzu wielkich prądów cholerycznych, będących w związku z częstotnością lub rzadkością z jaką słońce wraca do tychże samych punktów na płaszczyźnie równika. Przyjmuje siedm miejsc powstawania cholery, położonych w równej od siebie odległości w pobliżu zwrotnika raka. Najważniejszém jest delta Gangesu, drugie w Chinach, trzecie na północ od Mekki, czwarte przy zachodnim brzegu Afryki, piąte na północ od wysp Zachodnich Indyj, szóste w dolnej Kalifornii a siódme na wyspach Sandwich. Wszędzie epidemie powstają z pojedynczych ognisk, przy epidemiach znacznych przyjąć należy, że wszystkie ogniska są czynne. Autor sądzi, że można wykazać związek *maximum* i *minimum* epidemij cholerycznych z położeniem słońca. Ponieważ wedle obliczeń astronomicznych *minimum* peryodu w którym słońce wraca do tego samego punktu wynosi 11 lat 11 miesięcy, autor peryody epidemiczne uważa za półtora raza tak długie. Złpł przypuszcza w 1883 roku silną epidemię, gdyż była dość silna cholera w roku 1866. Podajemy powyższe twierdzenie, które wedle nas bynajmniej nie wzrasza poglądów P e t t e n k o f e r'a na sprawę choleryczną.

J o h n R a d e l i f f e w ostatniem swém dziele (*über die letzte Verbreitung der Cholera*) powiada: chorzy przenoszą chorobę na zdrowych różnemi drogami, najczęściej za pośrednictwem wody przeznaczonej do picia, zanieczyszczonej wypróżnieniami cholerycznemi. Mimo to woda, ziemia i powietrze nie mogą zbyt daleko rozszerzać zarazka, gdyż następuje rozkład substancji zakażającej. Widzimy przytem, że choroba niekiedy robi jakby skoki. Sama nie postępuje ale przenoszona bywa przez zakażonych. Im większy ruch ludności, im bogatsze środki komunikacyi, tém częściej choroba bywa roznoszona. Ze zaś przy rozszerzającym się zakresie kolei żelaznych, coraz bliżej jesteśmy głównego ogniska cholery, t. j. Indyj Wschodnich, przeto spodziewać się wypada silniejszych i częstszych epidemij. Pod tym więc względem budowa kolei żelaznych na Wschód oddzielałaby na stan sanitarny jeszcze gorzej aniżeli dawne karawany pielgrzymów do Mekki. Główne ognisko cholery istnieje w Indiach Wschodnich i w Persyi, w obu tych krajach zbierają się w pewnych miejscowościach olbrzymie karawany pielgrzymów i kupców. Wyglodzona ludność Persyi ciągle jest dziesiątkowana chorobami. Persya zaś za pośrednictwem nowej linii kolei żelaznej, t. j. tyflisko-czarnomorskiej zbliża się znacznie do Europy, z Poti bowiem idą bezpośrednio parowce do Odessy. Obowiązkiem jest Rządu Rossyjskiego przedsięwziąć na tej drodze odpowiednie środki sanitarne zapobiegawcze szerzeniu się cholery.

J o h n M a c p h e r s o n przedsiębrał „Studia nad cholera od najdawniejszych czasów aż do 1817 roku,” w których wykazuje, że cholera nie powstała bynajmniej w Sanderbands w roku 1817, ale że wystąpiła już w roku 1503. W Europie była znana przed początkiem naszej ery, wykazuje autor, że już Hypokrates i Cels znali ją. Pisarze arabscy wspominają, że była w X i XI wieku w Bagdadzie. Dopiero jednak w XIX wieku spotykamy się z jasnym opisem. W roku 1543 panowała w Goa i pozostała jako endemiczne cierpienie wybrzeża malabarskiego, dopoki w 1817 roku nie zamieniła się w straszną ogólną epidemię.

— Leczenie cholery za pomocą podskórnych wstrzykiwań morfiny. Podczas epidemii cholery, która panowała przy końcu roku zeszłego w Konstantynopolu i w Hasskien (mieście zajmowanem przez angielską kompanię handlową), Dr J. P a t t e r s o n robił wiele do-

świadczeń nad działaniem podskórnych wstrzykiwań morfiny. Skutek podobnego leczenia ma być rzeczywiście zadziwiającym nawet w najcięższych wypadkach. W zwykłych wypadkach jednorazowe lub dwukrotne nastrzyknięcie  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{1}{2}$  grana octanu morfiny ma być zupełnie wystarczającym, w cięższych zaś należy powtórzyć wstrzykiwania trzy lub cztery razy. Dr P a t t e r s o n nie utrzymuje przytęm wcale jakoby morfina miała być środkiem specyficznym na cholere, zwraca tylko uwagę na sposób zadawania lekarstw jako najszybciej sprowadzający działanie i dający przez to czas i możność stosowania innych środków. Rezultaty otrzymane przy powyższem leczeniu są następujące: na 10 chorych leczonych zwykłemi sposobami 1 wyzdrowiał a 9 umarło; na 42 chorych leczonych podskórniemi wstrzykiwaniami morfiny 22 wyzdrowiało a 20 umarło. Jestto wprawdzie prawie połowa, ale należy wspomnieć, że z pomiędzy tych 20, ośmiu było bez nadziei jeszcze przed zastosowaniem leczenia, tak, że w rzeczywistości można liczyć wypadków 34, w których śmiertelność była 12 na 34, między zaś tymi 12 zmarłymi było trzech pijaków i jeden starzec liczący więcej niż 60 lat wieku. *(Medical Times and Gazette).*

— Epidemiczne wystąpienie żółtaczki kataralnej. Dr D i a m a n t o p u l o s ze Smyrny donosi, że w ciągu zimy z 1871 na 1872 rok panowała w tém mieście prawdziwa epidemia żółtaczki kataralnej. Choroba zwykle rozpoczynała się katarem żołądka i dwunastnicy, chociaż były wypadki żółtaczki bez stanu chorobliwego żołądka i kiszek. Przyczynę choroby przypisuje głównie wilgotnej i chłodnej zimie. Szczególniej zaziębnienie uważa za powód epidemicznego wystąpienia choroby, w czém zgadza się z B a m b e r g e r'em. Że jednak choroba trwała tylko przez pewien czas, bez względu na to, że warunki do zaziębnienia istniały ciągle, przeto przypuszcza czy czasem nie istnieje szczególny zarazek umiejscawiający swe działanie na kiszke dwunastnicę i przewody żółciowe (podobnie jak zarazek kokluszu na krtań), który wywołuje prawdziwą epidemję żółtaczki kataralnej; w ogóle wypadki chorobowe nie były ciężkie, tak, że już dyeta odpowiednia i środki przeczyszczające wystarczały do wyleczenia chorych.

— Cholera w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 31 z. m. (włącznie) do dnia 6 listopada zachorowało na cholere 161, z których wyzdrowiało 85, umarło 57, najwięcej zachorowało w d. 5 b. m. (32 osób), najmniej w d. 3 t. m. (11 osób). Od początku pojawienia się cholery zachorowało w ogóle osób 647, umarło 264, wyzdrowiało 246. W obec tego stanu komitet choleryczny rozwija największą działalność celem wstrzymania dalszego szerzenia się cholery. Postanowiono, aby chorzy na cholere nie byli przyjmowani na kurację do ogólnych szpitali miejskich, i dla nich urządzone wyłącznie trzy oddziały choleryczne: jeden na Pradze przy szpitalu tańtejszym, drugi przy szpitalu starozakonnych na Pokornej, trzeci za rogatkami Wolskimi w Pradol (dawniej ogród i dom Ohma). Zwrócono ponownie uwagę mieszkańców stolicy, aby nie lekceważono najmniejszej biegunki; uznano za konieczne, aby ciała zmarłych na cholere grzebano po zaświadczeniu o rzeczywiście następięcej śmierci przez lekarzy, którzy leczyli chorych, lub lekarzy miejskich; postanowiono, aby ciała zmarłych na cholere, mające być grzebane na ogólnych cmentarzach i wystawiane dla odprawienia nabożeństwa w kaplicach na cmentarzach się znajdujących (nie w mieście położonych), po dokonanej już desinfekeyi, zamykane były w metalowych hermetycznie zalutowanych trumnach. Towarzystwo lekarskie ze swej strony zwróciło uwagę na artykuły o cholere ogłaszane przez lekarzy po pismach nielekarskich i uznawszy je za pozbawione wszelkiej podstawy naukowej, za upozorowaną li tylko reklamę ubliżającą godności stanu lekarskiego, celem zapobieżenia pojawianiu się nadal takich gorszących wystąpień, wystosowało odezwę do pism politycznych z ostrzeżeniem publiczności co ma sądzić o wartości i celach podobnych artykułów popularnych.

— Z drukarni Gazety Lekarskiej wyszła dzisiaj broszura pod napisem: R e g u l a m i n e c h o l e r y c z n y do użytku władz lekarskich, lekarzy i publiczności, ułożony przez Professorów G r i e s i n g e r a, P e t t e n k o f e r a i W u n d e r l i c h a.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

---

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

---



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

**TREŚĆ:** Rozprawy naukowe. Ciechocińskie kąpiele błotne czyli torfowe (*Moorbäder*). Skreślił Dr A. Stockmann, lekarz ordynujący szpitala św. Tadeusza w Ciechocinku. Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie V z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za r. 1871. Napisał Dr med. A. Rothe, naczelny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów, Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. Przyczynki do rozpoznawania gruźlicy. Przez Dra M. Heitler. Spolszczył Dr A. Stockmann. Wiadomości bieżące. Czterdziesty piąty zjazd niemieckich naturalistów i lekarzy w Lipsku. O kąpielach piaskowych. O działaniu weratryny. Wyjątki z nowszej literatury o cholery. Leczenie cholery za pomocą podskórnych wstrzykiwań morfiny. Epidemiczne wystąpienie żółtaczki kataralnej. Cholera w Warszawie. Regulamin choleryczny. Dodatek. Farmacyi T. III ark. 37. Medycyny Sądowej T. I ark. 4. Pediatrii ark. 34. Syfilidologii ark. 19.

## Ciechocińskie kąpiele błotne czyli torfowe (*Moorbäder*).

Skreślił Dr A. Stockmann, lekarz ordynujący szpitala św. Tadeusza w Ciechocinku.

W roku bieżącym zakład leczniczy w Ciechocinku wzbogaconym został nowym nabytkiem bardzo ważnym pod względem leczniczym, t. j. odpowiednio urządzone łaźniakami do kąpiele błotnych, czyli właściwie mówiąc torfowych. Już w latach poprzednich przygotowywano tego rodzaju kąpiele w łaźniakach ogólnych; przygotowanie to jednak dorywcze i nieodpowiednie wymaganiom sztuki było niedostatecznym i dlatego też postanowiono urządzić oddzielne zupełnie łaźniaki i przyrządzać kąpiele na wzór tak zwanych Moorbadów Franzensbadzkich. Łaźniaki nowo wybudowane pomieszczone około dawnych łaźniak Nr 2, posiadają 6 oddzielnych gabinetów kąpielowych, zbiornik ogólny dla przyrządzania masy błotnej i są ogrzewane za pomocą pary, dostarczanej przez kocioł umieszczony w zabudowaniach łaźniak Nr 2. W każdym z gabinetów pomieszczono wannę stałą, która może być napełniana solanką półtoroprocentową ogrze-

waną w samej wannie za pomocą pary przepuszczanej przez solankę. Wanny w których pomieszcza się masa błotna są drewniane lakierowane, opatrzone kółkami i napełniane są wprost ze zbiornika, zawierającego ciepłą masę błotną przygotowaną odpowiednio do kąpiei.

Torfu dostarczają łąki otaczające Ciechocinek. Torf ten pocięty w cegielki, lekko podsuszony zostaje oczyszczonym o ile możności od części ziemistych i rozdrobniony, za pomocą przecierania przez siatkę drucianą. Tak przygotowany torf pomieszcza się w zbiorniku drewnianym, rozrabia solanką półtoroprocentową na gęstą masę, a następnie ogrzewa przez przepuszczenie przez nią pary, stanowiącym tym sposobem gotowy materiał do napełniania wanien ruchomych. W Franzensbadzie zwykle torf ulega jeszcze zmieleniu przed zarobieniem, torf ciechociński nie wymaga tej manipulacji, gdyż nie zawiera w sobie bryłek grubszych i stanowi więcęć masę jednolitą drobnoziarnistą i pulchną. Po napełnieniu wanny należy jeszcze masę błotną dobrze przemieszać, aby uniknąć warstwowania się masy odpowiednio do gęstości i temperatury i dokładnie oznaczyć temperaturę kąpiei przepisaną przez lekarza. Wanna napełnia się tak głęboko, aby chory siedząc w niej, pogrążał się w massie do pach. Oprócz wanien dużych są także wanienki małe dla dzieci. Temperatura kąpiei wynosi zwykle 24—28° R. Średnio na kąpiel dla osoby dorosłej używa się od 80—120 funtów torfu; zaczynając od kąpiei rzadszych i przechodząc stopniowo do gęściejszych. Kąpiel trwa od 15 minut do pół godziny. Ogólna liczba kąpiei przepisywanych choremu wynosi zwykle 12—15, nie należy ich powtarzać codziennie, ale co dzień drugi a u dzieci i osób słabszych dwa razy tygodniowo, w dniach pozostałych chory zwykle używa kąpiei zwyczajnych solankowych lub parowych, stosownie do natury cierpienia i uznania lekarza.

Wedle rozbioru dokonanego przez p. M i l i c e r, torf ciechociński zawiera: wody 27,14%, materij organicznych 37,75%, popiołów 35,11%, albo też w ilości 8,4525 grammów torfu znajdujemy 0,05359 gr. części rozpuszczalnych w alkoholu (części żywiczne) i 0,0650 gr. części rozpuszczalnych w wodzie (sole). Cg. torfu przy 6,5° odnośnie do wody wynosi 1,56509. Szczegółowy rozbiór co do części składowych oznaczonym został następująco:

Wody 27,138, materij organicznych 37,751, piasku i gliny 24,165, krzemionki (SiO<sub>2</sub>) 2,530, kwasu fosforowego (P<sub>2</sub>O<sub>5</sub>) 0,247, kwasu siarczanego (SO<sub>3</sub>) 0,562, kwasu węglanego (CO<sub>2</sub>) 0,229, Chloru (Cl) 0,013, tleniku żelaza (Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub>) 4,217, tlenku wapnia (CaO) 2,742, tlenku magnezu (MgO) 0,248, tlenku sodu (Na<sub>2</sub>O) 0,252: razem 100,094.

Porównajmy ten rozbiór z wypadkiem rozbioru torfu Franzensbadzkiego i Marienbadzkiego. Torf wysuszony zawiera małą ilość wody.

1) M a t e r y e n i e r o z p u s z c z a l n e (na 100 części).

	Marienbad.	Franzensbad.
Kwas humusowy . . . . .	10,71	42,11
Węgiel humusowy. . . . .	4,24	—
Żywice . . . . .	2,73	4,39



	Marienbad.	Franzensbad.
Reszty organiczne roślinne. . . . .	50,88	15,37
Krzemionka . . . . .	0,15	0,23
Glina. . . . .	—	0,28
Wapno . . . . .	0,21	0,12
Talk . . . . .	0,14	0,14
Soda . . . . .	—	0,71
Stroncyanna . . . . .	—	0,04
Tlennik żelaza. . . . .	22,92	—
Fosforan tlenniku żelaza . . . . .	1,36	0,18
Siarek żelaza . . . . .	2,25	3,20

## 2) M a t e r y e r o z p u s z c z a l n e.

Kwas źródłowy . . . . .	0,46	2,82
Humin . . . . .	0,25	2,94
Siarczan potażu. . . . .	0,87	0,02
Siarczan sody . . . . .	0,60	1,15
Siarczan magnezyi . . . . .	0,22	0,12
Siarczan wapna . . . . .	0,41	2,69
Siarczan tlenku żelaza . . . . .	0,49	9,78
Siarczan tlenku manganu . . . . .	—	0,05
Siarczan glinki. . . . .	0,09	0,79
Kwas siarczany . . . . .	—	4,80
Kwas krzemny . . . . .	0,09	0,05

Z zestawienia trzech przytoczonych rozbiorów widzimy, że torf ciechociński bardziej zbliża się do torfu Marienbadzkiego, jest bardzo ubogim w części rozpuszczalne. Szczególniej znaczną znajdujemy różnicę w ilości żelaza w stanie rozpuszczalnym. W torfie ciechocińskim, jak wykazuje analiza, widzimy przeważnie tlenik żelaza, połączony z kwasem fosforowym i siarczanym oraz krzemnym, stanowi on tym sposobem mieszaninę znaną pod nazwą żelaza legowego. Torf Marienbadzki zawiera dużo żelaza, ale także tylko w formie nierozpuszczalnej. Tymczasem w torfie z Franzensbad znajdujemy dużo żelaza w formie doskonale rozpuszczalnej, co po części przypisać należy wybornej przeróbce torfu przed użyciem go do kąpieli.

Zresztą oprócz wyliczonych wyżej części składowych, zawsze znajdziemy w torfie pewną ilość wolnych gazów: kwasu węglanego, siarkowodoru, azotu i tlenu; obecność tych gazów w części wywołuje, a głównie jest następstwem rozkładu części organicznych torf składających. Jednym z produktów rozkładu jest także kwas mrówczany, któremu niektórzy nadawali bardzo ważne znaczenie i przypisywali przeważnie działanie wyraźne kąpieli błotnych na organizm.

Zastanówmy się bliżej, co właściwie działać może w kąpieli błotnej.

Nie ulega wątpliwości, że znaczna gęstość masy użytej do kąpieli oddziaływać musi na warunki przebiegu skór nego. Zmienione warunki osmotyczne obok zwiększonego ciśnienia na powierzchnię ciała wywołują koniecznie zmiany w krą-

zeniu, które najwyraźniej występują po kąpieli i manifestują się znacznem zwiększeniem wydzielin, zwłaszcza skórnych. Zmian krążenia w skórze nie należy przypisywać drażnieniu samemu skóry przez obecne w torfie wolne kwasy, zwłaszcza mrówczany, drażnienie to bowiem nigdy nie przechodzi po za granicę lekkiego zaczerwienienia, co zresztą ma miejsce po każdej kąpieli ciepłej, a nie zapominajmy, że kąpiel błotna zawsze jest dobrze ogrzana. Obok gęstości kąpieli niepomierną gra rolę jej temperatura. Niepodobiciństwem jest aby kąpiel błotna w całej swej massie przedstawiała temperaturę jednolitą, przeciwnie istnieją ciągle wahania się ciepłoty w różnych punktach massy błotnej; dana część skóry co chwila jest w zetknięciu z massą błotną różnej temperatury. Niekiedy różnice wynoszą do  $1\frac{1}{2}^{\circ}$  R. Taka ruchliwość ciepłoty dozwala używać kąpieli błotnych dobrze ciepłych tam nawet, gdzie kąpiel jednolitej temperatury odpowiedniej nie byłaby zniesioną. Nie zapominajmy także, że taka ruchliwość temperatury nie pozostanie zapewne bez wpływu na powstawanie naturalnych prądów elektrycznych w ciele ludzkim. Wiadomo zapewne nie jednemu jak kąpiele ciepłe w tak zwanych akrotopege (Teplitz, Gastein, Wildbad) nastrajają organizm. Woda tych kąpieli, tak uboga w składniki mineralne posiada szczególnego rodzaju życiowość, że się tak wyrażę, otóż pod pewnym względem (choć nie u wszystkich indywidualów) kąpiele błotne oddziałują podobnie na organizm. Wielu chorych utrzymuje, że czują się nadzwyczaj lekkimi i rześwymi, chociaż u niektórych trwa to tylko chwilowo i ustępuje ogólnemu zmęczeniu, które dopiero po wypoczynku i śnie ustępuje. Ten ostatni wypadek ma miejsce u osób mocno wycieńczonych.

Składniki nierozpuszczalne torfu pozostają naturalnie zupełnie obojętnymi i nie wchodzi w rachunek działania, wyjąwszy tylko jako massa. Co się tyczy składników rozpuszczalnych, to zachodzi jeszcze pytanie w jaki sposób działać mogą. Na pierwszym miejscu stoi tu żelazo. Czy żelazo absorbuje się przez skórę pokrytą naskórkim? Zdania są podzielone. Dowodów bezpośrednich absorbcyi nie mamy, niepodobna jednakże zaprzeczyć obserwacyi zrobionej zapewne przez wielu kolegów, że są osoby nie znoszące żelaza w najmniejszych dawkach, otóż podobne osoby po przyjęciu kąpieli w wodzie żelazistej doznają wszelkich symptomatów jak po zażyciu żelaza do wewnątrz. Nie jest to bynajmniej grymas hysteryczny, gdyż osoba kąpiąca się nie wie nieraz o składzie wody użytej do kąpieli. Rozumie się samo przez się, że nie podzielamy zdania tych, którzy przypisują torfowi bogatemu w części żelazne, jakieś działanie styptyczne. Pod jakim względem, co znaczy podobne określenie. Jest to piękne określenie ale dla publiki, my lekarze stawiamy między sobą kwestyę jasno, a czego nie wiemy starajmy się dociec a nie ludzię się pięknie brzmiącym wyrazem, który nie rozjaśni i wprowadza tylko w zamęt.

Widzimy więc ztąd, że sposób działania specyficznego kąpieli torfowych nie jest dotąd ściśle sformulowanym. Musimy więc działanie ich odnieść do rzędu zwykłych kąpieli ciepłych, z tą różnicą, że są lepiej znoszone przez osoby mocno osłabione, któreby nie zniosły zwyczajnej kąpieli o temperaturze tak wysokiej jak kąpiel błotna. Nie ulega wątpliwości, że kąpiele błotne w pewnych szcze-



gólnych stanach chorobowych wyśmienite oddają usługi, o tém uczy obserwacya, racjonalna jednak teoria ich działania nie istnieje, obserwacya tylko na większą skalę może nauczyć kiedy i w jaki sposób zastosowywać kąpiele błotne. Otóż pod tym względem obserwacya uczy nas, że kąpiele błotne możemy z pożytkiem stosować w następujących szczególnych razach.

1) Przy wysiękach reumatycznych i artrytycznych u osób słabych, które nie znoszą energicznego zastosowania metody termalnej. Kąpiel błotna od 28—30° R. nie podbudza tak gwałtownie jak kąpiel zwykła tejże samej ciepłoty. Tutaj należą szczególniej pozostałości przebytego reumatyzmu stawowego, oraz hydratrozy chroniczne, dla których punktem wyjścia było obrażenie traumatyczne. Sam miałem sposobność widzieć niejednokrotnie jak po użyciu kilku kąpielei znika zupełnie wysięk wypełniający jamę stawową, bez użycia środków epispastycznych. Żadnego pożytku przeciwnie nie przynoszą kąpiele błotne przy reumatyzmie czysto mięśniowym, niekiedy nawet pogarszają stan chorego; w tym ostatnim razie daleko lepsze usługi oddają ciepłe kąpiele solankowe stosowane naprzemian z kąpielami parowymi.

2) Wszelkiego rodzaju nadezłości, bóle newralgiczne, zwiększona pobudliwość rdzenia na podstawie zwłaszcza hysterycznej, *tabes dolorosa*, ustępują nieraz rozsądnie stosowanym kąpielom błotnym. Szczególniej newralgio na podstawie reumatycznej. Obserwowałem skrupulatnie kilku chorych cierpiących na *ischias* i prócz jednego wypadku, w którym podejrywać należało istnienie zmian w samych kościach kręgow krzyżowych, widziałem znakomite polepszenia po użyciu 12 kąpielei błotnych.

3) Trzecią grupę cierpień kwalifikujących się tutaj stanowią porażenia, oparte na cierpieniu samego rdzenia kręgowego i połączone z przykurzeniami. Często spotykamy się z porażeniami tego rodzaju przy chronicznem zapaleniu rdzenia, próchnieniu kręgow (u dzieci *caries vertebrarum serophulosa*) przy syfilitycznych naroślach kostnych kręgow, jak również po przejściu zapalenia opon mózgowych na podstawie mózgu. Niekiedy choroby ogólne zakaźne jak tyfus, płonica lub ospa wywołują podobny skutek. Otóż przy tego rodzaju cierpieniach używanie wszelkich zbyt energicznych metod nie tylko że nie przynosi żadnego pożytku, ale przeciwnie pogarsza stan chorego. W tych razach kąpiele błotne oddają niepomierne usługi; a jeżeli sama natura cierpienia (np. syfilis) wymaga innego jeszcze leczenia, lub uniemożliwia wszelką *restitutio ad integrum*, (przerodzenie rdzenia) to przynajmniej chory doznaje znakomitej ulgi w swém cierpieniu i stan jego znośnym się staje. Grupa ta cierpień stanowi najciemniejszą zagadkę co do działania kąpielei błotnych. Jednakże brak wyrozumowanej teorii nie powinien nas odstraszać od zalecania chorym tej kuracyi, zwłaszcza że kliniczna obserwacya uczy nas o zbawiennym jej wpływie.

4) Zachwalano bardzo kąpiele błotne przy chronicznem obrzmieniu śledziony (*tumor lienis chronicus*) często połączone z powiększeniem wszystkich gruczołów limfatycznych. Co do mnie przyznać muszę, iż nie widziałem w tych razach tak świetnych rezultatów jak przy cierpieniach poprzednio wyszczególnionych. Zresztą podawana przytęm chinina pozostawia nas w niepewności czy

niewielkie polepszenie kłaść należy na karb kąpiele błotnych, czy też wypróbowanego działania chininy.

5) W pewnych razach (szczególniej przy znacznem osłabieniu) kąpiele błotne oddają usługę przy cierpieniu macicy. Możemy je z pożytkiem stosować u osób, które przebyły zapalenie okołomaciczne, *perioophoritis*, a nawet przy chronicznem stwardnieniu macicy, połączone z upławami i krwotokami. Co do mnie dają w tym razie bezwarunkowo pierwszeństwo kąpielom Franzensbad. Skuteczność kąpiele błotnych ciechocińskich jest w tym razie bardzo ograniczoną.

6) Zauważyłem także wyborne działanie kąpiele błotnych u niektórych osób dotkniętych chronicznym katarem żołądka i kiszki. Nie chcę jednak twierdzić, aby to miało być ogólną zasadą, przytaczam tylko fakt który miałem sposobność obserwować.

Kilka wyżej przytoczonych uwag ośmielałem się przedłożyć szanownym kolegom. Nie będą one zapewne zbyt cennymi przy tak mało rozpowszechnionej znajomości z zakładami kąpielowemi krajowemi. Mam nadzieję, że w przyszłości będę w możności od czasu do czasu przedstawiać szczegółowy opis wypadków będących w mej obserwacyi podczas kuracyi w Ciechocinku. Nie omieszkać podzielić się memi spostrzeżeniami i oddać je pod ocenienie łaskawych kolegów.

---

### Sprawozdanie V z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych za rok 1871.

Napisał Dr medycyny A. Rothe, naczelny lekarz tychże szpitali, członek Towarzystw Niemieckich i Wiedeńskich psychiatrów, Towarzystw lekarzy w Warszawie i Krakowie.

(Ciąg dalszy \*).

Rzeczywistą, choć przybliżoną cyfrę naszych obłąkanych znajdziemy dopiero wtenczas, jeżeli nam się uda przeprowadzić ścisłą statystykę. Praca to wielka, siły jednego na to nie wystarczają, a nawet gdyby Rząd przy powszechnej statystyce mieszkańców kraju, urzędnikom na ten cel naznaczonym, kazał ją wykonać przez wprowadzenie do listy ogólnej trzech nowych rubryk, jak to: obłąkanie wrodzone, obłąkanie nabyte i padaczka to i taki środek nie byłby jeszcze dostatecznym do osiągnięcia pomyślnego wyniku.

Statystyka tego rodzaju możebna tylko przy współudziale lekarzy, a mianowicie lekarzy powiatowych, wolno praktykujących, osób duchownych wszelkiego wyznania, a częściowo i nauczycieli wiejskich, a to z tego powodu, że urzędnikowi działającemu przy zestawieniu statystyki stosunki familijne nie są tak znane jak lekarzowi, księdzu i nauczycielowi. Dlatego też tylko przy współudziale wyżej wymienionych osób moglibyśmy dojść do urządzenia statystyki obłąkanych w kraju a z czasem i do rozwiązania pytania: czy choroby umysłowe w kraju naszym wzrastają lub nie.

---

\*) Patrz Nr 42, 43 i 44 Gaz. Lek.



Lecz wróćmy do pierwotnie założonego sobie zadania, wykrycia powodów pomnożenia obłąkanych w naszych zakładach. Jako prawdopodobny powód, na pierwszém miejscu postawiłem pomnożenie się czyli rozszerzenie chorób umysłowych w ogóle. Oprócz tej przyczyny jednakowoż zdaje mi się, opierając się na własném doświadczeniu i ścisłém badaniu, są jeszcze i inne, które, o ile to możebne, postaram się wykazać.

2) Wzrastające zaufanie do zakładów przyczynia się do ich przepelnienia. Cyfry przytoczone w ogólném sprawozdaniu wykazały pomnożenie się chorych w ogóle; dla potwierdzenia zaś drugiego położenia, przytaczam ruch chorych pensyonarzy I-jej klasy w ostatnich pięciu latach. Z poprzednich sprawozdań widzimy, że pensyonarzy pierwszej klasy było w 1867 roku 20, w 1868—27, w 1869—28, w 1870—35, w 1871 r. 45.

Zatém w przeciągu pięciu lat liczba pensyonarzy I-jej klasy leczonych w zakładach pomnożyła się więcej niż w dwójnasób. Przypuszczam, że chory niezamozny musiał być oddany do zakładu z powodu braku funduszków i niemożności utrzymania go w domu, zupełnie jednak rzecz ma się inaczéj z pensyonarzem klasy I. Takich chorych tylko wtenczas zakład mieć będzie, jeżeli krewni i opiekuni chorego mają to przekonanie, że choremu na niczém w zakładzie zbywać nie będzie, że chory nietylko będzie dobrze żywiony i leczony, ale że pod każdym względem znajdzie opiekę taką, która nietylko zastąpi mu dom cały, ale nawet da choremu więcej niż to, co w domu mieć może. Opłata dla pensyonarza I-jej klasy na pozór dość znaczna, u mężczyzn wynosi ona 2 rsr. dziennie, u kobiet rsr. 1 kop. 30, miesięcznie zatém rubli 60 i 40. Za takie lub nie wiele większe wynagrodzenie chory znajdzie pomieszczenie w renomowanych nawet zakładach zagranicznych. Jeżeli zatém tego rodzaju chorych nam się uda utrzymać w naszych Warszawskich zakładach, i jeżeli liczba szukających pomocy w ciągu pięciu lat więcej niż podwojoną została, to pełne mam prawo przypisać to zaufaniu jakie publiczność powzięła dla tych zakładów. Jeżeli takie zaufanie w wyższém i wykształcényszém społeczeństwie mogło się wyrodzić, to nie podlega wątpliwości, że ono choć częściowo oddziaływać musiało i na ogół, im więcej zaś zaufanie to się szerzy, czyli im więcej opinia publiczna sprzyjać będzie zakładowi, tém chętniej ogół chorych swych oddawać będzie do tegoż w celu leczniczym lub nawet tylko dla pielęgnowania. Ztąd znowu wynika niedogodność przepelnienia, jeżeli zakładowi nie będzie dana możebność rozszerzenia się stosownie do potrzeb.

3) Przesady, źle pojęta troskliwość i względy dla chorego przyczyniają się do przepelnienia zakładów, a to z powodów:

a) późnego oddawania;

b) przedwczesnego, lub opóźnionego wypisania chorego z zakładu.

Długoletnie doświadczenie pokazało, że najpomyślniejsze wyniki w leczeniu chorych umysłowych osiągają się w zakładach.

Zakład sam przez się jest najlepszym środkiem leczniczym. Im wcześniéj chory przybywa, tém większe prawdopodobieństwo wyzdrowienia, tak, że w zu-

pełnie świeżych wypadkach procent wyzdrowienia dochodzi do 80%, tamczasem dziś ledwie zakłady wykazać mogą od 30—40%. Przyczyny takiej różnicy szukać należy w późnem oddawaniu chorych do zakładu. Niejednokrotnie zdarzyło nam się słyszeć od rodziców, krewnych, opiekunów i t. d., że chorego dlatego tylko nie oddali do zakładu, że chorobę taką uważali za wstyd, za hańbę dla siebie, albo że sądzono, iż chory w zakładzie zostanie bez wszelkiej opieki, że ogolą mu głowę, doprowadzą pod piętrowe i silne nie do wytrzymania kąpiele natryskowe z wody zimnej, że chorego w zakładach biją, katuja, skórę z niego zdzierają i t. d., i t. d. Dlatego trzymano go w domu dopóty, dopóki to było możebne, że leczono go w domu, lecz jak? Takim sposobem minał czas odpowiedni i zamiast poprawy, choroba rozwijała się coraz więcej, tak iż nakoniec przy oddaniu chorego do zakładu nie było już prawie żadnej nadziei wyzdrowienia. Tego rodzaju nieszczęśliwych rok rocznie przybywa daleko więcej niż połowa całej liczby chorych. Cóż więc zyskuje chory skutkiem takich przesądów i takiej źle zrozumianej troskliwości; stracił nadzieję wyzdrowienia, wyniszczył siły fizyczne, a niejednokrotnie przybywa z ciałem pokrytym jeżeli nie ranami to przynajmniej sińcami, w dowód nadzwyczajnej opieki i troskliwości. Zakład zaś zyskał na takim przybyciu tylko powiększenie liczby nieuleczonych; przyczyniających się do przepelnienia oddziału. Chory taki odzyskawszy przez odpowiednie obchodzenie się z nim i przy zastosowaniu zasad higieny i dyetetyki, siły swoje fizyczne, przebywa w zakładzie jeszcze lat 40 i więcej, jak tego codziennie prawie mamy przykłady. Chory tego rodzaju jeżeli pozostaje w zakładzie, niezawodnie żyje dłużej aniżeli będąc pod opieką osób nawet najbliższych, powodem tego sam zakład gdzie wszystko urządzono tak, że chory chcąc niechcąc machinalnie przyzwyczaja się do życia regularnego, spokojnego a nawet i pracowitego, warunki które jak to wiadomo przyczyniają się do przedłużenia życia. Objawy zaś chorobliwe bądź fizyczne, bądź psychiczne, nie mogą uniknąć baczного oka lekarza znającego swoich chorych, ztąd spostrzeżone na samym początku, przez środki odpowiednie łatwiej się usuwają. W ten sposób sam zakład przyczynia się niejako do tego, iż z czasem bywa przepelniony choremi nieuleczalnymi, jak to nawet i teraz u nas ma miejsce. Późne zatem oddawanie chorego już nieuleczalnego do zakładu przyczynia się również do przepelnienia instytutu. Jakiżże na to środek zaradczy? Środki te mogłyby być dwojakiego rodzaju:

a) Ułatwić o ile można przyjęcie chorych świeżych do zakładu;

b) Urządzić oddział nowy dla chorych nieuleczalnych lecz spokojnych.

Co do pierwszego, to jak wiadomo dla przyjęcia chorych obłąkanych w naszych zakładach istnieją pewne przepisy przez Rząd ustanowione. Przepisy te głównie mają na celu uc hronić chorego od nieprawnego ograniczenia jego wolności osobistej, jak również i zabezpieczenie jego mienia. Takie nadużycia w naszym kraju, w obec istniejących przepisów są niemożebne i w ogóle należą do nadzwyczajnych rzadkości. Jakoż wyłącznie znaleźć je można w romansach



tylko, lub w szpaltach gazet, celem wywołania pewnego rodzaju wrażenia. Kto tylko cokolwiek obeznany z urzędowaniem i życiem wewnętrznem naszych tegoczesnych zakładów, niezawodnie przekonany, że czyn taki stać się nie może, a gdyby się kiedykolwiek mógł zdarzać, to w takim razie osoby będące przy zakładzie z łatwością mogą być pociągnięte przed sądy do odpowiedzialności lub usprawiedliwienia się jak to niedawno miało miejsce w Belgii i we Francyi, u nas było nawet kilka wypadków wprost przeciwnych, t. j. że zebrani na naradę lekarze w razie wątpliwj diagnozy, nie zawachali się odmówić przyjęcia chorego do zakładu.

Oblakanie jest chorobą, zakłady dla obłąkanych nie są więzieniem, lecz mają jedyny tylko cel leczenia i pielęgnowania chorych, z tych powodów i w obec opieki jaką władze nad nim rozciągają, należałoby zmniejszyć formalności, które nieraz na prowincyi i po wsiach wiele bardzo czasu a nawet i wydatków wymagają, i zezwolić na przyjmowanie chorych obłąkanych do zakładów tak samo jak się przyjmuje w ogóle chorych do szpitali.

Gdyby zaś powyższy pogląd zdawał się zanadto swobodnym, to należy wymagać świadectwa o stanie zdrowia od tego lekarza, który chorego dotąd miał pod swoją opieką, za świadectwo takie lekarz byłby odpowiedzialnym przed prawem. Zarząd zaś dla obłąkanych powinien najmnieij co tydzień składać najbliższej swojej władzy raport o chorych nowo przyjętych. Uwaga tego rodzaju wiele by się mogła przyczynić do łatwiejszego i prędzszego oddawania chorych do zakładu, a zatem i do prędzszego wyzdrowienia, a przez to uchroniłoby zakład od przepelnienia zmniejszając cyfrę nieuleczonych.

Lecz nie dość i na tem; należałoby wynaleźć jeszcze środki aby niezamoznemu choremu, a raczej jego krewnym i opiekunom dać możność umieszczenia go w zakładzie. Niepodobna wymagać aby Rząd wszystkich chorych tego rodzaju pod wyłączną swą wzięł opiekę. Jest to obowiązkiem gmin, które winny dostarczyć na ten cel środki odpowiednie.

Dla osiągnięcia zaś tych środków możnaby urządzić powszechne opodatkowanie, które dla pojedynczej osoby nie będzie ciężarem a przyczyni się do dobra ogółu.

Co do drugiego, t. j. urządzenia nowego oddziału dla chorych nieuleczonych i spokojnych, czyli tak zwanego zakładu dla pielęgnowania *Pflegeanstalt*, to pytanie to zostaje w związku z wypisywaniem chorych z zakładów, nad którymi teraz zastanowimy się nieco bliżej.

Przy wypisaniu chorych z zakładu, znowu te same przesady i źle zastosowana troskliwość po raz drugi szkodliwy swój wpływ wywierają. Ogólna zasada przy wypisaniu jest ta: wypisać ludzi tylko zdrowych, a nieuleczalnych za złożeniem deklaracyi, oddawać pod opiekę krewnych, albo gminy do której należą.

Co do wyzdrowienia to nikt nie zaprzeczy, że ocenić to może tylko lekarz będący dokładnie obeznany, tak ze stanem fizycznym jak i umysłowym chorego. Nawet przy tych warunkach lekarz jeszcze natrafić może na trudności, albowiem

objawy chorobliwe nie zawsze tak dają się wysledzić jak to ma miejsce przy chorobach somatycznych. Chory tu niejednokrotnie ukrywa swoje błędne pojęcia, nawet omamy i złudzenia, stara się nawet zamaskować uczucie swojego przygnębienia lub nieuzasadnionej radości i przez to nie tylko odwiedzających go krewnych i znajomych, będących czas krótki z nim w zakładzie oszukuje, ale nawet i lekarzy chwilowo w błąd może wprowadzić. Dlatego też powszechnie druga jeszcze przyjęta zasada, t. j. po nastąpieniu wyzdrowienia chorego należy jeszcze czas powien pozostawić pod opieką zakładu, i dopiero wtenczas uważać go za wyzdrowiałego, jeżeli wszystkie czynności organizmu odprawiać się będą normalnie, jeżeli chory poprawia się na ciele i na umyśle. Czas pozostawienia rekonwalescenta w zakładzie bardzo może być rozmaity i zależy tak od ogólnego stanu chorego, jakoteż od formy choroby przebytej i od czasu jej trwania, w ogóle powiedzieć można, na obserwację wymaga się od dwóch tygodni do dwóch miesięcy. Im choroba była trudniejszą i im dłużej trwała, tem dłużej rekonwalescent powinien pozostawać w zakładzie i na odwrót. Czas ten koniecznie jest potrzebny, aby chory znowu przyszedł do sił, aby rozstrojony układ nerwowy nie tylko odpoczął, ale żeby na nowo się wzmoenił. Psychiatryka wymaga tu tylko tego samego, co i każdy terapeuta, mianowicie po ciężko przebytych chorobach, od swoich wymaga pacjentów. Sam chory będący rzeczywiście na drodze wyzdrowienia, nigdy tu nie stawia oporu, mnie przynajmniej nie zdarzyło się widzieć, aby wyzdrowiający, któremu się rozsądnie przedstawiało, że dla utrwalenia jego zdrowia pobyt w zakładzie powinien być przedłużonym, gwałtem żądał wypisu. Owszem chorzy tacy radę taką przyjmują z wdzięcznością, chętnie pozostają w zakładzie, czując na sobie zbawienny wpływ tegoż a nawet sami krewnych starają się przekonać o niezbędności i korzyści takiego postępowania. Taki tylko chory rzeczywistą przedstawia rękojmię, że choroba zupełnie i gruntownie została usunięta. *(Dokończenie nastąpi).*

---

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy

Przez Dra M. H e i t l e r (*Wiener Medizinische Presse*).

Spolszczył Dr. A. Stockmann.

Liczne prace i doświadczenia dokonane w ostatnich czasach nad procesem gruźliczym, rozjaśniły o wiele pojęcie tego cierpienia, bardzo jednak mało wpłynęły na postęp w rozpoznawaniu i leczeniu tej złośliwej choroby. W obecnej chwili jest rzeczą dość obojętną, czy uważać będziemy cierpienie w danym wypadku za gruźlicę, czy też za zapalenie płuc z zejściem w nacieczenia serowate, że zaś „największem niebezpieczeństwem dla suchotników jest łatwe powstawanie u nich gruźlicy,” dlatego też nie popełnimy błędu, uważając z góry ich cierpienie za gruźlicę. Dla lekarza praktycznego ważnem będzie rozstrzygnięcie kwestyi, czy sprawa patologiczna zachodząca w płucach doprowadzi do ich zniszczenia, a tem samem wywoła letalne zejście, i czy jest w możności powstrzymać za pomocą odpowiednich środków sam rozwój sprawy chorobowej a przynajmniej przedłużyć jej prze-



bieg. Skoro sprawa chorobowa postąpiła daleko, rokowanie wypadnie jak najgorsze i leczenie pozostanie bez żadnego skutku, w początkach zaś cierpienia przy lekko przedłużonym wydechaniu, ciepleszym szmerze oddechowym, lub lekkim rżeniu w szczytach płuc niepodobna przewidzieć czy powstanie gruźlica, czy tylko zapalenie z zejściem w nacieczenie serowate. Szczęściem w razach wątpliwych niepewność bynajmniej nie wpływa na samo leczenie chorego, w obu razach postępowanie będzie jednakiem.

Rozpoznanie gruźlicy nie stanowi nie trudnego; sam wygląd chorego i anamneza czynią zbyt częstym dalsze badanie, do którego wtedy przystępujemy li tylko dlatego, aby się przekonać jak znaczna część płuc zajęła sprawa niszcząca. Każdy jednak doświadczony lekarz przyzna, jak trudno nieraz w danym wypadku określić stanowe, czy mamy do czynienia z gruźlicą. Cierpienie to nie zawsze występuje w postaci charakterystycznej, często bardzo mamy do czynienia z szeregiem objawów bardzo łatwo w błąd wprowadzić mogących. Trudność tę przedstawia nie tylko gruźlica ostra, której rozpoznanie udaje się niekiedy po dokładnym ocenieniu wszystkich dodatnich i ujemnych objawów, toż samo ma miejsce z formami ostreń lub przewlekłymi w początku ich rozwoju, gdyż często są one maskowane przypadłościami innych cierpień. Często chorzy uskarżają się na bicie serca, słaby żołądek lub inne zbożenia w trawieniu, twierdzą, że płuca ich przytęm znajdują się w dobrym stanie, że nigdy nie kaszłą i t. d. Pytajmy jednak dalej, a dowiemy się, że od pewnego czasu czują znaczne osłabienie, że bez żadnej widocznej przyczyny zaczynają chudnąć, że poją się silnie w nocy i t. d. Imi jednak kładą tylko nacisk na bicie serca, w którym podejrzewają istnienie wady, lub przypuszczają obecność „czegoś” w żołądku. Niekiedy gruźlica zaczyna się objawiać nie tylko pod formą przewlekłego kataru żołądka, towarzyszy jej ostre cierpienie żołądka obok gwałtownej biegunki. *A n d r a l* powiada: „Istnieją niekiedy wypadki suchot płucnych, których wystąpieniu towarzyszy ostre zapalenie żołądka. W pośród dobrego stanu zdrowia indywidua uczuwają ból w okolicy nadbrzuszej i to różnego natężenia; uskarżają się na nudności i skłonność do wymiotów, język jest przytęm czerwony i podsycha, pragnienie silne męczy ich ciągle, jednocześnie kaszłą i przedstawiają objawy prostego nieżytu oskrzeli, który dla lekarza zdaje się mniejszej wagi aniżeli cierpienia żołądka. Po upływie mniej lub więcej długiego czasu, objawy gastryczne znikają, a mimo to stan chorobliwy istnieje, zjawiają się krwioplucia, występuje duszność, nakoniec wszystko zwiastuje stan gruźlicy płuc” (*Clin. med. IV, p. 281*). Badając podobnych chorych, często nie znajdujemy nic prócz lekkiego stłumienia odgłosu perkusyjnego na wierzchołkach płuc.

Zwracam tutaj uwagę na fakt, że jak wiadomo sprawa gruźlicza zaczyna się prawie zawsze od szczytów płuc, w większej też liczbie wypadków w szczytach znajdujemy pierwsze ognisko nacieczenia. Perkutując szczyty płuc, nie należy się ograniczać jedynie tylko okolicą około kolumny kręgowej, należy wy badać dobrze cały dół nadobojczykowy, bardzo bowiem często dopiero w zewnętrznej jego części spotykamy stłumienie odgłosu, świadczące o istnieniu ogniska naciekowego. W zwykłych już warunkach ton w tej części bywa zwykle krótszym aniżeli gdzieindziej, a szczupłość miejsca nie dozwala użyć plesymetru.

Nie same tylko objawy cierpienia innych narządów odwracają uwagę lekarza od stanu płuc, przeciwnie nawet stan samych płuc podaje w wątpliwość istnienie gruźlicy. Jedno lub kilkakrotnie powtarzane badanie nie pozwala nie orzec stanowe, dalsze dopiero objawy usuwają wszelką wątpliwość. Niekiedy gruźlica występuje pod formą śluzotoku oskrzelowego z obfitą bardzo wydzieliną, w płucach znajdujemy objawy nieżytu. Widoczne jednak chudnienie chorego, upadek znaczny sił, nareszeie ciągle gorączka zachęca do skrupulatnego codziennego badania, które prędzej lub później wykaże nam istnienie stopienia odgłosu w szczytach i resztę charakterystycznych objawów. Największą trudność przedstawiają te wypadki, w których należy postawić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy gruźlicą i rozchodzącem się krupowem zapaleniem płuc. Jednorazowe wy badanie nigdy i tu nie wystarczy, dopiero obserwacja kilkodniowa rozjaśnia stan rzeczy i pozwala na pewne rozpoznanie. Niekiedy jednak fizykalne badanie z uwzględnieniem anamnezy dozwala na ścisłe rozpoznanie. I tak np. jeżeli spotkamy się ze stłumieniem odgłosu na całej przestrzeni płuca, obok tego istnieje szmer współdzwięczny o pęcherzykach średniej wielkości a nawet oddech oskrzelowy, gdy przytęm chory gorączkuje, a wiemy z pewnością, że co do czasu powinien proces pneumoniczny rozchodzić się (w drugim tygodniu choroby) a nawet rozejść zupełnie; w takim razie możemy przyjąć, że mamy do czynienia z gruźlicą a nie z rozchodzącem się zapaleniem płuc. Zwracam szczególnie uwagę na jednostajność fizy-

kalnych objawów, którą z małym cieniowaniem zawsze znajdujemy; mogą przytém znaleźć się części płuca, dające przy opukiwaniu odgłos bębniasty, z cichym oddechem oskrzelowym, ze szmerem bynajmniej nie średnio-pęcherzykowym, zresztą cały obraz może się zmieniać w dalszym przebiegu. W każdym razie znajdzie się chwila w przebiegu choroby, w której obraz choroby przez nas przedstawiony występuje w całej pełni. Podobnej jednostajności objawów fizykalnych nie spotykamy nigdy przy rozchodzącej się sprawie pneumonicznej, przeciwnie w tym ostatnim razie znajdziemy wielką różnorodność. I tak np. w dolnej części płuca może już istnieć oddech pęcherzykowy normalny, nieco wyżej znajdziemy przy opukiwaniu ton nieco bębniasty a przytém szmer wilgotny drobno-pęcherzykowy z wydechaniem oskrzelowym, wyżej jeszcze wyraźny, oddech oskrzelowy; wszystko zależy od stanu w jakim znajduje się wysięk zapalny od jego przemian i częściowego wessania. Przeciwnie przy gruźlicy część płuca raz zajęta sprawą chorobową nie uwalnia się od niej już więcej, a gruźlica zajmując coraz to nowe części płuca, da nareszcie na całej jego przestrzeni jednostajny obraz fizykalny. Zresztą obraz ten z czasem, gdy choroba trwa dłużej może ulegać pewnym zmianom, skoro nacieczenie ulegnie dalszym losom. W takich razach powstaje znowu wątpliwość czy czasem nie mamy do czynienia z pozostałościami zapalenia krupowego, którego wysięk uległ zserowaceni. Brak jednak silnych dreszczów w początku choroby oraz charakterystycznej plwociny, każą raczej domyślać się istnienia gruźlicy.

Zdarzają się i takie wypadki, w których tylko anamneza i sam przebieg wysiewlają prawdę. W górnej części płuc spotykamy stłumienie ze szmerem oddechowym średnio-pęcherzykowym współdziwicznym. Stłumienie podobne zajmować może mniejszą lub większą przestrzeń górnego płata płuca. Jeżeli przytém indywiduum chore przedstawia wyraźne objawy niedokrewności, dalej powiada nam, że od dwóch tygodni gorączkuje i kaszle, że przed gorączką kaszlało także, że od pewnego czasu zaczęło chudnąć, wtedy przyjąć możemy, że mamy do czynienia nie z rozchodzącym się procesem krupowego zapalenia ale z rozpoczynającą się gruźlicą. W pewnych razach jednak ani anamneza, ani wygląd chorego nie upoważniają do rozpoznania gruźlicy. Pacjent był przedtém zdrow zupełnie, klatka piersiowa jest dobrze rozwiniętą, w ogóle wygląda dobrze; w podobnym razie nehroni nas od pomyłki uwzględnienie obrazu, jaki przedstawia rozchodzące się zapalenie płuc i sam przebieg choroby. W ciągu dni kilku rozpoznanie zaczyna nabywać pewności, ograniczone stopienie pozostające przez długi czas *in statu quiescenti* zaczyna się rozszerzać szybko, gorączka trwa ciągle, upadek sił jest bardzo znacznym, wtedy dopiero chory przedstawia obraz wyraźnej gruźlicy.

## Wiadomości bieżące.

— Czerdziestypiąty zjazd niemieckich naturalistów i lekarzy w Lipsku. W r. 1822 O k e n dał poehop pierwszy, by naturalisci i lekarze corocznie zbierając się mieli sposobność do wspólnej wymiany myśli, do ogłaszania nowych odkryć i wynalazków, które mogłyby być tym sposobem ogólnemu poddane rozbirowi. O k e n więc, rzecz można, jest założycielem stowarzyszenia wszystkich niemieckich naturalistów i lekarzy, zjeżdżających się raz do roku w celu przedstawienia i wykazania ogólnego postępu nauki. O ile O k e n'owi należy się zasługa, że był podjemcą tak doniosłej idei, o tyle znowu znakomity H u m b o l d t wlał życie w nowo założone zgromadzenie i wskazał mu jasno pole działania. Znaczna liczba niezonych przyjęła wkrótce udział w zjazdach, a obecnie prawie dwutysięczna liczba członków dostatecznie przemawia za rozwojem i zrozumieniem doniosłego celu zjazdów w mowie będących.

W r. b. przewodniczącymi zgromadzenia byli prof. T h i e r s e h i Z i r k e l, który to ostatni obranym był jeszcze w roku zeszłym w Kostoku w miejsce prof. L e u k a r t'a. Pierwsze posiedzenie ogólne zgromadzenia odbyło się w dniu 12 sierpnia o godzinie 10 rano w sali teatralnej. Prof. T h i e r s e h zagaił posiedzenie, następnie prof. Z i r k e l odczytał ustawę zgromadzenia i życiorys H u m b o l d t'a, prof. zaś L u d w i g i P r e y e r przemówili ogólnie do zebranych członków, poczem zgromadzenie podzieliło się na oddziały (sekeye), na czem też zakończyło się pierwsze posiedzenie.



Sekeya anatomii i fizyologii. Następujący członkowie przedstawili swe prace: H i t z i g (z Berlina), N o t h n a g e l (z Wrocławia) i M e y n e r t (z Wiednia): o budowie mózgowia.

F l e e h s i g (z Lipska): O rozwoju substancji rdzeniowej w ośrodkowym systemie nerwowym.

D i t t m a r (z Lipska): O położeniu ośrodka naczyniowego w rdzeniu przedłużonym (*medulla oblongata*).

S e h a a f h a u s e n (z Bonn): O poszukiwaniu sądowo-lekarskiem plam krwawych.

R o s e n t h a l (z Berlina): O ruchach oddechowych.

M e r k e l (z Lipska): O skurczliwości mięśni.

H o f f m a n n (z Berlina): O glikogenie w wątrobie.

H o y e r (z Warszawy): O bezpośrednim połączeniu pomiędzy tętnicami i żyłami.

Sekeya medycyny wewnętrznej.

V o g e l (z Dorpatu) mówił o żółtaczce (*icterus*).

S c h u t z (z Pragi): O używaniu bromu w sprawach dławico-błoniowych.

K ö h l e r (z Halli): O apomorfynie jako środka wymiotnym.

W ogóle sekeya medycyny wewnętrznej była słabo przedstawioną, jeszcze gorzej było w tym roku z sekeyą chirurgiczną; brakowało pierwszorzędných nazwisk, z wyjątkiem V o l k m a n n a i H u e t e r a, którzy byli obecni. Przewodniczącym sekeyi chirurgicznej był prof. U h d e z Brunświku.

Sekeya anatomii patologicznej. R i n d f l e i s e h (z Bonn), W a g n e r (z Lipska) i A e k e r m a n n (z Rostoku) mówili o naczyniach płucnych i o szczególnej formie przewlekłego zapalenia płuc i oskrzeli (*bronchopneumonia chronica*). F r i e d l a n d e r (z Halli) opisywał wzajemny do siebie stosunek wilka (*lupus*), zółzow (*scrophulosis*) i gruźlicy (*tuberculosis*), O r t h (z Bonn) mówił o przyczynach różni (*erysipelas*).

W sekeyi dla chorób usznych głównie brali udział: L u e a e (z Berlina), W e n d t (z Lipska) i Z u l a u f (z Pragi).

W sekeyi akuszeryi głównie C r e d e (z Lipska), S c h u l t z e (z Jeny), W e b e r (z Pragi), B i r n b a u m (z G i e s s e n), O l s h a u s e n (z Halli) rozpatrywali pomiędzy innemi rzecz o pierwotnym oddechaniu i chorobach łożyska.

W sekeyi dla psychiatrii, będącej pod przewodnictwem F l e m m i n g'a, M e y e r (z Göttingen) mówił o zbożeniach w wykształcaniu czaszki, rzecz poparta była przedstawianiem okazów, M e c h e d e rozbierał psychozy dzieci.

Sekeya higieny publicznej najliczniej była w tym roku przedstawioną, liczyła bowiem z górą 300 członków. Armia austriacka była znakomicie przedstawioną, 24 lekarzy brało udział w rozprawach, pomiędzy innemi byli obecni: F r i s c h, N e u m a n n, P a u l, D w o r s k i, M u n d y, B ö h m, K e l l e r, M e l z e r, S c h w a r z, B a r t h a, Z a u f a l, F i l l e n b a u m, N e t o l i c k i, M a g i a r e v i c, P o r t i k, M a t z a l, R a m b a u s e k, A t z i n g e r, B u b e r l, V o g e l, M ü h l w e n z e l, M o l i t o r, S c h i r m e r, S t r a u s s e r. Przewodniczącym w tej sekeyi był S a c h s z Halberstadt. Posiedzenie zagał H e b r e c h t, podnosząc palącą obecnie w Berlinie kwestyę, mianowicie „o potrzebie mieszkań”. W rozprawach bardzo ożywionych brali udział: P i e p e r (z Drezna), B e r n h a r d i (z Eulenburga), V a r n d r a p p (z Brunświku) i M u n d y (z Wiednia). Przewodniczącym w sekeyi higieny i medycyny wojskowej był R o t h (z Drezna). M u n d y podniósł jedną z najwyższych kwestyj higieny wojskowej, mianowicie o oczyszczaniu pobojuwiska i o sposobach ku temu, jakie w czasie pokoju mają być przygotowane.

Oprócz wyżej wspomnianych utworzyły się jeszcze oddziały dla meteorologii, chemii rolniczej i geografii.

Dnia 14 sierpnia było posiedzenie ogólne, które zagał D u - B o i s R e y m o n d, mówiąc o granicach badania w naukach przyrodzonych. F i s c h e r (z Wrocławia) miał następnie rzecz o rozwoju chirurgii wojennej, a v. D e c h o n (z Bonn) o rozwoju mineralogii i geologii w ostatnich 50 latach.

Kassy wspólne i uczęszczanie do teatru mieściły się w przerwach posiedzeń, 17 zaś sierpnia posiedzenia zostały zamknięte.

— O kąpielach piaskowych (*Sandbäder*). Kąpiel piaskowa polega na otoczeniu części lub też całego ciała, z wyjątkiem głowy, piaskiem, zwykle ciepłym, bądź to ogrzany naturalnie przez promienie słoneczne lub ciepło ziemi, bądź sztucznie. Piasek do kąpeli uży-

wany jest albo suchy lub wilgotny. Dla dorosłego w zakładzie kąpielnym piaskowym w Dreźnie używają 10—12 wiader, dla dzieci 4—6 wiader.

Suchy piasek zawiera więcej ciepła jak także sama objętość wody. Wymiana ciepła pomiędzy piaskiem a ciałem nie jest tak żywą jak pomiędzy wodą a ciałem. Według *F l e m m i n g'a* kąpiel, której ciepłota wynosi 40—41°, a nawet 42,5°, jest raczej chłodną aniżeli ciepłą, chory nie uczuwa wcale ciepła, przynajmniej w pierwszej chwili. Ciepłota kąpeli z początku podawanej 46,3—47,5°, po kilku dniach podwyższa się o 1,2—2,4° C., w końcu zaś prawidłowa ciepłota kąpeli powinna wynosić 50°. Od tego pravidła wiele jest wyjątków. Dla osób drażliwych z czułą skórą przyrządza się mniej ciepłą kąpiel, dla chorych ze skórą chorą, obrzękłą, odpowiednią jest ciepłota kąpeli 52,5 a nawet 54°. Pod względem stopnia ciepłoty kąpeli piaskowych *S t u r m* poczynił te same spostrzeżenia co i *F l e m m i n g*. Według *C o r d e s'a* ciepłota kąpeli winna wynosić od 35—50°, pojedyncze zaś cierpiące członki mogą być okładane cieplejszym piaskiem.

Podobne stosowanie rozmaitego stopnia ciepłoty w jednym czasie w kąpielach wodnych jest ograniczone. Do częściowych kąpeli można w ogóle używać cieplejszego piasku jak do całych.

Otaczanie ciała piaskiem w zakładzie drezdeńskim uskutecznia się w następujący sposób: dno basenu lub wanny cynkowej wysypuje się na 5 cali piaskiem, na to siada chory, jeżeli bierze tylko kąpiel częściową, w tym ostatnim razie górna część ciała pokrywa się wełnianą kołdrą. Następnie posługacz sypie ostrożnie warstwę piasku w około i na kończyny dolne i w około miednicy 5—6 cali wynoszącą, przy całej kąpeli również około brzucha i klatki piersiowej, mniej na barki i kończyny górne. Każda część ciała osypana piaskiem musi bezwarunkowo leżeć spokojnie.

W czasie kąpeli *S t u r m* nie zaleca robić zimnych okładów na głowę, lecz kąpiel ze zwyczajnej wody, której ciepłota wynosi 37,5° C. *F l e m m i n g* w celu oczyszczenia ciała z piasku poleca natryski, ciepłota wody w tym celu używanej, ma wynosić 26° C., *C o r d e s* również natryski z wody słodkiej lub morskiej, ciepłota których jest o wiele niższą jak natrysków, przez *F l e m m i n g'a* zalecanych.

Czas trwania kąpeli stosownie do okoliczności jest rozmaity, od 25—50 minut, przy kąpielach częściowych nawet do 60 minut, zwykle od 40—45. Kąpiel bierze się codziennie lub co drugi dzień, a nawet dwa razy w dzień. Cały czas leczenia trwa od 4—8 tygodni.

Działanie fizjologiczne: chory siedząc 5—15 minut w kąpeli piaskowej czuje przyjemne ciepło, po następnych 5 minutach na niepokrytych częściach na skórze pojawia się pot, zwiększający się aż do końca trwania kąpeli; przed wystąpieniem potu skóra nieco się czerwieni. Jeżeli po 10 minutach trwania kąpeli z danej części ciała odsłoniemy piasek, wtedy spostrzegamy, że warstwa piasku kilka cali wynosząca przylega do skóry. Od skutku potnięcia pojawia się chęć do napojów. Przy końcu kąpeli piaskowej, której czas trwania i ciepłota są średnie, ciepłota podnosi się średnio w dole pachowym o 1,5° C., najwyżej o 2,25° C., niekiedy zaś tylko o kilka dziesiątych. Liczba tętna pomnaża się o 5,8<sup>0</sup> na minutę.

Kąpiele piaskowe polecają się szczególnie przy podupadłej czynności skóry, w chorobie *B r i g h t'a*, w gościecu stawowym (*rheumatismus articularis*), nerwobolu kulszowym (*ischias*), w dnie (*arthritis*), zolzach (*scrophulosis*), w porażeniach reumatycznych. Ciekawem jest, że już Arabowie w przymocie używali od 20—30 kąpeli piaskowych, żywiąc się przytęm chlebem i miodem. Chory umieszczony był po szyć w piasku, pozostawał w nim przez cały dzień, wieczorem zaś przyjmował skromny posiłek. Kąpiel taka trwała przez cały miesiąc. (*Z dzieła Dra P. M. Lersch'a: „Polymorphe Balneologie“*).

— O działaniu weratryny. Na posiedzeniu francuzkiego towarzystwa naukowego w Bordeaux, dniu 9 września r. b. Dr *B i t o t* odczytał rozprawę o działaniu weratryny w cierpieniach sercowych. Na mocy doświadczeń fizjologicznych i obserwacyj klinicznych Dr *B i t o t* oznaczył sposób działania weratryny i porównując go z działaniem narstniicy, wyprowadził następujące wnioski:

1) Weratryna jest środkiem bardzo skutecznym w zaburzeniach układu krwionośnego.

2) Daje się dobrze zastosować szczególnie w zaburzeniach wywołanych czynnym przerostem serca.



3) Użycie jej w dawkach fizyologicznych nie powoduje działania akumulacyjnego, przy dłuższem więc jej zadawaniu nie należy obawiać się podobnych skutków jak przy naparstnicy.

4) Przy wyżej wzmiankowanych zaburzeniach działanie jej jest ubocznie kompensującym. Pobudzając wrażliwość i kurezliwość mięśni życia zwierzęcego, uspakaja przytem chorobliwe podwyższenie czynności układu nerwowego i włókien kurezliwych życia organicznego.

5) Działanie więc jej jest kojące i pobudzające zarazem względnie dla serea.

6) Weratryna różni się znacznie w działaniu od naparstnicy, korzystnie więc da się zastosować przy wyczerpaniu działania naparstnicy.

7) Użycie weratryny również jak i naparstnicy, jest przeciwwskazaniem w ostatnich okresach zaburzeń układu krążenia.

8) Z powodu swego działania weratryna może znaleźć zastosowanie w cierpieniach nerwu sympatycznego. *(Gazette hebdomadaire).*

— Wyjątki z nowszej literatury o cholery. J e n k i n s (*Ausicht über Verbreitungsweise der Cholera*) po wielu ścisłych obliczeniach i zestawieniu wielu tysięcy faktów, przyjmuje istnienie w powietrzu wielkich prądów cholerycznych, będących w związku z częstotnością lub rzadkością z jaką słońce wraca do tychże samych punktów na płaszczyźnie równika. Przyjmuje siedm miejsc powstawania cholery, położonych w równej od siebie odległości w pobliżu zwrotnika raka. Najważniejszém jest delta Gangesu, drugie w Chinach, trzecie na północ od Mekki, czwarte przy zachodnim brzegu Afryki, piąte na północ od wysp Zachodnich Indyj, szóste w dolnej Kalifornii a siódme na wyspach Sandwich. Wszędzie epidemie powstają z pojedynczych ognisk, przy epidemiach znacznych przyjąć należy, że wszystkie ogniska są czynne. Autor sądzi, że można wykazać związek *maximum* i *minimum* epidemij cholerycznych z położeniem słońca. Ponieważ wedle obliczeń astronomicznych *minimum* peryodu w którym słońce wraca do tego samego punktu wynosi 11 lat 11 miesięcy, autor peryody epidemiczne uważa za półtora raza tak długie. Złpł przypuszcza w 1883 roku silną epidemię, gdyż była dość silna cholera w roku 1866. Podajemy powyższe twierdzenie, które wedle nas bynajmniej nie wzrasza poglądów P e t t e n k o f e r'a na sprawę choleryczną.

J o h n R a d e l i f f e w ostatniem swém dziele (*über die letzte Verbreitung der Cholera*) powiada: chorzy przenoszą chorobę na zdrowych różnemi drogami, najczęściej za pośrednictwem wody przeznaczonej do picia, zanieczyszczonej wypróżnieniami cholerycznemi. Mimo to woda, ziemia i powietrze nie mogą zbyt daleko rozszerzać zarazka, gdyż następuje rozkład substancji zakażającej. Widzimy przytem, że choroba niekiedy robi jakby skoki. Sama nie postępuje ale przenoszona bywa przez zakażonych. Im większy ruch ludności, im bogatsze środki komunikacyi, tém częściej choroba bywa roznoszona. Ze zaś przy rozszerzającym się zakresie kolei żelaznych, coraz bliżej jesteśmy głównego ogniska cholery, t. j. Indyj Wschodnich, przeto spodziewać się wypada silniejszych i częstszych epidemij. Pod tym więc względem budowa kolei żelaznych na Wschód oddzielałaby na stan sanitarny jeszcze gorzej aniżeli dawne karawany pielgrzymów do Mekki. Główne ognisko cholery istnieje w Indiach Wschodnich i w Persyi, w obu tych krajach zbierają się w pewnych miejscowościach olbrzymie karawany pielgrzymów i kupców. Wyglodzona ludność Persyi ciągle jest dziesiątkowana chorobami. Persya zaś za pośrednictwem nowej linii kolei żelaznej, t. j. tyflisko-czarnomorskiej zbliża się znacznie do Europy, z Poti bowiem idą bezpośrednio parowce do Odessy. Obowiązkiem jest Rządu Rossyjskiego przedsięwziąć na tej drodze odpowiednie środki sanitarne zapobiegawcze szerzeniu się cholery.

J o h n M a c p h e r s o n przedsiębrał „Studia nad cholera od najdawniejszych czasów aż do 1817 roku,” w których wykazuje, że cholera nie powstała bynajmniej w Sanderbands w roku 1817, ale że wystąpiła już w roku 1503. W Europie była znana przed początkiem naszej ery, wykazuje autor, że już Hypokrates i Cels znali ją. Pisarze arabscy wspominają, że była w X i XI wieku w Bagdadzie. Dopiero jednak w XIX wieku spotykamy się z jasnym opisem. W roku 1543 panowała w Goa i pozostała jako endemiczne cierpienie wybrzeża malabarskiego, dopoki w 1817 roku nie zamieniła się w straszną ogólną epidemię.

— Leczenie cholery za pomocą podskórnych wstrzykiwań morfiny. Podczas epidemii cholery, która panowała przy końcu roku zeszłego w Konstantynopolu i w Hasskien (mieście zajmowanem przez angielską kompanię handlową), Dr J. P a t t e r s o n robił wiele do-

świadczeń nad działaniem podskórnych wstrzykiwań morfiny. Skutek podobnego leczenia ma być rzeczywiście zadziwiającym nawet w najcięższych wypadkach. W zwykłych wypadkach jednorazowe lub dwukrotne nastrzyknięcie  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{1}{2}$  grana octanu morfiny ma być zupełnie wystarczającym, w cięższych zaś należy powtórzyć wstrzykiwania trzy lub cztery razy. Dr P a t t e r s o n nie utrzymuje przytęm wcale jakoby morfina miała być środkiem specyficznym na cholere, zwraca tylko uwagę na sposób zadawania lekarstw jako najszybciej sprowadzający działanie i dający przez to czas i możność stosowania innych środków. Rezultaty otrzymane przy powyższem leczeniu są następujące: na 10 chorych leczonych zwykłemi sposobami 1 wyzdrowiał a 9 umarło; na 42 chorych leczonych podskórniemi wstrzykiwaniami morfiny 22 wyzdrowiało a 20 umarło. Jestto wprawdzie prawie połowa, ale należy wspomnieć, że z pomiędzy tych 20, ośmiu było bez nadziei jeszcze przed zastosowaniem leczenia, tak, że w rzeczywistości można liczyć wypadków 34, w których śmiertelność była 12 na 34, między zaś tymi 12 zmarłymi było trzech pijaków i jeden starzec liczący więcej niż 60 lat wieku. (Medical Times and Gazette).

— Epidemiczne wystąpienie żółtaczki kataralnej. Dr D i a m a n t o p u l o s ze Smyrny donosi, że w ciągu zimy z 1871 na 1872 rok panowała w tém mieście prawdziwa epidemia żółtaczki kataralnej. Choroba zwykle rozpoczynała się katarem żołądka i dwunastnicy, chociaż były wypadki żółtaczki bez stanu chorobliwego żołądka i kiszki. Przyczynę choroby przypisuje głównie wilgotnej i chłodnej zimie. Szczególniej zaziębienie uważa za powód epidemicznego wystąpienia choroby, w czém zgadza się z B a m b e r g e r'em. Że jednak choroba trwała tylko przez pewien czas, bez względu na to, że warunki do zaziębienia istniały ciągle, przeto przypuszcza czy czasem nie istnieje szczególny zarazek umiejscawiający swe działanie na kiszkę dwunastnicę i przewody żółciowe (podobnie jak zarazek kokluszu na krtań), który wywołuje prawdziwą epidemię żółtaczki kataralnej; w ogóle wypadki chorobowe nie były ciężkie, tak, że już dyeta odpowiednia i środki przeczyszczające wystarczały do wyleczenia chorych.

— Cholera w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 31 z. m. (włącznie) do dnia 6 listopada zachorowało na cholere 161, z których wyzdrowiało 85, umarło 57, najwięcej zachorowało w d. 5 b. m. (32 osób), najmniej w d. 3 t. m. (11 osób). Od początku pojawienia się cholery zachorowało w ogóle osób 647, umarło 264, wyzdrowiało 246. W obec tego stanu komitet choleryczny rozwija największą działalność celem wstrzymania dalszego szerzenia się cholery. Postanowiono, aby chorzy na cholere nie byli przyjmowani na kurację do ogólnych szpitalów miejskich, i dla nich urządzone wyłącznie trzy oddziały choleryczne: jeden na Pradze przy szpitalu tańtejszym, drugi przy szpitalu starozakonnym na Pokornej, trzeci za rogatkami Wolskimi w Pradol (dawniej ogród i dom Ohma). Zwrócono ponownie uwagę mieszkańców stolicy, aby nie lekceważono najmniejszej biegunki; uznano za konieczne, aby ciała zmarłych na cholere grzebano po zaświadczeniu o rzeczywiście nastąpięcej śmierci przez lekarzy, którzy leczyli chorych, lub lekarzy miejskich; postanowiono, aby ciała zmarłych na cholere, mające być grzebane na ogólnych cmentarzach i wystawiane dla odprawienia nabożeństwa w kaplicach na cmentarzach się znajdujących (nie w mieście położonych), po dokonanej już desinfekeyi, zamykane były w metalowych hermetycznie zalutowanych trumnach. Towarzystwo lekarskie ze swej strony zwróciło uwagę na artykuły o cholere ogłaszane przez lekarzy po pismach nielekarskich i uznawszy je za pozbawione wszelkiej podstawy naukowej, za upozorowaną li tylko reklamę ubliżającą godności stanu lekarskiego, celem zapobieżenia pojawianiu się nadal takich gorszących wystąpień, wystosowało odezwę do pism politycznych z ostrzeżeniem publiczności co ma sądzić o wartości i celach podobnych artykułów popularnych.

— Z drukarni Gazety Lekarskiej wyszła dzisiaj broszura pod napisem: R e g u l a m i n e c h o l e r y c z n y do użytku władz lekarskich, lekarzy i publiczności, ułożony przez Professorów G r i e s i n g e r a, P e t t e n k o f e r a i W u n d e r l i c h a.

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

---

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

---