

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7 półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do akromegalii. Podał d-r med. L. E. Bregman. — Metoda „leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung) chorych umysłowych. Napisał A. Wizel. (Dokończenie). — **WYKŁADY KLINICZNE.** O istocie chorób, powstałych z t. zw. zaziębienia. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 16 stycznia 1900 r. — **ODCINEK.** Wskazówki praktyczne o dżumie, opracowane przez niemiecki urząd zdrowia. (Dokończenie). — **WIADOMOŚCI BEZŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. E. Bregman — Contribution à l'étude de l'acromégalie. 2) D-r A. Wizel — Sur le traitement des aliénés par la méthode d'alitement.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. E. Bregman — Ein Beitrag zur Akromegalie. 2) D-r A. Wizel — Die Bettbehandlung der Irren.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA W SZPITALU
 STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

Przyczynek do akromegalii.

Podał

D-r med. L. E. BREGMAN ordynator szpitala.

W piśmiennictwie neurologicznem z ostatniego dziesiątka lat jedno z miejsc najprzedniejszych zajmuje akromegalja. Liczba spostrzeżeń, drukiem ogłoszonych, powiększa się szybko z każdym rokiem, o wiele więcej, aniżeli w innych, również w ostatnich czasach odkrytych chorobach.

Doskonała monografia STERNBERG'a¹⁾, wydana w roku 1897, oparta jest na 210 opisanych już wówczas przypadkach, a ostatnie dwa lata przyniosły co

¹⁾ STERNBERG Max. Die Akromegalie. Specielle Pathologie und Therapie Nothnagel'a. Tom. VII Część 2.

najmniej po 20 - 30 nowych spostrzeżeń. Nie należy bynajmniej z tego wnioskować, że akromegalia jest chorobą pospolitą, często spotykaną, przeciwnie, na zasadzie doświadczenia własnego i innych autorów, powiedzieć możemy, że jest ona cierpieniem bardzo rzadkiem, znaczna zaś liczba ogłaszanych przypadków tłumaczy się przedewszystkiem tą okolicznością, iż rozpoznanie jej, skoro raz poznana i jako oddzielna postać chorobowa opisana została, dzięki tak niezwykłemu i na pierwszy rzut oka widocznym objawom, stało się niezmiernie łatwe. Przypuszczamy, że dość znaczna część spotykanych przypadków zostaje podawana do wiadomości ogółu, a to tem bardziej, że niezwykła ta postać chorobowa budzi powszechne zaciekawienie, i że, pomimo tych prac gruntownych, dużo punktów jeszcze pozostało dotąd niewyjaśnionych.

Jednym z pytań najważniejszych i najbardziej dyskusji ulegającym jest kwestya związku między rozrostem tkanek a cierpieniem przysadki mózgowej. Aczkolwiek w przypadkach, śmiercią zakończonych, gruczoł ten jest stale zmieniony, stosunek przyczynowy obu spraw chorobowych nie jest zupełnie pewny. Raz, że znane są przypadki, w których cierpienie przysadki nie pociągało za sobą powiększenia szczytowych części ciała²⁾; jeśli to ostatnie ma być li tylko następstwem zmian w gruczole wymienionym, to przypadki takie byłyby wprost niezrozumiałe tem bardziej, że zmiany znajduwane w przysadce nie różnią się ani co do stopnia, ani co do rozciągłości od tych, które towarzyszą akromegalii i które pod względem charakteru sprawy anatomicznej nie mają również bynajmniej jakichkolwiek cech specyficznych.

Powtóre, na uwagę zasługują przypadki—niżej opisany również do nich zaliczony być winien—w których brak objawów nowotworu mózgu, a zwłaszcza przysadki mózgowej (objawy ogólnego ucisku mózgowego oraz ze strony skrzyżowania wzrokowego). Brak tych objawów nie upoważnia wprawdzie do pewnego wniosku, iż przysadka jest nienaruszona, ponieważ może ona, jak np. w przypadku LINSMAYER'a³⁾, być zmienioną, a nie być powiększoną, albo też, jak zaznacza STERNBERG, nowotwór rozwijać się może w kierunku ku dołowi, ku kości klinowatej; w obu przypadkach brak będzie ucisku zarówno na mózg w całości, jak i na skrzyżowanie wzrokowe. Ze względu jednak na to, że tego rodzaju stosunek anatomiczny spotykamy rzadko, rzadziej, aniżeli przypadki, o których była mowa, wydać się musi wątpliwem, czy ostatecznie cierpienie przysadki jest przyczyną zmian akromegalicznych. Prócz tego, STRUEMPELL⁴⁾ zwraca uwagę na to, że w przypadkach, w których nie brak objawów przysadkowych, występują one niekiedy bardzo późno, t. j. wtedy, kiedy inne zmiany, a zwłaszcza rozrost szczytowych części, są już daleko posunięte. Autor ten mniema, że obie sprawy — akromegalia i zmiany przysadki — są raczej zjawiskami współrzędnymi.

Właściwą przyczyną obu jest usposobienie patologiczne ustroju, wynikające z warunków wewnętrznych (endogene Veranlagung), które wyraża się nie tylko w nieprawidłowym rozroście różnych części, między niemi i przysadki mózgowej, ale i w pewnych zaburzeniach konstytucjonalnych (cukrzyca, zaburzenia płciowe i t. d.). Co do tego, czy usposobienie to umiej-

2) Przypadki takie opisali: WOLF, BOYCE-BEADLES, PACKARD, HANDFORD, LEVY, BURR, HUNTER.

3) LINSMAYER L. Ein Fall von Akromegalie. Wien. klin. Woch. 1894, str. 294.

4) STRUEMPELL. Ein Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Akromegalie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. T. XI. Str. 51.

scowić należy w samych tkankach, ulegających przerostowi, czy w sokach odżywczych, czy wreszcie w układzie nerwowym, któremu w trofice ustroju przypada rola przednia, STRUEMPELL nie wypowiada swego zdania.

Ostatnie przypuszczenie wydaje nam się najprawdopodobniejszym, tem bardziej, że i inne zaburzenia, towarzyszące akromegalii — cukrzyca, zaburzenia płciowe — również być mogą pochodzenia nerwowego. Czy zanik mięśni, spostrzegany w niektórych przypadkach (między innymi i w niżej opisanym), jest pochodzenia ośrodkowego, lub też powstaje, jak utrzymują niektórzy autorzy, wskutek zmian międzymięszkowych w nerwach obwodowych, ulegających uciskowi w kanałach kostnych, nie jest również jeszcze rozstrzygnięte.

Zanim jednak przystąpimy do rozbioru dalszych szczegółów, podać musimy opis przypadku, który dał nam powód do zajęcia się tą sprawą.

Ossia Josel, 44 l. zapisał się do oddziału dla chorych nerwowych dnia 28 lipca 1899 r.. Ojciec jego ma lat 64, po za bólami reumatycznymi w kolanach, jest zupełnie zdrowy; matka choruje często na rozwolnienie, urodziła 8 dzieci. Chory jest drugim z rzędu. Siostra, młodsza o 2 lata, wzrostu niskiego, ma również jak on, od dzieciństwa zgrubiałe paluchy u rąk.

Chory do 18 roku życia był zupełnie zdrowy. 18 lat mając, wstąpił jako robotnik do przędzalni i zmuszony był lewą nogą poruszać ciężką maszynę, w następstwie czego pojawił się — w półtora roku później — ból w lewym pośladku, bardzo uporczywy; pomimo że chory porzucił zajęcie w fabryce, dopiero po dwóch latach wrócił do zupełnego zdrowia. 5-6 lat temu wyjechał do Ameryki; zajmując się handlem, dźwigał na lewym ramieniu dość znaczne ciężary — do 3 pudów i musiał z towarem na ramieniu wspinać się pod górę. Męczyło go to bardzo, wkrótce zaczął odczuwać osłabienie, zwłaszcza lewej połowy ciała, a po dwóch latach, widząc, że dłużej nie podola, postanowił wrócić do Europy. Był tak dalece zmieniony, że żona go nie poznała. Od tego czasu zdrowia już nie odzyskał, osłabienie ogólne wzmagало się stopniowo i doszło obecnie do tego, że nawet dłuższa przechadzka stała się dla niego zbyt ciężką, przyczem doznaje braku tchu i bólu w pachwinach. Lewa strona ciała jest od początku słabsza od prawej. *Potentia virilis* zmniejszyła się znacznie w ostatnich latach. Oddawna już dokuczają choremu wielkie pragnienie: kiedy objaw ten wystąpił, dokładnie nie pamięta. Powiększanie się rąk i nóg zaczęło się, o ile sobie przypomina, 10-12 lat temu, t. j. na długo przed wyjazdem do Ameryki. Przed rokiem bez żadnej przyczyny pojawił się obrzęk w okolicy prawego oka, obrzęk ten trwał dwa tygodnie, był niebolesny.

Badanie moczu, dokonane po raz pierwszy 4 miesiące temu, wykryło znaczną zawartość cukru. Przed miesiącem zaczęła się raptownie zmniejszać siła wzroku. Pomimo tych objawów, chory do ostatka nie przestawał się zajmować handlem swym (handlował lasem), pozostawał zwykle za domem, źle się odżywał, narażał się na szkodliwe wpływy powietrza.

Chory pali dużo, wódkę i piwo pijał umiarkowanie, a od kilku miesięcy, idąc za poradą lekarzy, całkiem pić przestał. Od czasu znalezienia cukru w moczu stosuje dietę przeciwcukrzycową (mało ścisłą). Chorób wenerycznych nie miał, w wojsku nie służył, urazowi nie ulegał.

Miał 3 synów. Najstarszy ma lat 14, jest zdrowy, choć bardzo chudy. Drugi zmarł przed rokiem na tyfus, miał lat 7, był również chudy, ale dobrze

rozwinięty i zdrów. Najmłodszy ma 4 lata, jest dosyć tęgi, fizycznie i umysłowo dobrze rozwinięty; odznacza się tylko bardzo grubymi paluchami oraz wielkiem — o ile sobie przypomina, dawno już zauważonem pragnieniem.

Status praesens. Chory ma wzrostu 171,0 ctm., jest mocnej budowy ciała, waga ciała wynosi 210 funt. Na pierwszy rzut oka uderza ogromna wielkość twarzy, rąk i nóg. Czoło wobec powiększonej twarzy wydaje się raczej niskiem i wąskiem. Zmarszczki na czole silnie wyrażone, przebiegają skośnie na lewo i ku górze. Oczy bez wyrazu, spojrzenie mętne; prawa szczelina oczna węższa od lewej; położenie gałek ocznych prawidłowe. W prawej



powiece górnej guzikowate stwardnienie (*fibroma*). Brwi stale podniesione, opuszczają się znacznie przy marszczeniu, przy tem czoło wygładza się nieco. Mięśnie oczne działają prawidłowo, dwojenia się nie ma i nie było. Siła wzroku bardzo zmniejszona, zwłaszcza w prawem oku, czytać może zaledwie największe litery tablic Snellena. Żrenice równe, średniej szerokości, oddziaływają dobrze na światło, bezpośrednio i pośrednio (z drugiego oka), przy akomodacyi lewa zwięza się lepiej. Pole widzenia nienaruszone.

Nos niekształtny, nadzwyczaj szeroki u podstawy, grzbiet jego również szeroki. Fałdy nosowargowe dosyć głębokie, cała twarz jednak jakby wygładzona, części kostne uwydatniają się mocno, skóra przylega gładko do kości. Uszy niepowiększone, znacznie odstają.

Szczęka dolna bardzo powiększona i naprzód wysunięta, również warga dolna. Obie wargi zgrubiałe, jakby wywrócone, błona śluzowa ich widoczna.

Język zbacza na lewo, lewa połowa jest w stanie posuniętego zaniku, ma liczne brózdki, poprzeczne i podłużne oraz powierzchnię czerwienią i suchszą, niż na prawej połowie; drżenie włókienkowe też tylko na stronie lewej.

Zęby psują się od 3 lat, wypadają same lub zostały wyrwane, niektóre i teraz są ruchome. Dolne wysunięte o kilka milim. przed górne. Dziaśła w stanie zaniku, tak że korzenie zębów są widoczne.



Chory otwiera i zamyka usta, ścisną wargi dobrze. Gwizdać nie umie. Zęby pokazuje dobrze. Słuch w prawym uchu gorszy: słyszy zegarek prawym na odległości 2 ctm., lewym na 12 ctm.

Podniebienie, gardziel, łykanie — prawidłowe. Uskarża się na zasychanie w ustach i w gardle. Lewy migdałek powiększony. Głos ma dźwięk nieprzyjemny, jakby nieco ochrypły. Czaszka wydaje się w porównaniu z twarzą mniej powiększoną.

Głowa stale naprzód pochylona, jakby wtłoczona między barki. Szyja krótka.

Klatka piersiowa ogromna w obu wymiarach, rozszerza się jeszcze bardziej ku dołowi. Obojczyki wydatne, przebiegają bardziej skośnie ku

zewnątrz i ku górze. Lewy obojczyk grubszy jeszcze od prawego, zwłaszcza w części barkowej. Jamy nadobojczykowe głębokie. Wyraźny zanik mięśni pasa barkowego, zwłaszcza nad- i podgrzebieniowych. Lewa jama podgrzebieniowa głębsza od prawej. M. trójgraniaste (*M. deltoidei*) lepiej nieco rozwinięte. Ramiona i przedramiona prawidłowe, obwód ich średni. Ręce natomiast ogromnie powiększone, palce również bardzo duże: dłonie i palce bardziej powiększone w wymiarze poprzecznym, niż w podłużnym. Paznokcie szerokie i krótkie. Pierwszy paliczek palucha ma kształt kulisty, paznokieć — półksiężycowy, drugi paliczek nieco węższy.

Mięśnie kłęba i kłębika nie zanikłe, napięcie ich zmniejszone. Skóra na dłoni zbyt wielka, fałdy jej nie wygładzają się przy wyprostowywaniu palców. Zmiany w rękach symetryczne.

Znaczne skrzywienie łukowate, ku przodowi wklęsłe części grzbietowej kręgosłupa. Lordoza części lędźwiowej słabo wyrażona. Opukiwanie kręgosłupa niebolesne.

Narządy płciowe prawidłowe, nie powiększone. Pas miedniczy, uda, podudzia prawidłowe, stopy niezwyklej wielkości. Kostki bardzo szerokie. Palce ogromne w kierunku poprzecznym i podłużnym.

Dokładne wymiary, zrobione na chorym, dały następujące liczby:

Obwód głowy przez gładyszkę kości czołowej i wydatność potyliczną	61,0	ctm.
Odległość od gładyszki do wydatności potylicznej w kierunku strzałowym	35,0	ctm.
Szerokość nosa u podstawy	6,0	„
„ szczęki dolnej od jednego kąta do drugiego	14,0	„
	pr.	lew.
Obwód ramienia	28,0	ctm. 28,0 ctm.
„ przedramienia w środku	24,5	„ 24,5 „
„ „ w okolicy stawu napięstkowego	20,0	„ 20,0 „
„ pierwszego paliczka palucha	8,5	„ 8,6 „
„ drugiego „ „	10,2	„ 9,8 „
„ pierwszego „ drugiego palca	9,0	„ 8,4 „
„ „ „ piątego palca	8,0	„ 7,4 „
Długość trzeciego palca	9,8	„ 9,8 „
Obwód uda 18 ctm. powyżej rzepki	44,5	„ 45,0 „
„ największy łydki	35,0	„ 36,7 „
„ podudzia przez obie kostki	28,0	„ 29,0 „
Długość stopy od końca kości piętowej do końca palucha	30,0	„ 30,0 „
„ „ do „ piątego palca	25,0	„ 25,0 „
„ „ palucha do główki kości śródstopowej	7,5	„ 7,7 „
Obwód drugiego paliczka palucha	12,5	„ 12,5 „
„ pierwszego paliczka drugiego palca	6,3	„ 6,5 „

Siła ruchowa mięśni wogóle zmniejszona, siła lewych kończyn mniejsza od prawych. Dynamometr MATHIEU pokazuje w prawej ręce 75, w lewej 55. Lewą rękę podnosi ku górze gorzej, niż prawą. Chodzić prędko nie może, wogóle chodzenie męczy go bardzo, wskutek czego cały dzień prawie pozostaje w łóżku. Na prawej nodze stoi, na lewej nie może ustać. Objawu ROMBERG'a brak.

Mięśnie wiotkie. Odruchy kolanowe słabe, nawet przy JENDRASSIK'U; ze ścięgien ACHILLES'a odruchu brak; stopowych przy lechtaniu brak, przy ukluciu odruch słaby; nosidłowy prawy średni, lewy słabszy, brzuszne średnie.

Badanie prądem elektrycznym wykazało znaczne zmniejszenie pobudliwości w mięśniach pasa barkowego, najbardziej w mięśniach podgrzebieniowych (przy najsilniejszym prądzie skurcz bardzo słaby). Brak wyraźnej reakcji zwyrodnienia, chociaż w mięśniu trójgraniastym SAnZ (skurcz przy zamykaniu na anodę) równała się SKaZ (skurczowi przy zamykaniu na katodę).

Czucie na lewej połowie twarzy, zwłaszcza w okolicy lewego ucha, wyraźnie zmniejszone; na lewej połowie tułowia i lewych kończynach przedmiotowych zaburzeń nie stwierdzono, podmiotowo czucie zimna i bólu mniej silne.

Silne łuszczenie się skóry na lewej połowie głowy, włosy na tej stronie rzadsze: chory zauważył to łuszczenie się i wypadanie włosów od kilku miesięcy.

Wymiary serca nieco powiększone: do 3 żebra, do linii brodawkowej lewej. Uderzenie serca silne, rozlane na całą okolicę serca. Szmerów brak. Tętno 96, napięcia średniego, tętnica miękka. Oddech prawidłowy, brzuszny.

Ilość dobową moczu stale powiększona, około 4 litrów. Mocz barwy słomiano-winnej, przezroczysty, kwaśny, zawiera (kol. STERLING) cukru $3\frac{1}{2}\%$, części stałych 44,17 (w 1000 ctm. sz.) przy ciężarze właściwym 1019, mocznika 27,0, dość obfite chlorki, mało fosforanów, ślady indykanu. Białka nie zawiera. Osad niebardzo obfity w postaci białawych pulchnych kłaczków zawiera przeważnie sole szczawianu wapna, nieco moczanów, nieliczne leukocyty, dość liczne komórki nabłonkowe płaskie z dróg moczowych.

(D. n.).

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYSŁOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
(NA CZYSTEM).

Metoda „leczenia w łóżku“

(Bettbehandlung)

chorych umysłowych.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 6).

Mniej rozpowszechnione jest przekonanie o ujemnych własnościach separatki, ale dziś i na separatkę wielu psychiatrów zapatruje się już, jako na środek wielce szkodliwy. SCHOLZ powiada: „wszystkie złe uczucia, — złość, strach i wściekłość — przepelniają duszę chorego (przebywającego w separatce). W samotności zatracą on poczucie przynależności do rodzaju ludz-

kiego i staje się ofiarą wyłącznie swych chorobliwych wyobrażeń. Chory traci godność ludzką, obnaża się, drze ubranie, wała się kałem i nabiera wstrętnych, prawdziwie zwierzęcych nałogów“. Do tego dodać należy, że separotka bywa często dla chorego niebezpieczna. W separatce chory tarza się po ziemi, bije głową o ścianę, wrywa sobie narządy płciowe, wykluwa oczy, gryzie się i kaleczy i t. p. Oto są przyczyny, dla których wielu psychiatrów separatkę dziś bezwzględnie potępia.

Zważywszy to, co się rzekło o ujemnych stronach kaftana i separatki, jeszcze bardziej przekonywamy się o niezmiernej doniosłości metody „leczenia w łóżku“. Metoda ta posiada niepospolite zalety. I z punktu widzenia humanitarnego i ze stanowiska lekarskiego wytrzymuje ona w zupełności krytykę.

Nadmienię tu w końcu okoliczność, o której jużem wyżej wspominał, a mianowicie, iż metoda leczenia w łóżku zmniejsza ilość zadawanych choremu leków kojących i narkotycznych. Leki te, przez dłuższy czas stosowane, nie mogą nie wywrzeć ujemnego wpływu na ustrój, — otoż ograniczając częstosć ich stosowania, przynosimy tem samem korzyść choremu.

Podnosząc zalety i doniosłość leczniczą metody leczenia w łóżku, nie mogę w tem miejscu nie zauważyć dla ścisłości, iż są jednak psychiatrzy, którzy czynią jej poważne zarzuty. Do takich należą dwaj psychiatrzy rosyjscy, a mianowicie TRAPIEZNIKOW²⁰⁾ i OSIPOW²¹⁾, asystenci BECHTEREW'a. Autorowie ci zarzucają leczeniu w łóżku, co następuje: 1) chorzy, leczeni w łóżku, tracą jakoby na wadze, 2) cierpią na zaparcie, 3) częściej oddają się samogwałtowi, i 4) tak silnie przyzwyczajają się do leżenia, iż później niesłychanie trudno wdrożyć ich w zwykły tryb życia, ciągleby bowiem chcieli leżeć.

Mając na względzie powyższe zarzuty, usiłowałem sprawdzić, o ile są one słuszne. Otoż doświadczenie półroczne doprowadziło mnie do wniosków następujących.

1) Wążąc swych chorych w pewnych określonych odstępach czasu, przekonałem się, że istotnie niektórzy z nich chudną, ale przekonałem się również, że inni chorzy tyją, — następnie przekonałem się, że u jednych i tych samych chorych waga już to się zwiększa, już to się zmniejsza. A zatem żadną miarą nie można uważać chudnięcia za zjawisko ogólne.

Z pośród 15 chorych, których przez dłuższy czas ważyłem, nie było ani jednego, któryby stale tracił wagę, — u wszystkich waga ciągle się wahała, bądź zmniejszając się, bądź się zwiększając, przyczem u 8 chorych wahania te skończyły się ostatecznym przyrostem, u 7 zaś — ostateczną stratą.

Nadmienię nadto, że w tych przypadkach, w których istniała w końcu strata, w olbrzymiej większości przypadków była ona nieznaczna. I rzeczywiście, w jednym przypadku końcowa strata wynosiła 1 kilogram 450 grm., w drugim 1 kilogr. 700 grm., w trzecim — 1 kilogr. 600 grm., w czwartym — 750 grm., w piątym — 750 grm., w szóstym — 1 kilogr. 50 grm., w siódmym — 4 kilogr. 220 grm. (jedeny przypadek, w którym widzimy większą stratę).

²⁰⁾ D-r TRAPIEZNIKOW. O postelnom sodierżanii duszewnobolnych. Obozrenie psichiatrii, newrologii etc. 1898.

²¹⁾ D-r OSIPOW. Terapewtieszeskoje znaczenie postielnawo sodierżania duszewno-bolnych. Obozrenie psichiatrii, newrologii etc. 1898.

Na dowód tego, jak się waga waha, przytoczę na chybi trafi dwa przypadki, z których jeden zakończył się przyrostem, a drugi — stratą.

1-szy przypadek:

17.VII. — 46,600	12. X. — 49
27.VII. — 48,700	25. X. — 47,450
12.VIII. — 46,900	5. XI. — 48,500
21.VIII. — 45,720	15. XI. — 50
1. IX. — 48,150	26. XI. — 48
16.IX. — 47,800	8. XII. — 50,300
29. IX. — 46,500	12.XII. — 52

2-gi przypadek:

4.VI. — 46,150	16. IX. — 45,100
12. VI. — 45,300	29. IX. — 45
21. VI. — 44	24. X. — 44,800
8. VII. — 43,600	5. XI — 45,500
3. VIII. — 45,50	26. XI. — 44,850
1. IX. — 46	8. XII. — 45,400

Analizując bliżej warunki, powodujące, iż chorzy raz chudną, drugi raz znów tyją, przyszedłem do wniosku, iż zależne są one 1) od tego, czy chory lepiej czy też gorzej się odżywia, 2) od tego, z jakim okresem choroby mamy do czynienia. Że w początkowym okresie ostrego obłędu chorzy chudną, wiemy o tem bardzo dobrze, chudną bez względu na to, czy leżą, czy też chodzą. Jeżeli więc w tym okresie chory, leżąc, będzie chudł, nie powinniśmy kłaść tego na karb leżenia. Z drugiej znów strony wiemy, że poprawie psychicznej towarzyszy zwykle tycie, otóż przyrost wagi często przypisać należy powracaniu do zdrowia. Ale prócz tych warunków muszą istnieć inne jeszcze, bliżej nieuchwytne, chorzy bowiem nieraz bez wyraźnego powodu bądź chudną, bądź tyją.

2) Co się tyczy zarzutu, jakoby leżenie wywoływało zaparcie, to tego również stwierdzić nie mogłem. Chorzy moi z powodu leżenia nie otrzymywali bynajmniej więcej środków czyszczących, aniżeli chorzy nie leżący. Gdyby istotnie leżenie wywoływało zaparcie, byłoby to faktem, rzucającym się w oczy, albowiem kontrola nad chorymi leżącymi jest pod tym względem nieskończenie łatwiejsza. Nic podobnego nie zauważyłem.

3) Co się tyczy samogwałtu, to zauważyć winienem, że należy on wogóle do plag zakładów psychiatrycznych bez względu na to, jaki system leczniczy w zakładzie panuje. Chory zawsze znajdzie sposobność, aby popełnić samogwałt bądź w dzień, bądź w nocy. W każdym jednak razie zwrócić muszę uwagę, iż przy leżeniu chorych w łózkach kontrola jest o wiele ściślejsza. Posługacz nieustannie czuwa nad chorymi, obserwuje ich czynności i uważa zawsze (co ma gorąco polecane), aby chorzy ręce trzymali na kołdrach. Łatwiej w tych warunkach skontrolować chorych, aniżeli wtedy, gdy chodzą swobodnie po wszystkich zakątkach szpitala lub gdy są zamknięci w separacie.

4) Wreszcie zarzut co do zbyt wielkiego przyzwyczajania się do łóżka jest również niesłuszny. Wszyscy moi chorzy, leczeni metodą leżenia, będąc w odpowiedniej chwili poddani zwykłemu trybowi życia, dość łatwo, a niektórzy nawet bardzo szybko przywykali do nowego położenia. Zresztą jest

sposób na to, by chory nie przywykł zanadto do leżenia: kilka razy na dzień powinien on wstawać z łóżka. Moi chorzy parę razy na dzień wstają, celem przyjęcia posiłku w stołowym pokoju, nie mówiąc o tem, że dla załatwienia czynności w klozecie również wstawać muszą. W lecie zaś niektórzy chorzy bywają wypuszczani na krótki spacer do ogrodu.

Z powyższego wynika, że żaden z zarzutów, przytaczanych przez wzmiankowanych autorów rosyjskich, krytyki nie wytrzymuje.

Dzięki półrocznemu doświadczeniu stałem się najgorętszym zwolennikiem metody leczenia w łóżku. Upatruję w niej wielką zdobycz naukową, jest ona dla mnie olbrzymim krokiem naprzód w dziedzinie terapii chorób umysłowych. Odkrycie faktu, iż obłąkany uspokaja się przez leżenie, jest w swej istocie nader proste, ale jak często wielkie odkrycia bywają właśnie proste. Mimo całej prostoty tego odkrycia, ileż stuleci trzeba było na nie czekać? Chorych umysłowych katowano, dręczono, wiązano, nikt jednak nie przeczuł, że, humanitarnie obchodząc się z obłąkanym, najprędzej cel pożądanym osiągamy²²⁾.

WYKŁADY KLINICZNE.

D-r W. FREUDENTHAL (Nowy-York).

O ISTOCIE CHORÓB, POWSTAŁYCH Z TAK ZWANEGO ZAZIĘBIENIA.

Monografia, wydana w roku zeszłym w Lipsku przez RUHEMANN'a, p t. „Czy i o ile zaziębienie jest przyczyną chorób“, dała autorowi powód do zajmującej, ożywionej polemiką naukową rozprawy, która na przedmiot ten rzuca sporo światła.

W miarę zwiększania się naszych wiadomości bakteryologicznych wzrastała i ilość chorób, poczytywanych za zakaźne, i wszystko to, co dawniej świat naukowy oznaczał mianem zaziębienia, uważamy obecnie za zakażenie. Zaprzeczyc się nie da, że pewna liczba chorób dróg oddechowych z grypą np. na czele ma przeważnie charakter zakaźny, również i pewne postacie zapalenia gardła niewątpliwie są tego samego pochodzenia, — z drugiej znów strony w wielu z tych chorób nie można wyłączyć i wpływu zimna, jako momentu etiologicznego. Rozstrzygnięcie pytania, o ile budzi interes z punktu widzenia filozoficznego, o tyle może mieć i doniosłe znaczenie praktyczne. Jeżeli bowiem w myśl RUHEMANN'a wszystkie wspomniane choroby poczytywać będziemy za zakaźne, to, w chwili ich wybuchu, co najwyżej, będziemy w stanie odosobnić albo poszczególne indywidua, albo też poszczególne okolice, niemi dotknięte, a po zatem pozostaniemy bezsilni, — gdy zaś nabierzemy przekonania, że choroby owe często powstają pod wpływem zimna, znajdziemy wiele środków, by się ich ustrzedz.

²²⁾ Pisząc pierwszy u nas o metodzie leczenia w łóżku, która dotąd zastosowania w naszych zakładach psychiatrycznych nie znalazła, musiałem wprowadzić dwa nowe terminy polskie, a mianowicie: „leczenie w łóżku“ i „czuwalnia“. Co do tego drugiego, to stworzyłem go na wzór takich wyrazów, jak: jadalnia, sypialnia, pralnia, poczekalnia i t. p., i dla tego wydaje mi się, iż odpowiada on w zupełności duchowi języka polskiego. Co się zaś tyczy nazwy: „leczenie w łóżku“, to nie powiem, aby mnie ona zupełnie zadawała, lepszej jednak wymyślić nie mogłem. Być może, iż kto inny znajdzie nazwę odpowiedniejszą.

Co do istoty zaziębienia, to najwięcej zbliżona do prawdy jest myśl, wypowiedziana przez ROSENTHAL'a jeszcze w r. 1872. Gdy zbyt rozgrzane ciało z nadmiernie rozszerzonymi naczyniami powłok zewnętrznych nagle przechodzi do zimna, to wówczas nie traci ono oznaczonej ilości ciepła, ale nagle oziębiona krew powłok zewnętrznych biegnie do narządów wewnętrznych i ochładza je gwałtowniej, niż by to zdarzyć się mogło przy działaniu na powierzchnię ciała samego zimna bez uprzedniego działania wyższej temperatury. Jeżeli nastąpi porażenie naczyń skóry, co bywa tylko przy stopniach najwyższych, to utrata ciepła niema wtedy żadnych przeszkód.

W innych przypadkach naczynia pod wpływem zimna ściąągają się natychmiast, lecz nieco słabiej, niż w stanie prawidłowym. Wobec tego przyzwyczajenie odgrywa tutaj nie małą rolę. Wiemy dobrze, że części ciała, które są zwykle odziane, o wiele więcej podlegają wpływom zimna, niż te, które są zawsze odkryte. Pomijając inne teorie zaziębienia, jako to: retencyjną i odruchową, zaznaczyć można tylko to, że słusznie bardzo wielki w tym względzie kładą nacisk na stosunki krążenia. Szkoda jednak, że zachowanie się tych stosunków badane bywa przeważnie podczas działania zimna lub też bezpośrednio po niem, gdy o wiele ważniejsze mogłoby być ich badanie przed niem.

Jako ważny dowód, świadczący przeciw wpływom zimna, przytacza RUNEMANN podróż do bieguna NANSEN'a i jego towarzysza. W pewnym miejscu swej monografii mówi on, że „gdy NANSEN i JOHANSEN po długiej żegludze w kajakach weszli na ławicę lodu, by wyprostować swe członki, wiatr porwał kajaki i poniół dalej. Nansen szybko zrzucił wierzchnią odzież, wskoczył do zimnej, jak lód, wody, ale z wielkim zaledwie wysiłkiem zdołał dotrzeć do kajaków, wsiąść w nie i napowrót do ławicy przyczepić“. Obydwaj śmiałkowie miesiące całe przebywali w najniższych stopniach temperatury, odzież ich w ciągu dnia zamieniała się w twarde lodowy pancierz, w nocy zaś, gdy kładli się spać w workach, wskutek ogrzania topniała tak, że sypiali, jak gdyby w kąpieli. O zmianie bielizny nie można było myśleć, to też skóra ich po upływie pewnego czasu nabrała takiego wyglądu, że, gdyby ją chcieli oczyścić, musieliby brud skrobać nożem. Mimo to wszystko o zaziębieniu nie było mowy.

Jako przeciwstawienie tego faktu przytacza autor inny, zanotowany przez ROEHRIG'a. Podczas koronacji papieża Leona X całe ciało pewnego chłopczyka pociągnięto lakierem na kolor złota, by, o ile można lepiej, przedstawiał anioła—gdy nadszedł dzień koronacji, wszystko do niej było przygotowane, nawet i polakierowany chłopczyk, który jednak w ciągu tego czasu zdążył umrzeć wskutek powstrzymanego przeziwu skórniego. Rzecz prosta, iż pomiędzy rzeczywistym lakierem chłopczyka, a w pewnym tylko stopniu polakierowaną skórą NANSEN'a i jego towarzysza zachodzi wielka różnica: brud, jakiegokolwiek byłby grubości, nie stawia przeszkody przeziwowi, a w ostatnim wypadku przez powstające nocną porą wskutek topnienia szczeliny przeziwów ów mógł się odbywać nader dokładnie.

Dla czego NANSEN się nie zaziębił? Przed odpowiedzią na to pytanie wspomina autor o analogicznym fakcie, jaki sam spostrzegł w Lipsku w r. 1879. Kilku podchmielonym studentom zachciało się przejechać łódką po rzece — łódka się wywróciła, a studenci wpadli do wody. Zimno było niezmiernie, mimo to żaden z nich się nie zaziębił. Dla czego? Dla tego, że wskutek uprzedniego użycia wysoko krążenie krwi stało się tak szybkie, że nagle oziębione naczynia powłok zewnętrznych przez dopływ ciepłej fali krwi utrzymywane były w równowadze, nie mogło więc przyjść tu do nagłego oziębienia narządów wewnętrznych.

Otóż, gdyby na miejscu NANSSEN'a znalazł się człowiek z wiotkiem tętnem, zmniejszoną energią, któryby po kąpeli usiadł i odzież osuszył, to zapewne skutek takiej kąpeli byłby dla niego mniej pomyślny. Czystość powietrza podbiegunowego w danym przypadku nie może mieć żadnego znaczenia.

Wielką wagę przyznają wogóle czystości morskiego, *resp.* górskiego powietrza, ma ono jakoby zapobiegać wszelkiemu zakażeniu. Rzeczywiście, wspomniane powyżej postacie zapalenia gardła przytrafiają się tu nader rzadko. Są jednak przypadki, które wymagają wyjaśnienia. Wielu mieszkańców miast, gdy tylko dzień jeden przepędzą w wysokich górach, powraca ztamtąd z katarzem nosa lub biegunką. Katar ów nie może być pochodzenia zakaźnego, ponieważ nigdy nie udało się spostrzec przeniesienia tego rodzaju kataru w góry. Może więc on być tylko skutkiem zimna—zimno działa na *locus minoris resistentiae* i wywołuje siękanie w ten sam sposób, w jaki wywołują je inne drażniące błonę śluzową nosa bodźce mechaniczne lub też termiczne. Weźmy drugi przykład: jeden z pacjentów autora siada pewnego poranku przy otwartem oknie i po upływie niespełna godziny dostaje biegunki. Czy jest to zakażenie? Z pewnością nie. Od czasu bowiem gdy mieszka on wspólnie ze swoją rodziną, nikt z niej, prócz niego, nigdy nie zapadał na ową zbliżoną do krwawej biegunki chorobę; innym razem ten sam pacjent w ciągu godziny zrana jeździ na łódce, wiosłując, poczem może dzień cały siedzieć przy otwartem oknie i biegunki nie dostaje. Wniosek stąd taki, że wzmożone krążenie zapobiega zaziębieniu. Nie potrzeba jednak, by owo wzmożenie krążenia miało być koniecznie przed samem oziębieniem, gdy bowiem pacjent ów w ciągu dni kilku wykonywa jakąkolwiek więcej uciążliwą pracę mięśniami, to po niej przez dłuższy przeciąg czasu staje się wolny od wszelkich wpływów zimna. Bakterye są wszędzie, lecz w danym przypadku chyba nie mają wspólnego z powstaniem choroby. Przemoknięcie, nawet czas dłuższy, również nie bywa szkodliwe, jeżeli postaramy się mu przeciwdziałać za pomocą wzmożonej pracy cielesnej. Widzimy np. że ci, co zwiedzają lodowce i przy wspinaniu się na nie zużywają wiele takiej pracy, nie ulegają zaziębieniu, mimo iż z przemokniętymi nogami chodzą po śniegu, gdy całe ich ciało potnieje od promieni słońca. Gdyby to uczynił ktoś ze słabem krążeniem krwi, z pewnościąby się zaziębił, chociaż powietrze wolne jest tutaj od wszelkich zarodków.

To, że gościec przypada zwykle na najmniejsse miesiące roku, a przypadki chorób dróg oddechowych trafiają się przeważnie na wiosnę, zwolennicy teorii zakażenia przytaczają jako dowód, świadczący przeciw wpływom zimna, i mówią, iż tak jest dla tego, że zakażenie gościcowe występuje natychmiast pod działaniem zimna, gdy okres wylęgania wielu chorób dróg oddechowych, osobliwie zapalenia płuc, jest o wiele dłuższy. Chociaż nie ulega obecnie najmniejszej wątpliwości, że zapalenie płuc powstaje na drodze zakażenia, są przypadki, w których w pewnym stopniu przypisać je można i wpływom zimna. W armii niemieckiej po pierwszych ćwiczeniach wiosennych przypadki tego cierpienia są nader liczne, przytem liczniejsze u rekrutów, niż u starych żołnierzy. Otóż wyobraźmy sobie takiego rekruta, nie nawykłego do trudów i po raz pierwszy w życiu idącego w pole z tornistrem na plecach i innymi pakunkami, rzecz prosta, iż, by podobać obowiązkowi, zużywa on więcej sił, niż stary wyćwiczony żołnierz, w końcu praca staje się dlań za ciężką, znużony wlecze się dalej i, uginając się pod ciężarem swej noszy, zaczyna ciężiej oddychać, a w braku powietrza, otwiera usta—wówczas zimny prąd bezpośrednio do jego płuc przenika. Ponieważ trudno przypuścić, by na otwartem polu, gdzie się odbywają ćwiczenia, była wielka obfitość koków zapalenia płuc, przyjąć należy, że w danym razie nie one są przy-

czyną choroby, lecz samo powietrze, powietrze nie, jak to zwykle bywa, ogrzane w nosie i jamie noso-gardzielowej, lecz bardzo zimne pada na gorącą błonę słuzową tchawicy i głębszych jej gałęzi i stanowi bardzo silny bodziec, który może spowodować chorobę. Na poparcie tego twierdzenia można przytoczyć okoliczność, że dzieci z t. zw. wilczą paszczą częściej podlegają zapaleniu płuc, niż inne. Zwolennicy teorii zakażenia mogliby jednak zrobić tu zarzut, że u tego rodzaju dzieci koki zapalenia płuc, nie znajdując przeszkody w drogach nosowych, o wiele łatwiej do płuc się dostają. Na to wszakże odpowiedź jest ta, że dzieci z wyrostkami adenoidalnymi lub też innymi przeszkodami w nosie ulegają zapaleniu płuc tak samo prawie często, jak inne.

Pewną czystość pod względem bakteryologicznym przypisują zwykle powietrzu morskemu, tymczasem zauważyć można, że podczas zimowych miesięcy ci, co przebywają na morzu, chorują na zapalenie płuc wcale nie rzadziej, niż mieszkańcy lądu.

Następnie przeciw teorii zakażenia świadczyć może i fakt poniższy. W ciągu letnich miesięcy roku ostatniego autor obserwował 14 oficerów, których obowiązkiem było kilka razy dziennie odbywać podróż na okrętach handlowych z Nowego-Jorku na morze, tam i z powrotem. Wszyscy oni sypiali w przestronnych, na oścież otwartych kajutach na najwyższym pokładzie okrętu i wszyscy zaziębiali się bardzo łatwo. Dla tego też nieraz spostrzedz było można, że, gdy tylko powiał cokolwiek silniejszy wiatr, który innym pasażerom sprawiał nawet pewną przyjemność, oficerowie natychmiast zamykali okna swych kajut. Dla czegoż tedy ci ludzie, którzy, jakby się zdawać mogło, powinni być silnie zahartowani, z taką łatwością dostawali kataru nosa lub zapalenia gardła? Zakażenie przecież można tu wyłączyć. Chyba dla tego, że prowadzili oni tryb życia mieszkańców lądu. Tak samo, jak i ci, mieli przesadną obawę zaziębienia, tak samo, jak i oni, w najgorętsze dni lata kładli na siebie wiele odzieży. Wyjątkiem był tylko jeden 65-letni kapitan, ale też prowadził on inny tryb życia i znacznie lżej się ubierał.

Przed rozbiorem tego rodzaju stosunków poświęca autor kilka słów pewnym ważnym poszukiwaniom GOLDSCHIEDER'a. GOLDSCHIEDER stwierdził, że czucie temperatury na całej powierzchni naszej skóry nie jest równomierne, lecz umiejscowione w określonych punktach. Część tych punktów jest wrażliwa tylko na zimno, są to punkty zimna, inna znowu tylko na ciepło, są to punkty ciepła. Punkty te ułożone są w grupy lub linie, a linie owe otaczają zwykle jakieś okrągłe, eliptyczne lub owalne miejsca, które na czucie temperatury nie są wrażliwe. W pewnych okolicach skóry przeważają punkty ciepła, w innych punkty zimna, a w innych jeszcze są one w równowadze. W miejscach, w których czucie dotykowe jest najdelikatniejsze, punkty zimna i ciepła znikają. Stopień wrażliwości punktów jest nader różnorodny, dla jednych bowiem potrzeba bardzo silnych bodźców, gdy inne reagują już i na najslabsze. Bodźce mechaniczne w punktach zimna wywołują tylko czucie zimna, w punktach ciepła — tylko czucie ciepła. Rozmieszczenie punktów w symetrycznych okolicach obu połów ciała nie jest jednakowe. Pod wpływem bardzo silnych bodźców punkty tracą wrażliwość. GOLDSCHIEDER wynalazł dla całej powierzchni ciała dokładne ich tablice. Autor mniema, że wyżej wymienione poszukiwania czynione były tylko na dorosłych, i że u dzieci, u których trudnoby było je przeprowadzić, rzecz ta, prawdopodobnie, ma się zupełnie inaczej, jak o tem sądzić może przez analogię z innymi danymi. Dla autora jasne jest, że punkty ciepła i zimna są to wytwory sztuczne. Dodać należy, że GOLDSCHIEDER, jako też i inni badacze wykazali, że przy bardzo

wielkiej utracie ciepła punkty ciepła na całej powierzchni ciała bywają zniesione, a wówczas bardzo niewielki już stopień zimna, który zwykle nie czynił na nas żadnego wrażenia, wywołuje silną reakcję.

Po tej uwadze wraca autor do wyżej omawianych stosunków i powiada, że jedną z najważniejszych spraw w tym względzie jest sprawa naszej odzieży. Odzież ta tak ma się do naszego ciała, jak np. następujące doświadczenie. Jeżeli owiniemy mały palec naszej prawej ręki w wełnę lub też bawełnę i owinięcie takie nosić będziemy tydzień lub 4 tygodnie, to palec na tem nadal nic nie ucierpi. Gdy jednak ów opatrunek nosić będziemy lata całe lub lat dziesiątki, zdejmując go tylko na noc, to z łatwością pojmemy, że odrzucenie go pociągnie za sobą bardzo złe skutki nie tylko dla samego palca, ale na drodze odruchowej i dla innych narządów ciała. Tak samo ma się rzecz i z odzieżą: cały rok chodzimy w pończochach i butach, to też, kładąc się do snu, spostrzegamy, iż boso na zimnej podłodze zaledwie ustać możemy. Jeżeli zaś letnią porą przyjdzie nam kiedy ochota zdjąć buty, a gorąco nie jest zbyt wielkie, to wówczas następuje to samo, co z wyżej opisanym palcem. Któż więc przewidzieć może, że nasze nogi są tak bardzo na zimno wrażliwe. U dzieci nowonarodzonych mamy w tym względzie zupełnie co innego. Naczynia powierzchownych warstw skóry, jak też i zakończenia nerwów działają tu jaknajdokładniej — przy każdym powiewie zimna z łatwością się kurczą, a wskutek tego powierzchnia skóry poprawnie spełnia swą fizyologiczną czynność, jako narząd ochronny. Tem się tłumaczy okoliczność, że nowonarodzone dziecię, przeniesione nagle z gorąca macicy do temperatury pokojowej, o jakie 20° C. niższej, nigdy się prawie nie zaziębia, mimo iż żadnego nie ma odzienia. Z czasem jednak, im więcej je okrywamy w odzież, im więcej usuwamy od owych tak pożytecznych wpływów atmosfery, tem więcej dajemy powodów do łatwiejszego powstawania zaziębień.

Do jakiego stopnia skóra naszą jest wrażliwa na zmiany temperatury, dowodzi fakt, że częściej daleko zaziębiamy się w t. zw. przeciągach w zamkniętym pokoju lub nawet w łóżku, niż na świeżem i otwartem powietrzu. Zapadanie na zapalenie gardła tych, którzy całe tygodnie leżą w łóżku, dowodzi również, że wrażliwość ich wzrasta o tyle, iż najmniejsza już zmiana ciepłoty, jak np. zmiana bielizny pościelowej powoduje zaziębienie. Możemy je i sztucznie nawet wywoływać na każdym miejscu ciała, na jakim nam się spodoba. Powtarzać się tu będzie zawsze owo doświadczenie z małym palcem. Przypominać się nam ono będzie i wtedy, gdy okiem rzucimy na niektóre panujące obecnie nierozsądne mody. Według nich np. młode nasze panie chowają teraz całe uszy we włosach, zachodzących aż na twarz samą, a szyję, która jest przeznaczona na to, by ruchy głowy były, o ile można, swobodne, wciskają w wysokie kołnierze sukni. Przypuścimy, że taka moda potrwa lata całe, i że nasze panie lata całe trzymać będą uszy i szyję zakryte, to później, gdy moda nagle się zmieni, gdy wedle jej praw szyja zostanie swobodną, uszy odkryte, a włosy zaczesane w górę, zobaczymy, ile chorób uszu i gardła równocześnie z tą zmianą powstanie.

By usunąć możliwość tego rodzaju chorób, powinniśmy hartować swe ciało nie tylko za pomocą kąpeli. Stara zasada, jaką w początkach bieżącego stulecia wygłosił jeden z berlińskich klinicyistów, że nogi należy utrzymywać ciepło, głowę chłodno, przyniosła i przynosi ludzkości wiele złego. Dla czego skóra nóg ma być koniecznie ciepła lub cieplejsza, niż np. skóra rąk, tego autor nigdy nie mógł pojąć. Skóra całego naszego ciała powinna być utrzymywana nie ciepło, lecz chłodno. Gdybyśmy taką przyjęli zasadę, wówczas zachowanie się punktów GOLDSCHIEDER'a byłoby zapewne wręcz inne. Gdybyśmy od dzieciństwa fizyolo-

giczne czynności naszej skóry pozostawili samym sobie, to z łatwością zrozumielibyśmy to, co tak bardzo dziwi RUHEMANN'a, że dzieci z ich wiotkimi, pozbawionymi odporności mięśniami, z ich cienutką i delikatną skórą o wiele rzadziej podlegają goścowi mięśniowemu, niż dorośli z ich silną muskulaturą i stwardnieniem *integumentum commune*. Przyzwyczajenie więc i tylko ono sprawia, iż skóra dorosłych wrażliwa jest więcej na zmiany powietrza, niż skóra dzieci. Wobec tego jasnym się staje, dla czego choroby z t. zw. zaziębienia tak często nie zależą od czynników meteorologicznych. Zaziębiamy się podczas najpiękniejszej pogody i najcieplejszego powietrza, ile tylko razy letnią porą, nie mogąc wytrzymać gorąca, poważamy się zrzucić z siebie koszulę lub spać bez ciepłego okrycia. Dla tego też autor przychodzi do wniosków innych, niż RUHEMANN, a mianowicie, że większość chorób, objętych mianem zaziębienia, położyć należy na karb wpływów atmosferycznych, ale takich, które bez przerwy istnieją, a zimową porą stają się tylko nieco silniejsze.

A teraz powinniśmy zadać sobie pytanie, co nam czynić wypada, by się od tego rodzaju zaziębień uchronić. I tu autor staje w przeciwieństwie z innymi i sądzi, że nie tylko choroby owe możemy zredukować do *minimum*, ale nawet i zupełnie usunąć. Zimne kąpiele, *resp.* obmywania, niezaprzeczone w tym kierunku przynoszą pożytek. Ważny jednak jest fakt, iż pomiędzy naszym ciałem, czyli powierzchnią naszej skóry, a otaczającą nas atmosferą odbywa się ciągła przemiana powietrza. Otóż, modna nasza odzież, niestety, doszczętnie prawie ową przemianę krępuje.

Na ubiór ludzi cywilizowanych zapatrujemy się, jako na potrzebę niezbędną, po części wynika to z uczucia przyzwoitości. O wiele jednak ważniejszym zadaniem odzieży jest regulowanie ciepła, t. j. zapobieganie nadmiernej jego utracie, jako też i przenikaniu zbyt silnych promieni słońca. Względy owe prawdopodobnie musiały być główną przyczyną odzieży. Ludzie wschodu zapewne pierwsi zaczęli ochraniać swe ciało przed palącymi promieniami słońca. O tem, że przy bardzo niskiej temperaturze uważamy ciepłą odzież za potrzebną, niema chyba co mówić, ale że odzież w czasie łagodnej pogody i wyższej ciepłoty ciąga za sobą zbytek rozgrzania ciała, na to, zdaje się, nie zwracamy należytej uwagi. Większość ludzi kładzie na siebie taki nadmiar ubrania, że np. w upalny dzień letni parowanie skóry nie tylko natrafia na pewne przeszkody, ale nawet zupełnie ustaje (RUBNER). Nasza bielizna, nasze kamizelki, koszule, gorsety, wreszcie nasze pończochy i buty są dla ciała panczerem, który wielce utrudnia dostęp powietrza. Najgorsze jest noszenie ciasnego obuwia i gorsetów. To też autor sądzi, że przy łagodnym powietrzu lub też zimą w ogrzanej mieszkanie noszenie pończoch i butów nie tylko nie jest potrzebne, lecz nawet wręcz szkodliwe. Na pierwszy rzut oka zdanie to wyda się nieco ekscentryczne, jeżeli jednak i nadal w sprawie ubrania będziemy szli w tym kierunku, jak dotąd, to dojdziemy chyba do tego, że siedzenie wśród 4 ścian bez rękawiczek, *resp.* bez okrycia twarzy, uważać będziemy za nieestetyczne.

Do jakiego stopnia odzież nie tylko zmniejsza fizyologiczną czynność skóry, ale nawet bywa powodem chorób, mamy liczne dowody. Już Benedykt FRIEDLAENDER porównywał w tym względzie niektóre ludy Polinezyi, jako to, samoanczyków, którzy utrzymali dawne swoje zwyczaje, obyczaje i ubiór, *resp.* zupełny jego brak, z mieszkańcami Hawaï. U pierwszych ludność dotychczas nie zmniejszyła się wcale, u drugich w ciągu nieco więcej niż jednego wieku spadła do jakiej $\frac{1}{10}$. U samoanczyków choroby płuc napotykały bardzo rzadko, wielu, u których je konstatujemy, przyjęło naszą odzież. Rzecz prosta, że fakty te nie

mogą przedstawiać absolutnych dowodów, ponieważ z przyjęciem europejskiego ubioru, jednocześnie szło i przyjęcie innych europejskich zwyczajów. Że jednak jest w tem pewne prawdopodobieństwo, zaprzeczyć się nie da. Sam autor podczas dłuższego pobytu w południowo-wschodnich Stanach Zjednoczonych stwierdził coś analogicznego pomiędzy różnymi plemionami Indyan. Mianowicie ci z nich, którzy zostali zaliczeni do t.zw. „Reservations“, prędko umierali na suchoty. Prócz ubioru, rzecz prosta, miało to swoją główną podstawę w tem, że z wolnego bujającego po przestworach ludu, stali się oni nagle narodem osiadłym. Ale nikt chyba dobrze nie wie, że dzieci ich, które wstępują do szkoły i tu otaczane bywają nadzwyczajną pieczołowitością, rzadko kiedy przechodzą po za okres dojrzałości płciowej. Większość przed tem już umiera na suchoty. Są to dane udzielone autorowi prawie jednomyślnie przez wielu pracujących w tych zarządach lekarzy, a za przyczynę tego faktu pierwszorzędną uważać należy modną naszą odzież. To też, jeżeli uczeń, któremu rząd za pomocą szkoły chciałby udzielić najistotniejszych zdobyczy naszej oświaty, przy pierwszej, jaka się zdarzy, sposobności, ze szkoły ucieka, nie można się temu dziwić, gdyż wielu starych Indyan zapewnia, że życie bez wychowania i oświaty przekładają oni zawsze nad śmierć niechybną. Jest to dla nas nauką, że cywilizację zdobywać można tylko bardzo powoli, i że nagle przejście człowieka od stanu dzikiego do stanu oświaty połączone jest zwykle z wielkiem niebezpieczeństwem. Indyanin, którego skóra chroniła od wiatrów i śloty, od deszczów, a w razie potrzeby i śniegu, gdy włoży na siebie nasze powijaki, znajdzie się mniej więcej w tych samych warunkach, w jakich znalazł się ów polakierowany na koronację papieża chłopczyk: nagle zmieniona czynność skóry nie może tej zmiany wytrzymać i następuje wiadomy skutek. Na nas, ludzi cywilizowanych, z powodu trwającego wieki całe przyswojenia, odzież nie działa tak szybko i zgubnie, ale, że wogóle wywiera ona pewien szkodliwy wpływ, i że powrót do więcej pod tym względem prostych stosunków jest bezwarunkowo niezbędny, pod tym względem, zdaje się, dwóch zdań być nie może. Czyż wobec tego, pyta się autor, w końcu swej pracy, międzynarodowe zjazdy lekarskie nie powinnyby czuć się powołanymi, by sprawę odzieży, zapoczątkowaną przez RUBNER'a i jego szkołę, i nadal rozwijać? Czyż nie powinno być z naukowej strony poważnie opracowane pytanie, w jakim *minimum* odzieży należy nam chodzić?

Omówienie tej sprawy jest dla zdrowia narodów prawie tak samo ważne, jak i zapobieganie wielkim epidemiom.

(*Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie*. 6 Heft. 1899).
Stan. Lagowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 stycznia r. b.

TREŚĆ: 1) R. SINOŁĘCKI—przedstawienie chorego z nowotworem jam nosowych. 2) R. SKÓWROŃSKI—przedstawienie dziecka z *luxatio coxae obturatoria congenita*. 3) T. FAYTT — „Kilka słów z kliniki GUYON'a“. 4) J. HALPERN— „Przyczynę do nauki o odruchowym wpływie przewlekłego podrażnienia szyi pęcherza moczowego na nerki“.

1) Kol. SINOŁĘCKI przedstawił chorego z nowotworem jam nosowych. Chory ten, 36-letni mężczyzna, zajmujący się tłuczeniem kamieni, pochodzi z rodziny zdrowej; w dzieciństwie przechodził ospę; od lat kilku zaczął doświadczać bólu i pewnego ucisku w nosie, oddychał jednakże przez nos swobodnie. Dopiero przed rokiem wystąpiło zatkanie nosa, a objętość nosa szybko zaczęła się powię-

kszać. Chory zgłosił się po poradę jedynie dla tego, że wstydził się chodzić z tak dużym nosem.

Badanie wykazało: Nos znacznie powiększony, wielkości małej pięści, kości nosowe rozsadzone. W obu otworach nosowych widać guzy czerwone, miękkie, na dotyk mało krwawiące, — guzy te wypełniają przewody nosowe, lewy przewód nieco drożny. Jama noso-gardzielowa również wypełniona tym samym nowotworem. Chory ma przewlekłe zapalenie łącznic oczu i słuch upośledzony.

Co do natury guza, to kol. SINOŁĘCKI obecnie nic powiedzieć nie może. Wycięto kawałki nowotworu, aby poddać je badaniu drobnowidzowemu, które jeszcze nie zostało skończone.

2) Kol. R. SKOWROŃSKI przedstawił dziecko z *luxatio coxae obturatoria congenita*.

3) Kol. FAYTT wygłosił: „kilka słów z kliniki GUYON'a“. Przedstawiwszy dane statystyczne co do ilości operacji, wykonanych w klinice GUYON'a w roku szkolnym 1898—1899, prelegent przytoczył wyniki badań, dokonanych przez d-ra MOTZ'a, 87 nowotworów pęcherza, operowanych w szpitalu Necker. W liczbie tej znaleziono 25 razy *papilloma*, 20-*epithelioma*, 13-*cancer*, 5-*cancroid*, 3-*adenoma*, 2-*fibromyoma* i 1-*myoma*.

Następnie kol. FAYTT opisał 3 przypadki gruźlicy pęcherza moczowego, zakończone zupełnym wyleczeniem.

Przerost gruczołu krokowego leczono w klinice GUYON'a metodą BOTTINI'ego 3 razy.

Wreszcie kol. FAYTT przytoczył opis 6 przypadków przerostu gruczołu krokowego, w których wykonano angio-neurektomię. W przypadkach tych otrzymano wyniki zadawalające.

W końcu prelegent przedstawił szereg preparatów drobnowidzowych z tkanek dróg moczowych.

4) Kol. J. HALPERN wygłosił rzecz p. t. „Przyczynę do nauki o odruchowym wpływie przewlekłego podrażnienia szyi pęcherza moczowego na nerki“.

Praca kol. HALPERNA będzie drukowana w „Medycynie“.

Aug. Eogucki.

ODCINEK.

Wskazówki praktyczne o dżumie, opracowane przez niemiecki urząd zdrowia.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 6).

Sztuczna hodowla laseczników dżumy udaje się łatwo przy przystępie powietrza na zwykle używanych podłożach i płynach odżywczych (agar-agar, skrzepła surowica krwi, żelatyna, bulion i t. p.); przy wstrzymanym dopływie powietrza rozwój zostaje wstrzymany.

W podłożach odżywczych, zawierających cukier, laseczniki dżumy nie wywołują fermentacji, wytwarzającej gazy. Rozwój hodowli jest prawie jednako- wy przy ciepłotach pomiędzy 25 i 37°C. Pomiędzy 10 i 15°C. rozwój hodowli jest

wprawdzie zwolniony, lecz jeszcze dość silny, a nawet przy ciepłocie, wynoszącej mniej więcej 5°C., nie jest jeszcze zupełnie wstrzymany. Jeżeli do hodowli użyty posiew wzięty został z chorego na dżumę lub z trupa, wtedy rozwój hodowli nawet przy najbardziej sprzyjającej ciepłocie będzie powolny. Na powierzchni skrępego agaru np., utrzymanego w ciepłocie 37°C., pokazują się w tych warunkach pierwsze, gołym okiem dostrzegalne początki wytwarzających się kolonii nie wcześniej, niż po upływie 24 godzin. Powierzchnia hodowli składa się wtedy z drobnych kolonii, przedstawiających się pod lupą, jako przezroczyste małe kropelki, nie zdradzających skłonności do zlewania się. Hodowle na bulionie rosną w postaci mniej lub więcej długich, do paciorkowców zbliżonych łańcuszków. Na bardzo suchym agarze, szczególnie zaś na agarze z 2—3% zawartością soli kuchennej, hodowla laseczników dżumy przedstawia się już po jednym lub 2-ech dniach w postaci licznych bardzo dziwnych inwolucyi, jako wielkie kuliste lub nieregularne twory, najczęściej słabo barwiące się barwnikami anilinowymi.

Stale postaci laseczników dżumy nie są znane.

W płynach laseczniki dżumy giną już przy ogrzewaniu do 55—60 stopni w przeciągu 10 minut. Temperatura wrzenia zabija laseczniki natychmiastowo. Przschnięte do płótna i do innych temu podobnych materiałów mogą w naszym klimacie zachować swą żywotność w przeciągu kilku tygodni.

Laseczniki dżumy znajdują się we wszystkich produktach chorobowych u chorego na dżumę i prawie we wszystkich częściach ciała zmarłych na dżumę. Soki i tkanki świeżych dymienic i wąglika, wysięk zapalny w płucach zawierają laseczniki w ogromnej ilości. W zawartości samowolnie pękniętych lub też przeciętych dojrzałych dymienic rzadko znajdujemy laseczniki dżumy, w przypadkach więc dżumy gruźliczej, kończących się wyzdrowieniem, zmuszeni jesteśmy przecinać świeże dymienice dla otrzymania laseczników. Przypadki te najmniej jednak dają powodu do wątpliwości i błędów rozpoznawczych. Z nakłuc pęcherzy i wąglika z łatwością można otrzymać dostateczny materiał konieczny do rozpoznania bakteryologicznego. W przeważnej ilości przypadków dżumy płucnej najpewniejszym środkiem rozpoznawczym będzie płwocina, zawierająca zazwyczaj niezliczoną ilość laseczników dżumy. Jeżeli brak płwociny, to sekcya lub nakłucie płuca na trupie wyjaśnia sprawę, jeżeli już poprzednio badanie bakteryologiczne krwi sprawy nie wyjaśniło.

Badanie krwi nie powinno być zaniechane w żadnym przypadku dżumy, gdyż łatwo daje się wykonać i ma znaczenie rozstrzygające. W większości przypadków dżumy, kończących się śmiercią, znajdujemy w ostatnich godzinach życia chorych, czasami i kilka dni przedtem, w kropli krwi, otrzymanej przez nakłucie skóry z jakiegobądź miejsca, skąpe lub liczne laseczniki.

Z prawidłowych wydzielin, jak śliny, potu, moczu, mleka, krwi miesięczkowej i wydzielin poporodowych, trudniej otrzymać laseczniki dżumy. Bardzo obficie i stale występują w końcowym okresie w obręku płuc.

Jeżeli z jakichkolwiek powodów nie udało się wykonać bakteryologicznego badania u chorego, to bardzo łatwo i zawsze na pewno daje się ono uskutecznić na trupie, szczególnie, jeżeli badaniem skrawków z tkanek, hodowlami i szczepieniami szczurów lub myszy uzupełnimy badanie drobnowidzowe. Prócz pierwotnych umiejscowień w skórze, w gruźlicach i w płucu, bardzo odpowiednim materiałem do wykazania laseczników będą krew, śledziona, hypostazy płuca, żółć i płyn oponowy. Wogóle dopiero sekcya wyjaśnia wiele przypadków dżumy, które za życia były nierozpoznane lub niepewne. Zmiany, znajduwane przy sekcji, są prawie jednakowe i dlatego charakterystyczniejsze, aniżeli obraz chorobowy. Obok ogniska pierwotnego, sadłowato obrzmiałych gruźliczych chłonnych

i galaretowato, często krwawo nacieczonych tkanek sąsiednich na szerokiej przestrzeni w jednym przypadku, wąglika z głęboko sięgającym nacieczeniem tkanek pod nim się znajdujących w drugim przypadku, zrazikowatego lub płatowego zgęszczenia płuca w trzecim przypadku, znajdujemy prawie u każdego trupa miękką obrzmiałą śledzionę, krew koloru laku i prawie stale wybroczyny krwawe w rozmaitych narządach, szczególnie obfite w żołądku, w kiszce cienkiej i ślepej, w miedniczce nerkowej i t. d., prócz tego tu i owdzie widzimy ogniska zgorzelinowe i wysoko posunięte mięszone zwyródnienie gruczołowych narządów, przeważnie wątroby.

W leczeniu chorych na dżumę najważniejszą rzeczą będzie troska o dobre łóżko, świeże powietrze i chłodne obmywania. Silne pragnienie chorych należy gasić bez wszelkich ograniczeń. Świeża woda, kwaskowate napoje mleko są napojami, najchętniej przez chorych przyjmowanymi. Napojów wysokowych nie należy stosować, zdaniem wielu lekarzy, w przypadkach wybitnej depresji mózgu i ośrodków mózgowych.

Niektórzy lekarze zalecają oczyszczanie przewodu pokarmowego zapomocą olejku rycynowego i podobnych łagodnych środków, co jest poniekąd uzasadnione, sądząc z wyników sekcji, gdyż widzimy najczęściej liczne wylewy krwawe w tych odcinkach kiszek, które mechanicznie były drażnione przez nagromadzone w nich masy kałowe.

Stosowne są również wypalania krosty dżumowej, wcierania szaruchy, okłady sublimatowe lub karbolowe na naczynia chłonne, będące w stanie zapalenia, lub na dymienice. Dalsze leczenie dymienic powinno odpowiadać ogólnym zasadom, przyjętym w chirurgii. U chorych na dżumę płucną należy próbować wzięwań roztworów jednoprocenowych karbolu i wody wapiennej. Najważniejszą ochronę dla posługaczów i lekarzy stanowić będzie pedantyczna czystość. Należy przede wszystkim mieć na uwadze ogromną zaraźliwość płwociny chorych na dżumę płucną i płynu przy obrzęku płucnym umierających na dżumę.

Odkażanie obejmować powinno wszelkie wydzieliny, pochodzące od chorego, i wszelkie przedmioty, z którymi się chory stykał. Z pomiędzy środków chemicznych najodpowiedniejsze do odkażania są roztwory sublimatu (1 *pro mille*) woda karbolowa (3 pct.) roztwory mydła kreozotowego i roztwory chlorku wapnia (2 pct.).

Jako środek zapobiegawczy należy uważać, szczególnie dla zabezpieczenia lekarzy i posługaczów, szczepienia za pomocą obumarłych hodowli dżumy, tak zwaną czynną immunizację. Takie zapobiegawcze szczepienie dżumy jest zupełnie bezpieczne, jak to wykazały masowe szczepienia, dokonane w Indjach, i stanowi, choć nie zupełną, lecz niewątpliwą ochronę przed zakażeniem. Nadmienić wprawdzie wypada, że szczepienia takie, jak to wykazały doświadczenia na zwierzętach, działanie swe ochronne wykazują dopiero po upływie siedmiu dni.

Opierając się na analogii z surowicą przeciwbłoniczą, zalecano surowicę wysocę przeciw lasecznikom dżumy uodpornionych zwierząt, zarówno w celach zapobiegawczych, jak i leczniczych. Chociaż w doświadczeniach na zwierzętach wyraźnie występują swoiste własności surowicy dżumowej, to jednak surowica taka w dżumie u człowieka nie dawała zadawalających wyników.

Uwagi, dotyczące epidemicznego występowania dżumy.

We wstępie było już zaznaczone, że dżuma, po jej zawleczeniu, z początku rozwija się powoli. Z początku przypadki zachorowań ograniczają się do rodziny tego osobnika, który pierwszy zachorował, lub do osób, które zarażyły się podczas pielęgnowania lub podczas odwiedzin chorego.

Szybko jednak zaczynają, wprawdzie zawsze jeszcze nielicznie, zdarzać się przypadki dżumy w sąsiednich domach lub w bardziej odległych dzielnicach i u takich osobników, u których nie można wykazać stosunku z osobnikiem pierwotnie na dżumę zapadłym.

W ten sposób zagnieżdża się powoli zaraza, jeżeli znajdzie odpowiedni grunt, i nie zwraca się na nią uwagi, w ciągu kilku tygodni lub kilku miesięcy, potem stosunkowo szybko zaczyna się potęgować i, osiągnąwszy szczytu rozwoju, znów z początku szybko, a potem powoli się zmniejsza. Wygaśnięcie epidemii jest często tylko pozorne; po pauzie kilkotygodniowej lub kilkomiesięcznej pojawia się znowu epidemia, a po niej w dalszym ciągu mogą następować i dalsze.

Epidemii z tak szybkim rozwojem, jak to widzimy w choleryze azjatyckiej lub w durze brzuszny, powstających przez przedostanie się zarazków chorobotwórczych do wody, używanej do picia, i wogóle do użytku domowego, w dżumie nie spostrzegamy.

Słonność zagnieżdżania się dżumy w oddzielnych domach i w nich głównie robienia spustoszeń jest dla niej cechą znamioną. Jeżeli takie domy uprzywilejowane przez dżumę zostaną opróżnione, to u mieszkańców gdzieindziej ulokowanych dalsze zakażenia nie występują.

Przenoszenie zarazki z człowieka na człowieka należy uważać za główną przyczynę szerzenia się zarazy. Przenoszenie takie może mieć miejsce bezpośrednio lub też w ten sposób, że zaraza przenosi się zapomocą bielizny i ubrania, jak również przez inne przedmioty, z którymi się stykał chory.

Drogi, którymi zarazki chorobotwórcze opuszczają ustrój, już wyżej podane były.

Niebezpieczeństwo zarażenia się jest wogóle niewielkie w łagodnych postaciach dżumy gruczołowej, w których zarazki dżumy zatrzymują się w obrzmiatych gruczołach chłonnych. Nic się pod tym względem prawie nie zmienia, jeżeli dymienice przechodzą w ropienie i pękają, gdyż w tych warunkach zwykle już laseczniki dżumy obumierają. Inaczej należy się zapatrywać na możliwość zakażenia w ciężkich przypadkach posocznicy w dżumie gruczołowej, w których zarazki chorobotwórcze jeszcze za życia mogą być wydalane z różnymi wydzielinami ustroju, szczególnie zaś krótko przed śmiercią masami występują w otoku płucnym. Najniebezpieczniejsi są wreszcie chorzy na dżumę płucną, a to ze względu na ogromne masy laseczników, znajdujących się w płwocinie, które przy kaszlu, a nawet przy mowie dostają się do powietrza w postaci bardzo drobnych kropelek.

Zarazki dżumy, pochodzące od chorego, przedostają się do dróg chłonnych zdrowych osobników najczęściej przez nieznaczne, prawie zauważyć się nie dające obrażenia naskórka, niewielkie ranki, powstałe przez zdrapanie, ukłucia pchły i t. p. W innych przypadkach zarazki osiadają na błonie śluzowej jamy ustnej lub gardzielowej lub na migdałkach, mogą również z worka łącznicowego przedostać się do jamy nosowej lub wreszcie z powietrzem przy oddechaniu zostają z jamy ustnej wdychane do oskrzeli. Że wszystkie te sposoby zarażania się człowieka od człowieka szczególnie łatwo mogą mieć miejsce u ludności, żyjącej w brudzie, w ciasnych, ciemnych i przepełnionych mieszkaniach, leży jak na dłoni. Gdzie jest dużo światła i powietrza, i gdzie panuje czystość, tam dżuma nie znajdzie odpowiedniego gruntu do epidemicznego rozwoju.

Pośrednie i bezpośrednie zakażenie w stosunkach ludzkich nie jest jednak jedyną drogą szerzenia się zarazków dżumy.

Niektóre objawy występowania i szerzenia się zarazy dopiero stają się zrozumiałe, jeżeli zważymy, że i niektóre w otoczeniu człowieka żyjące zwierzęta podlegają zabójczym epidemiom.

Przedewszystkiem tyczy się to szczurów, które z łatwością zarażają się dżumą za pośrednictwem przewodu żołądkowo-kiszkowego. Ponieważ szczury mają zwyczaj nadgryzać chore lub zdechłe osobniki swego gatunku, przeto dżuma nadzwyczaj szybko się pomiędzy nimi szerzy, jeżeli między nimi wybuchnie. Szczury, zarażone dżumą, nie są jednak niebezpieczne tylko dla szczurów. Wydzieliny ich, zawierające ogromne ilości laseczników dżumy, mogą tem łatwiej zakażać siedziby ludzkie, że szczury chore na dżumę nie boją się już ludzi, wyłażą ze swych kryjówek i bardzo często w mieszkaniach giną.

To samo, choć w mniejszym stopniu, tyczy się i myszy. Te poczęści podziemne i nie dające się skontrolować połączenia tłomaczą nam zjawianie się nowych ognisk dżumy, które pozornie nie mają związku z pierwotnymi ogniskami, jak również wyraźną skłonność dżumy do wybierania sobie za siedlisko przedludnione i ciasne mieszkania i utrzymywania się w nich z przerwami. Jeżeli powyższe wyjaśnienia przyczynią się do zrozumienia istoty dżumy i jej rozszerzenia się, to i cel ich zostanie osiągnięty. Niechaj one przedewszystkiem ułatwią lekarzom rozpoznanie pierwszych przypadków, w razie wybuchnięcia zarazy w Niemczech, i pozwolą im zawczasu donieść o jej pojawieniu się. Nie trzeba chyba dodawać, że wobec ogromnej doniosłości, jaką ma stwierdzenie wybuchu dżumy w danej miejscowości, ostateczne rozpoznanie w pierwszych przypadkach może być zrobione tylko w porozumieniu z miejscowymi władzami lekarskimi i na zasadzie dokładnego badania bakteriologicznego.

Wiadomości bieżące.

— Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości następujący program naukowy Zjazdu, wraz z wykazem zgłoszonych dotychczas wykładów:

A. Organizacja sekcji naukowych i temata ogólne, postawione na porządku dziennym ich obrad.

I. Sekcja matematyczno-fizyczna (łącznie z astronomią).

Gospodarz: Prof. d-r Rudzki (Biskupia 8). — Sekretarz: pan Leon Klecki (Karmelicka 38).

II. Sekcja chemiczna.

Gospodarz: Prof. d-r Julian Schramm (ul. Jagiellońska, Zakład chemiczny). — Sekretarze: d-r Tadeusz Estreicher (św. Anny 5), d-r Ludwik Brunner (ul. Jagiellońska, Zakład chemiczny).

Temat obrad:

„Sprawa słownictwa chemicznego polskiego“, sprawozdawca prof. Bronisław Znatowicz (Warszawa).

III. Sekcja mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

Gospodarz: Prof. d-r Władysław Szajnocha (ul. św. Anny, Collegium physicum). Sekretarz: d-r Józef Grzybowski (tamże).

IV. Sekcja zoologii i anatomii porównawczej.

Gospodarz: Prof. d-r Wierzejski (ul. św. Anny, 6). Sekretarz: Doc. d-r Tadeusz Garbowski (tamże).

Temata obrad:

1) „Sprawa ujednostajnienia i ustalenia polskiej nomenklatury porównawczo-zoologicznej“, sprawozdawca prof. d-r J. Nusbaum (Lwów).

2) „Obecny stan prac nad fauną krajową“, sprawozdawca prof. Władysław Kulczyński (Kraków).

3) „Sprawa pochodzenia odnoży kręgowców“, sprawozdawca prof. d-r Henryk Hoyer jun. (Kraków).

4) „Teorya listków zarodkowych wobec nowych prądów w porównawczej

morfologii", sprawozdawca Doc. d-r T. Garbowski (Kraków).

V. Sekcja botaniczna.

Gospodarz: Prof. d-r Józef Rostański (Garncarska, 14).

VI. Sekcja przyrodniczo-rolnicza.

Gospodarz: Prof. d-r Emil Godlewski (Straszewskiego, 22). — Sekretarze sekcji: Prof. d-r Waleryan Klecki (Kraków, Karmelicka, 44), prof. d-r Józef Mikułowski-Pomorski (Dublany, pod Lwowem). Komisarze sekcji: Prof. d-r Mikułowski-Pomorski i p. Stanisław Chełchowski (Chojnów p. Prasnysz gub. Płocka).

Temata obrad:

1) „O krążeniu azotu“, sprawozdawca prof. d-r Jentys (Kraków).

2) „O składzie roślin uprawnych, jako wskazówce do ocenienia potrzeb nawozowych gleby“, sprawozdawca prof. d-r Godlewski (Kraków).

3) „O pomiarach kranjologicznych przy badaniu ras zwierząt domowych“, sprawozdawca prof. d-r Waleryan Klecki (Kraków).

4) „W sprawie metodyki doświadczeń wazonowych, a w szczególności o wpływie sposobu rozdzielania nawozów w ziemi na ich skutek przy doświadczeniach wazonowych“, sprawozdawca prof. d-r Mikułowski-Pomorski (Dublany).

5) „Ujednostajnienie metod badania produktów rolniczych“, sprawozdawca d-r Sempołowski.

6) „Ujednostajnienie metod wykonywania zbiorowych doświadczeń rolniczych“, sprawozdawca d-r Rogoyski.

VII. Sekcja techniczna (mechanika, inżynieria, budownictwo i technologia chemiczna).

Gospodarze: Dyrektor Roman Ingar den (Jagiellońska, 11) i prof. Gustaw Steingraber (Gołębia, Szkoła przemysłowa).

Szczegóły ob. w dopełnieniu na końcu.

VIII. Sekcja fotografii, zastosowanej do celów naukowych.

Gospodarz: D-r Stanisław Tołłoczko (Retoryka, 3). — Sekretarz: D-r Zygmunt Jaworski (Studencka, 15).

Temat obrad:

„O obecnym stanie fotografii barwnej“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.

IX. Sekcja farmaceutyczna.

Gospodarz: P. Eugeniusz Heller (właściciel apteki, ul. Grodzka). — Sekretarz: P. Ksawery Mikucki (właściciel apteki, Rynek główny).

X. Sekcja psychologiczna.

Gospodarz: Prof. d-r Napoleon Cybulski (Szczepańska, 11). — Sekretarz: D-r W. M. Kozłowski (Smoleńsk, 22).

Temata obrad:

a) Proponowane przez prof. Struvego (Warszawa):

1) „Porównanie objawów psychicznych z fizjologicznymi i fizycznymi w celu ścisłego określenia właściwości pierwszych, różnicy od ostatnich“.

2) „Wyjaśnienie faktu ześrodkowania czyli koncentracji rozlicznych objawów psychicznych w poczuciu lub też świadomości indywidualnego bytu żywej istoty“.

3) „Wyjaśnienie faktu połączenia szeregu odrębnych w sobie ruchów ciała dla urzeczywistnienia wspólnego im wszystkim celu woli“.

b) Proponowane przez prof. d-ra M. Straszewskiego (Kraków).

4) „Wpływ nauk przyrodniczych na obecne kierunki w teorii poznania“.

5) „O stosunku filozofii do nauk szczegółowych, a w szczególności do przyrodoznawstwa“.

c) Proponowane przez d-ra W. M. Kozłowskiego (Kraków).

6) „Aprioryczny charakter ogólnych zasad przyrodoznawstwa“.

XI. Sekcja anatomiczno-fizjologiczna (anatomia, fizjologia, embryologia, histologia, chemia fizjologiczna i antropologia).

Gospodarze: Prof. d-r N. Cybulski (Szczepańska, 11) i prof. d-r K. Kostanecki (Kolejowa, 7). — Sekretarze: Dla działu anatomiczno-embryologicznego: D-r Emil Godlewski jun. (Kopernika 12); dla działu fizjologii i histologii: D-r Stanisław Maziarski (ul. Grzegórzecka, Collegium medicum).

Aby uzyskać więcej czasu na wykłady i demonstracje, nie stawia Sekcja żadnych tematów ogólnych na porządku dziennym obrad.

XII. Sekcja patologiczna (anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteriologia lekarska).

Gospodarz: prof. d-r Tadeusz Browicz (Krupnicza 5). Sekretarz: d-r Konrad Gliński (ul. Grzegórzecka, Collegium medicum).

Temata obrad:

1) „Etiologia nowotworów“ sprawozdawcy: prof. d-r Browicz (Kraków) i prof. d-r Bron. Kader (Kraków).

2) „Patogeneza żółtaczki“ sprawozdawcy: d-r Teodor Dunin (Warszawa) i prof. d-r Browicz (Kraków).

XIII. Sekcja medycyny wewnętrznej łącznie z pedyatryą, balneologią i hydroterapią oraz farmakologią.

Gospodarz: Radca Dworu prof. d-r Edward Korczyński (Łobzowska 12). — Zastępcy gospodarza: prof. d-r Jaworski (Kopernika 2) i d-r A. Kwaśnicki (Basztowa 4). Sekretarz główny: d-r Wawrzyniec Kędzior (Kopernika 7). Sekretarze: d-r Ksawery Lewkowicz (Strzelecka, szpital św. Ludwika). d-r Ignacy Lemberger (Grzegórzecka, Collegium medicum) i d-r Jan Landau (Grodzka 69).

Sekcja rozpadnie się w miarę zgłoszonej liczby wykładów na 4 działy, mianowicie: a) medycyna wewnętrzna, b) pedyaatria, c) farmakologia, d) balneologia i hydroterapia. Przedewszystkiem zaś utworzona będzie w razie dostatecznej liczby zgłoszeń odrębna Sekcja pedyaatryczna.

Temata obrad: w dziale a) (medycyna wewnętrzna):

1) „O ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłómaczą zjawiska skazy moczanowej?“ sprawozdawcy: d-r Władysław Biegański (Częstochowa). d-r Teodor Dunin, d-r J. Prószyński i d-r A. Sokołowski (Warszawa).

2) „Organoterapia“ sprawozdawcy: doc. d-r Ludomił Korczyński (Kraków) i d-r Walenty Jeż (Wiedeń).

W dziale b) (pedyaatria):

1) „O sztucznem karmieniu noworodków“ sprawozdawcy: d-r Bączkiewicz i d-r Roszkowski (Warszawa), d-r Jan Landau (Kraków).

2) „Nowsze poglądy na choroby przewodu pokarmowego u dzieci“, sprawozdawcy: d-r Ksawery Lewkowicz (Kraków) i d-r Józef Brudziński (Paryż).

3) „Wyniki leczenia surowicą przeciwbłoniczą“, sprawozdawca doc. d-r Jan Raczyński (Kraków).

Na wspólne posiedzenie z Sekcją chirurgiczną:

1) „O leczeniu kamicy żółciowej“, sprawozdawcy: d-r Krajewski i d-r Rejchman (Warszawa).

2) „O leczeniu wrzodu żołądka“ sprawozdawcy: prof. d-r Gluziński i prof. d-r Rydygier (Lwów).

Pożądane jest zgłaszanie tematów z zakresu farmakologii i balneologii, któreby mogły być postawione na porządku obrad Sekcji medycyny wewnętrznej.

Za staraniem Sekcji będą w czasie Zjazdu, przy zwiedzaniu klinik chorób wewnętrznych i chorób dzieci, przedstawiane ciekawsze przypadki chorobowe. W obu tych klinikach będzie nadto przygotowane miejsce dla chorych, którzyby zamieścili uczestnicy zjazdu w celu przedstawienia na posiedzeniach Sekcji ze sobą przywieźli. Z inicjatywy Sekcji urządzone będą w czasie zwiedzania wystawy przyrodniczo-lekarskiej wykłady z przedstawieniem środków i przetworów lekarskich i zdrowotnych, poleconych przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, czem zajmuje się Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Również za staraniem Sekcji urządzone będą wykłady naukowe w czasie wycieczki do miejsc kąpielowych i uzdrowisk krajowych, mającej się odbyć na Zjeździe.

XIV. Sekcja chirurgiczna.

Złożona z 2 działów: a) chirurgia i ortopedia:

Gospodarz: prof. d-r Kader (ul. Kopernika, Klinika chirurgiczna). Sekretarze: doc. d-r Maksymilian Rutkowski (Podwale 3) i d-r Jan Gawlik (ul. Kopernika, Klinika chirurgiczna).

b) laryngologia i otyatria:

Gospodarz: prof. d-r Przemysław Pieniążek (Bracka 10). Sekretarz: doc. d-r Aleksander Baurowicz (Rynek główny 16).

Temata obrad:

W dziale b): „O leczeniu ropienia ucha średniego“ sprawozdawcy: d-r Heiman i d-r Guranowski (Warszawa).

Temata obrad na wspólne posiedzenie z Sekcją medycyny wewnętrznej obacz wyżej pod XIII.

XV. Sekcja dentystryczna.

Gospodarz: doc. d-r Wincenty Łepkowski (Straszewskiego 26). Sekretarz: d-r K. Wernikowski (Rynek 6).

Temat obrad:

„O leczeniu chorób miazgi zębowej“ sprawozdawcy: d-r B. Dzierżawski i dentysta Idzikowski (Warszawa).

XVI. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych.

Gospodarze: prof. d-r Władysław Reiss (Basztowa 25) i prof. d-r Aleksander Zarewicz (Floryańska 40). Sekretarze: d-r Fr. Krzyształowicz (Plac Matejki 3) i d-r St. Boczar (ul. Kopernika, Szpital św. Łazarza).

Temat obrad:

„O leczeniu kły rtęcią“ sprawozdawca d-r Fr. Krzyształowicz (Kraków), drugi sprawozdawca na razie nieoznaczony.

XVII. Sekcja chorób nerwowych i umysłowych.

Gospodarz: prof. d-r Stanisław Domański (Szczepańska 9).

Temata obrad:

1) „O ostrych zapalnych cierpieniach mózgowia“, sprawozdawcy: d-r Edward Flatau, d-r Wł. Gajkiewicz i d-r Wizel (Warszawa).

2) „O padaczkę“, sprawozdawcy: d-r E. Bregman, d-r Luxenburg i d-r Wiślicki (Warszawa).

XVIII. Sekcja okulistyczna.

Gospodarz: prof. d-r Bolesław Wicherkiwicz (Wolska 11). Sekretarz: d-r K. W. Majewski (ul. Kopernika, Klinika okulistyczna).

Temata obrad:

1) „Jaskra pod względem patogenezы i terapii“ sprawozdawca: doc. d-r Franciszek Sroczyński (Kraków).

2) „Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.

3) „Znaczenie lecznicze i technika syndesmoplastyki“ sprawozdawca prof. d-r Wicherkiwicz (Kraków).

4) „Patologia jaglicy“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.

5) „Walka z jaglicą, jako klęską społeczną“, sprawozdawcy: d-r Z. Kramsztyk, d-r Cetnarowicz i d-r Steinhaus (Warszawa).

XIX. Sekcja ginekologiczno-położnicza.

Gospodarz: prof. d-r Henryk Jordan (Wiślna 5). Sekretarz: d-r Stanisław Dobrowolski (Kopernika 12). Komisarz

Sekcji we Lwowie: prof. d-r Antoni Mars (Kościszki).

Temata obrad:

1) „O zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej“, sprawozdawcy: prof. d-r A. Mars (Lwów) i prof. d-r H. Jordan (Kraków).

2) „Przyczyny i leczenie niepłodności“ sprawozdawcy d-r Stępkowski i d-r Zweigbaum (Warszawa).

XX. Sekcja medycyny sądowej i toksykologii.

Gospodarze: prof. d-r Józef Łazarski (ul. Dietla 97) i prof. d-r Leon Wachholz (Basztowa 25). Sekretarz: d-r Stefan Horoszkiewicz (ul. Grzegorzeczka, Collegium medicum).

Sekcja nie umieszcza żadnych ogólnych tematów na porządku dziennym swych obrad.

XXI. Sekcja medycyny publicznej (higiena, policja lekarska, badanie środków spożywczych, sprawy zawodowe).

Gospodarz: prof. d-r Odo Bujwid (Kolejowa 3). Sekretarz: d-r Leonard Bier (ul. Strzelecka, Zakład badania środków spożywczych).

Temata obrad:

1) „Badanie wód gruntowych“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.

2) „Zapobieganie szerzeniu się gruźlicy“ sprawozdawca: prof. d-r Bujwid (Kraków). Referat ten wygłoszony zostanie na posiedzeniu, poświęconem sprawie gruźlicy.

3) „Środki ku powstrzymaniu alkoholizmu“ sprawozdawca: d-r K. Rychliński (Warszawa).

4) „Sprawa tak zwanej kontroli rynkowej środków spożywczych“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.

5) „Postępy w szerzeniu u nas wiadomości z zakresu higieny w ostatnich latach dziesięciu; jak w tym kierunku działaćby należało?“ sprawozdawca: d-r L. Bier (Kraków).

XXII. Sekcja weterynarska.

Gospodarz: prof. d-r Seifmann (Bernardyńska 13). Sekretarz p. Maksymilian Pappée (Plac Matejki 9).

(D. n.).