

Wychodzi zeszyta-
mi miesięcznemi.

Cena w Warsza-
wie: rocznie rs. 4.—
pół-rocznie rs. 2.—
kwartalnie rs. 1.

PAMIĘTNIK

Redakcyja przy ulicy
Nowy - Świat
Nr. 1310 60).

Cena na Prowincyi
w Cesarstwie i za
granicą: rocznie rs.
6; półrocz. rs 2 k. 6.

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Zeszyt 6.

Czerwiec.

1869.

CZYNNOŚCI

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 7-e, dnia 6 Kwietnia 1869 r.

Prezes: kol. B r o d o w s k i.

Protokół z posiedzenia poprzedzającego odczytano i przy-
jęto.

Nadesłano dla Biblioteki:

1. Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику,
выпускъ 8-ой С. Петербургъ 1869.

2. Disquisitiones pharmacologicae de Senna, rozprawa
inauguralna kol. H e r m a n a F u d a k o w s k i e g o broniona
w Dorpacie 1859.

3. Слово объ участи народовъ въ попеченіи о раненыхъ
войнахъ. Ф о н ь Г ю б б е н с т ь.

4. Годовщина общества Кіевскихъ врачей.

5. О притворномъ упомышлательствѣ А. Л о р а н а.
Rzeczywisty Radca Stanu B e k k e r Inspektor Lekarski
przy Namiestniku w Królestwie w odezwie pod datą 5 (17) Mar-
ca r. b. zawiadamia że Główny Zarząd Towarzystwa Opieki nad

ranionymi i chorymi wojownikami w połączeniu z miejscowym Petersburskim Zarządem tegoż Towarzystwa, na posiedzeniu odbytem w d. 28 Grudnia 1868, na wniosek Dra B e n j a m i n a Milliota (członka korespondenta naszego Towarzystwa) przyjął uchwałę osnowy następującą:

„Znieść się w imieniu Głównego Zarządu z istniejącemi Towarzystwami Lekarskiemi i upraszać takowe o poparcie i udział w czynnościach Towarzystwa opieki nad ranionymi i chorymi wojownikami w zakresie środków i działalności każdego Towarzystwa Lekarskiego.“ Powyższą uchwałę JW. Inspektor Lekarski mając sobie zakomunikowaną przez Prezesa miejscowego Warszawskiego Zarządu Towarzystwa o ieki nad ranionymi i chorymi wojownikami, Jenerał-Adjutanta Barona R a m s a y'a, podaje do wiadomości Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego upraszając o jój rozebranie i udzielenie opinii Towarzystwa w tym przedmiocie.

W powyższym celu obranym zostaje oddzielny Komitet z koll. B r o d o w s k i e g o, S z o k a l s k i e g o i T y r c h o w s k i e g o.

Kol. C h o j n o w s k i składa pracę Inspektora Urzędu Lekarskiego Miasta Warszawy G. M a l e k a pod tytułem: *Epidemia choleryczna w Warszawie roku 1867* i przedstawia autora jój na Członka czynnego Towarzystwa. Popierają kandydaturę koll. B r o d o w s k i i D o b i e s z e w s k i.

Kol. D o b i e s z e w s k i podejmuje się zdania sprawy z rzezonój pracy.

Kol. H e l b i c h przedstawia sześciotygodniowe dziecko dotknięte *hydrocephalo congenito*. Główka znacznie powiększona, daje przez skórę czaszki wyczuć ciemączko wielkie tak obszerne że przednim swym kątem sięga prawie nasady nosa, a tylnym dotyka prawie kości potylicowej, szerokość zaś jego dorównywa mniej więcej szerokości dłoni. Kol. H e l b i c h zapytuje się czy tu operacya nie byłaby wskazaną.

P r e z e s sądzi że skoro w tym wypadku rozrost główki jest bardzo szybki, nie można się spodziewać złagodnienia processu, operacya jest tu właściwą.

Kol. K o s i ń s k i był dwa razy świadkiem operacyi w podobnym wypadku i obie operacye zakończyły się niepomyślnie.

nie. Ogólna statystyka także zbyt niekorzystnie przedstawia wypadki operacji, dla tego kol. K. odrzuca ją zupełnie.

Kol. K o s i ń s k i przedstawia Jana Cępa żołnierza komendy Szpitala Ujazdowskiego, któremu d. 13 Listopada roku zeszłego wykonał podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej (*art carotis communis*) prawej z powodu tętniaka (*aneurisma*). Tętniak ten zdawał się zajmować sam początek tętnicy szyjowej i kol. Kosiński po bezskutecznem zastosowaniu nacisku palcowego, zdecydował się na podwiązanie tętnicy powyżej worka sposobem B r a s d o r a. Dziś tętniak jest znacznie mniejszy (pierwiastkowo był wielkości kurzego jaja), o wiele twardszy, co przemawia za utworzeniem się złągów włóknikowych, wszelako pulsacya wyraźna trwa w nim jeszcze; tętniak zatem zajmować musi oprócz tętnicy szyjowej i sam pień bezimienny (*truncus anony-mus*) albo tylko ten ostatni.

Opis tego wypadku obszerny zamieścił kol. K. w Klinice z d. 4 Lutego b. r. (Nr. 5 Tom IV). Do tego opisu dziś wypada mu dodać że przed jakimś czasem chory rzeczony uległ zapaleniu wszystkich części gałki ocznej prawej (*panophalmitis*) wskutek którego oko postradał. Zapalenie to musiało się rozwinąć w skutek *thrombosis venae jugularis* z kąd uniesiony skrzep krwi (*embolus*) dostał się przez zatokę poprzeczną (*sinus transversus*) i zatokę jamistą (*sinus cavernosus*) do żyły ocznej. Uprzedziło bowiem zapalenie oka, stwardnienie i ból na przebiegu naczyń (*periphlebitis*) które zakrzep w żyłe szyjowej sprawiły.

Kol. K o s i ń s k i przedstawia Towarzystwu drugiego jeszcze chorego, który zdaniem jego dotknięty jest rzadką nieprawidłowością, jaką jest jądro trzecie. Wiadomo że jeden tylko wypadek takiej nieprawidłowości zasługujący na wiarę podany został przez B l a u s i u s' a. Inni autorowie zwykle za jądro trzecie pocztywali guzy patologiczne jak włóksziaki, tłuszczaki i t. p. Chory przybył do szpitala w Grudniu r. z. uskarżając się na ból w prawém jądrze. Przed tygodniem podczas ćwiczeń gimnastycznych spadł był siedzący i natychmiast uczuł ból w pachwinie powiększający się przy chodzeniu i w dotknięciu, leżał przez tydzień w lazarecie ale gdy się stan jego nie poprawiał odpra-

wiono go do Szpitala. Przy badaniu kol. K. przekonał się że po nad jądrem prawem, znajdowało się w worku moszennym ciało wielkości i kształtu jądra prawidłowego, w dotknięciu sprężyste i opatrzone od tyłu nierównością twardszą naśladującą przyjądrze. Przy naciskaniu owego ciała chory doznawał przykrego uczucia zupełnie takiego jak występujące zwykle przy naciskaniu jądra, oddzielnego sznurka nasiennego wymacać jednak nie można. Kanał pachwinowy rozszerzony dozwala wprowadzić palec, z niego występuje przepuchliwa (*hernia*) kiszkowa lub sieciowa, — tak że w prawej części worka moszennego znajdują się trzy ciała jedno po nad drugim, t j. 1° jądro prawidłowe na samym dole; 2° guz przyjęty za jądro nadliczbowe i 3° przepuklina. Byłby tu zatem przypadek wyjścia do worka moszennego 3-o jądra przebywającego w przewodzie pachwinowym.

Prezes. Rozpoznanie potrójności jądra z wszelką pewnością na żywym człowieku jest rzeczą prawie niemożliwą i jakkolwiek w literaturze lekarskiej znajdujemy dość liczne opisy wypadków podobnych, żaden z nich nie jest dobrze stwierdzony. Wypadek B l a s i u s'a jedynie znajdujemy stwierdzony sekcyjną pośmiertną choć F ö r s t e r i R o k i t a Ń s k y, którzy go w swych dziełach cytują, zgadzają się na to że opis B l a s i u s'a nie jest zupełnie przekonywający. Na żywym wszystkie oznaki mogą być bardzo zawodne. Kol. K. przypuszcza że jądro przebywało w kanale pachwinowym co jest nieprawdopodobnem, gdyż jądro nie mogąc się wydostać z niego musiałoby zaniknąć. Toż samo i dłuższy pobyt jądra w jamie brzusznej jest rzeczą nieprawdopodobną, gdyż jądra tam zatrzymane rzadko przechodzą się w stanie prawidłowym, wywołują bowiem zapalenia części okolicznych, same ulegają zapaleniu, lub stają się siedliskiem nowotworów złośliwych. Jedno przypuszczenie jest w tym wypadku najprawdopodobniejsze, mianowicie że kol. K. miał tu do czynienia z tak zwanem *lipoma herniosum* które wytworzone w jamie brzusznej, utorowało sobie drogę na zewnątrz pociągając za sobą kiskę.

Kol. K o s i Ń s k i przed 3-a dniami miał sposobność badać chorego, którego jądro jedno zatrzymane oddawna w kanale pachwinowym nie uległo jednak zanikowi. Zresztą rozpoznania

swego nie podaje jako stanowcze dla obecnego wypadku, ale twierdzi że zebrać się dające oznaki bardzo silnie przemawiają za obecnością trzeciego jądra.

Kol. Bruner przedstawia chorą dotkniętą *zanikiem mięśni jednej połowy twarzy*.

Osoba, tą chorobą dotknięta, jest starozakonna Ruchla R... lat 27 wieku licząca, dobrze zbudowana i doskonale odżywiona, w 14 roku życia wyszła za mąż, a w 15 dopiero dostała regularności, w 16 porodziła pierwsze dziecko, później miała jeszcze pięcioro, w przerwach co 1½ roku, ostatnie przed dwoma laty.

Przed czterema laty, przy przedostatniem dziecku, w ósmym miesiącu ciąży, dostała bardzo silnego napadu konwulsyjnego, w trakcie którego była nieprzytomną. W 5 miesięcy po porodzie znów uległa napadowi epileptycznemu — później, od czasu do czasu miewała ciężkość w oddychaniu, tak że niekiedy nie była w stanie chodzić, i zaczęła doznawać bicia serca; wreszcie, przy końcu 12-go miesiąca od ostatniego porodu, znów miała napad padaczki, po tym inny w 3 miesiące później. Przy ostatniej ciąży była wolną od tych napadów, aż do upływu ósmego miesiąca, następny napad miała znów w dwa tygodnie po porodzie, trzeci w 10 miesięcy później, potem miewała podobne napady zawsze nazajutrz po przedsiębranjej przez kol. R o z e n z w e j g'a faradyzacyi mięśni twarzowych i po takiejże próbie dwa razy przez kol. Brunera powtórzonjej. Wspomniane napady epileptyczne zawsze bywają tylko zrana, rozpoczynając się we śnie, z którego chorą budzają.

Przed trzema laty spostrzegła chora, że na lewém oku, u górnej powieki zaczęły *siwieć jej rzęsy i włosy lewej połowy głowy*, mianowicie ku tyłowi.

Przed dwoma laty, zauważała że dostaje *plam żółtych* nad wargą górną, tuż pod skrzydłem nosa, również z lewej strony twarzy — takąż sama plama wystąpiła na czole po nad wewnętrznym końcem brwi, szerokości przynajmniej cala, idąca do góry i gubiąca się między włosami. Plamy te z półtora roku wcale się nie zmieniały, z początku były żółte, później żółto-brunatnawe, w końcu zupełnie brunatne. Na skroni lewej zaś, miała *plamę białą*, wielkości pięcioletówki, która nigdy się nie za-

czerwieniła i później zmieniła się w żółtą. Takięj też plamy, lecz bez porównania większej (wielkości dłoni) dostała pod pierśią lewą, sięgającej do dołka podsercowego.

Półtora roku temu, zaczęła doznawać w oku lewém *bólu*, którego dobrze określić nie umie, porównywa go z uczuciem *gnięcia* i *zimna*. To ostatnie do tego stopnia chorą trapiło, że bezustannie oko musiała zakrywać i ręką ogrzewać.

Od roku, jak mówi chora, zdawało jęj się że twarz z lewęj strony *chudnąć zaczęła*, pokazywała się drugim, którzy jednakże przypisywali to przywidzeniom. W kilka miesięcy później jednakże, schudnienie to stało się dla wszystkich widocznem, tak że w Czerwcu przeszłego roku, gdy chora zgłosiła się do Dra R o z e n z w e j g'a, tenże mógł już schudnienie dokładnie zauważać.

Odtąd chudnienie twarzy postępowało co raz dalej, bolenie i zimno w oku nie ustępowało i chora zaczęła doznawać *tępego bólu*, wzdłuż szczęki dolnej. Ostatni jednakże po pewnym czasie ustał, a objawił się inny w środku twarzy (policzka lewego), wraz z uczuciem, które chora porównywa z silném ściąganiem. Ściąganie wspomniane daje się choręj uczuwać od kilku tygodni, szczególniej nocami, niekiedy doznaje tegoż w skroni lewéj, mianowicie po nad brwią.

Wreszcie nadmienia chora, że od początku choroby, t. j. od lat czterech, doznaje *bólu w gardle z prawęj strony*, częstokroć uczucia duszenia lub dławienia, *zasychania* w gardle i jamie ust, *darcia* w szyi i w piersiach od głowy aż do dołka sercowego (wyrażenie choręj!) lecz *zawsze* z prawęj strony, *nigdy* z lewéj. Gdy połyka, ma wówczas uczucie jakby jęj coś zawadzało w gardle. Dawniej miewała kaszel i spluwała krwią, co jednakże przeszło zupełnie. Bicia serca doznaje ustawicznie.

Obecnie uskarża się na podane ostatnie przypadłości, jako to: bolenie i uczucie zimna w oku, ból, a głównie wrażenie ściągania w twarzy, częste napady duszności i bicia serca, zasychanie w gardle i w ustach, darcie z prawęj strony szyi, przykre uczucie pod sercem, którego nie umie opisać, i t. p. najrozmaitsze przypadłości nerwowe.

Chora jest brunetką, krwista, dobrze w ogólności odżywiona, nawet otyła, przy pierwszym na nią spojrzeniu robi wrażenie, jakby całą lewą poło wę twarzy miała zapadniętą. Strona prawa zachowała wyraz młodości, tak, że z niéj chora wygląda na lat 30 lub trzydzieści parę, gdy strona lewa przedstawia wszelkie cechy starości, do tego stopnia, że z téj strony wi-



Figura pierwsza.

mianowicie na wysokości 2 ctm. ponad połową wewnętrzną brwi lewéj, tak, że w tem miejscu znajdujemy zapadnięcie soczewko-

wate, wklęsłe około $\frac{3}{4}$ cala w średnicy mające, formy trójkąta sferycznego podstawą do góry obróconego, pod którym, przy omacywaniu palcem, wykryć można i zagłębienie w kości bardzo znaczne. Skóra rzeczony mięsień pokrywająca kilku zmarszczkami podłużnymi sfaldowana. Brew nieco uniesiona do góry.

Mięsień skroniowy bardziej jeszcze niż czoło-



Figura druga.

Figura 1-sza przedstawia chorą w pozycji *en face* zwanéj, w której różnice obu połów twarzy łatwo widzieć się dają.

Figura 2-ga przedstawia połowę prawą twarzy zdrową.

wy zanikły. Skroń zapadła i prawie koścista przy omacywaniu.

Mięsień żwacz spłaszczony, zwężony i skurczony, w dotknięciu twardawy, cokolwiek utrudnia rozwieranie szczęk.

Łuk licowy mocno wystający — mięśnie licowy większy i licowy mniejsze mocno ścieńczały, w części skurczone, podobnie jak mięśnie właściwy unoszący ust i unoszący wspólny ust i skrzydła nosa, skutkiem czego nie tylko że cały policzek przedstawia się zapadłym, lecz kąt ust i skrzydło nosa, w części działaniem m. rozszerzającego nozdrza podciągnięte są na bok i ku górze.



Figura trzecia.

M. obrączkowy ust (ze strony lewej) również ścieńczały, przyczynia się do tworzenia się kilku zmarszczek kolisto nad brzegiem górnym zewnętrznym i około kąta ust idących. Lewa połowa m. unoszącego wargę górną nadaje ukośny przebieg ryńnice.

Wszystkie inne mięśnie policzka, jak: trębaczy, śmiechowy, prawdopodobnie przyjąwszy udział w ogólnym stanie chorobnym, przyczyniły się do defiguracji twarzy.

Mięsień kwadratowy brody, a może i część trójkątnego, w podobnym jak poprzednie znajdują się stanie, lecz nie okazują się być skurczonemi, prędyż utrudniają po części ruch dolnej wargi.

Wreszcie mm. piramidalny i poprzeczny nosa, skutkiem prawie zupełnego zaniknięcia, wcale nie objawiają swęj czynności, a kości pod nimi leżące wyraźnie się malują.

Figura 3-cia przedstawia połowę lewą w stanie chorobnym się znajdującą. (Według fotografii zdjętej z natury, w zakładzie p. Brandel i Spółka w Styczniu r. b. Rysował na drzewie p. F. Tegazzo — drzeworyt wykonał p. Stiff.)

Elektro-mięśniowa *pobudzalność*, tak na prąd indukcyjny jak na galwaniczny, zachowana — podobnie jak elektro-mięśniowe czucie, zupełnie w tym stopniu jak na stronie zdrowej. Wargi górnej lewa połowa, i część dolnej, zwężone; kąt ust przynajmniej o 1 do 1½ linji znajduje się wyżej niż prawy. Ucho odstające od głowy znacznie niż strony przeciwniej, nieco scieńczyła.

Tak tedy przedstawiają się mięśnie lewej połowy twarzy w porównaniu z temiż strony prawej, która jest pełną, dobrze ukolorowaną, wyraz łagodności i wesołości posiadającą, wreszcie pulchną odpowiednio do tuszy chorój.

Oko lewe przedstawia się pozornie *większem*, gdyż powieki więcej są otwarte, a może i oko samo *mocniej sterczy* z oczodołu. Rogówka dobrze wypuklona prawie z takąż oka prawego żadnej nie przedstawia różnicy, lecz źrenica nieco *rozszerzona*, z trudnością oddziaływa na światło. Spojówka dosyć *blada*, naczyń spojówki powiek słabo nastrzyknięte, łzawienie i wydzielanie śluzu *zmniejszone*. Rzęsy powieki górnej a po części i dolnej mocno *posiwiałe*, na przestrzeni dwóch linji, w środku brzegu górnej powieki zupełnie białe.

Wreszcie skóra całej téj strony twarzy scieńczyła i sucha, tkanka tłuszczowa podskórna prawie zupełnie zanikła. Na czole i skroni znajdują się podane plamy brunatnawe, od dawna trwające. Twarz téj strony bledsza, nawet gdy chora mocno się czerwieni skutkiem wiatru, zimna, gorąca, zmęczenia lub pod wpływem moralnym, z radości, strachu i t. d. Gdy chora się poci to tylko prawa wilgotnieje — gdy obfitym potem pokrywa, wówczas strona lewa zaledwie w okolicy nosowej i na nosie wilgotnieje. Temperatura twarzy zdaje się być cokolwiek *niższą* na stronie chorój, ucho wyraźnie bledsze i chłodniejsze. Termometryczne badanie dla braku pod ręką narzędzia nie było dokonane.

Mocniejszy nacisk na zwój szyjowy górny, a raczej na okolicę tego zwoju, sprawia chorój przykrzejsze uczucie niż na stronie przeciwniej. Nacisk na zwój średni, z obu stron jednocześnie wywartu, żadnej różnicy w sprawionem uczuciu nie powoduje.

Ze strony innych organów nie szczególnego wykryć nie podobna, nawet podniebienie miękkie, gardziel i język, żadnych zmian godnych uwagi nie przedstawiają.

Płuca żadnych zmian materjalnych, dających się wykrywać opukiwaniem lub osłuchiwaniem, nie okazują, pomimo przytoczonych wyżej napadów duszności. Serce w granicach i wielkości normalnej, częstokroć bije gwałtowniej, czasami wolniej, jednym słowem dość nieregularnie. Tony jego, jakkolwiek nie dają dosłuchać się jakiegoś podmuchu lub szmeru o przeszkodach materjalnych w krążeniu sądzić pozwalających, to jednakowoż dziwną przedstawiają akcentację, raz pierwszy raz drugi ton jest wzmocniony, niekiedy nawet z przydźwiękiem metalicznym — toż samo słyszeć się daje i w tętnicy szyjowej. Wpływ moralny lub zmęczenie najbardziej do owęj nieregularności bicia serca się przyczyniają. Impuls serca obszerny i po większej części silny.

Puls czasami silniejszy, pełniejszy i twardszy, niekiedy drobniejszy i miękki, zwykle przyspieszony, po większej części od 80 do 90 niekiedy do dziewięćdziesięciu kilku uderzeń na minutę.

Żołądek, кишки, wątroba i inne organa, żadnych zmian nie przedstawiają. Chora jada nie wiele lecz trawi dobrze, stolce nieważ regularne. Ze strony organów rodzajnych żadnych nie doznaje przypadłości. Taki więc jest obraz stanu zdrowia, który przedstawia chora będąca przedmiotem naszego zajęcia, wypada nam zatem przejść do rozpoznania choroby.

Zbiór objawów wyżej podanych, a mianowicie: zanik prawie zupełny mięśni, przy zachowanym wpływie woli na włókna pozostałe i przy niezmienionej lub niedostrzegalnie zmienionej pobudliwości na prądy elektryczne i elektro-mięśniowem czuciu; rozszerzona źrenica i małe oddziaływanie jęj na światło — wysadzenie (lekkie) oka z pomiędzy powiek przy zupełnem funkcjonowaniu n. twarzowego i okoruchowego — obniżenie temperatury choréj strony twarzy obok obniżonej czynności skóry, a mianowicie gruczołów potowych—złogi barwnika z jednéj strony, gdy z drugiejj ubytek (w rzesach, we włosach głowy) i t. d., wszystko to zdaje się dostatecznie przemawiać za cierpieniem pewnéj części systematu nerwowego, którego czynność jest więcéj złożoną —

a mianowicie: za stanem chorobnym nerwu sympatycznego wielkiego — w szczególności zaś, prawdopodobnie tegoż części szyjowej.

Nerw twarzowy dość obojętnie się zachował i zachowuje w przebiegu całego cierpienia, przypisywanego przez kol. B. trwałemu podrażnieniu nerwu sympatycznego szyjowego.

Ostatecznie zatem wszystkie objawy chorobne, które u téj chorój spostrzegamy, uważać i przyjąć musimy za *następstwo stale trwającego podrażnienia nerwu sympatycznego szyjowego*, a mianowicie *stanu tetanicznego mięśni naczyń krwionośnych, miejscową niedokrwistość i zaburzenia w odżywianiu*. Co może być powodem tego stanu chorobnego n. sympatycznego, czy przyczyna mechaniczna czy inna (stan przekrwienia lub chronicznego zapalenia którego ze zwojów), trudno dziś tę kwestję rozwiązać.

Rokowanie nasze najwięcej przedstawia wątpliwości—zdaje się jednak *nie być bezwzględnie niepomysłne*, przy tak niewątpliwém rozpoznaniu choroby, przy zastosowaniu środka którego działanie może być zlokalizowane na sam nerw sympatyczny — wszakże przy każdym innym, wyjście choroby jedynie niepomysłnie wypaść może. Dalszy przebieg choroby może dopiero wpłynąć na stanowczość przepowiedni.

Leczenie w tym przypadku bynajmniej nie może być za pomocą środków ogólnie działających przedsiębrane, jakto dotychczas czyniono — lecz jedynie prąd galwaniczny stały, może chorą od dalszego przebiegu choroby uchronić, proces ciągle dalej się posuwający wstrzymać, wreszcie nawet stan prawidłowy sprowadzić.

W naszym więc przypadku, kuracja polega na zastosowaniu prądu galwanicznego stałego, długo działającego, słabego napięcia i pochodzącego z elementów galwanicznych, o niewielkiej powierzchni, wreszcie, których działanie jest stałe (*constant*) i niezmienne, gdyż nawet małe oscylacje mogą szkodliwie zamiast pożytecznie na stan choroby wpływać. Miejsce na którym to zastosowanie prądu odbywa się jest n. sympatyczny szyjowy, a mianowicie jego dwa zwoje: górny i średni, łatwe do wynalezienia i dostępne dla odpowiedniej wielkości elektrodów.

16 razy w taki sposób zastosowana galwanizacja, natychmiast zawsze wpływała na zwolnienie ruchów serca, żrenica się rozszerzała (wprawdzie bardzo nieznacznie), chora strona twarzy czerwieńiała się i obfitym pokrywała potem, napady epileptyczne nie zostawały wywoływane gdy prąd indukcyjny bardzo nawet słaby, użyty tylko w celu zbadania pobudzalności mięśniowej, napad epileptyczny tegoż samego dnia spowodził.

„Mam tedy nadzieję, powiada kol. Bruner, że jeżeli podrażnienie n. sympatycznego szyjowego nie jest tylko powodowane i podtrzymywane jakimś tumorem w okolicy którego ze zwojów tego nerwu umiejscowionego i rozwijającego się, lub samym jakimś procesem przerodnienia się rzeczonych zwojów, stan zapalny lub stan irytacji podtrzymujących, z dążnością do zmiany materjalnej, kuracja prądem galwanicznym cierpliwie, długo i z całą skrupulatnością, do pedantyzmu nawet posunięta, przeprowadzona, błogie skutki, bo może zupełne uleczenie chorób spowodzi.“

Następnie kol. Bruner przedstawia dziewczynkę w wieku lat 12 dotkniętą zupełnym zanikiem mięśni łopatki, barku i ramienia lewej strony, przedramię lewe jest tylko znacznie mniejszem i wężlejszem od prawego a kości całej kończyny są prawie o połowę cieńsze, kończyna cała krótsza. Omacywaniem ani prądami elektrycznymi obecność pojedynczych wiązek mięśniowych barku lub ramienia nie daje się stwierdzić. Nerwy na przedramieniu funkcyonują dobrze a pobudzone w okolicy kości ramieniowej (*n. medianus, radialis* i t. d.) wpływ swój na odpowiednie mięśnie przedramienia wywierają. Staw barkowy zwolniony dozwala kończyną wykonywać najniezwykłejsze ruchy bierne.

Początek choroby datuje od pierwszego roku życia po przebytych napadzie konwulsyjnym, skutkiem którego ręka lewa i noga prawa uległy zupełnemu porażeniu. Porażona ręka stopniowo chudnąć zaczęła, gdy noga powoli wracała do stanu prawidłowego, tak że dzisiaj zaledwie małą niedokładność w chodzie można zauważyć.

Następnie kol. F. Nawrocki mówił o: „*Electrotonus na żywym człowieku.*“ Pflüger wykazał, że prąd stały ele-

ktryczny przebiegając nerw kulszowy żaby zmienia jego pobudliwość; w okolicy bieguna dodatniego widzimy ją zniżoną (*anelektrotonus*), w okolicy bieguna ujemnego natomiast podwyższoną (*katelektrotonus*). Ponieważ prócz tego, jak B e z o l d wykazał w obydwóch razach przewodnictwo w nerwie znacznie zmniejszonym zostaje, dla tego łatwo pojmiemy różnicę, jaka zachodzi w działaniu prądów zstępującego i wstępującego. W ostatnim czasie E u l e n b u r g i E r b (ef. *Deutsches Archiv. für Klinische Medicin* III 1867, i dodatek do *Kliniki* Tom I zeszyt 3) powtórzyli doświadczenia P f l ü g e r a na żywym człowieku. E u l e n b u r g przekonał się na rozmaitych nerwach ruchowych powierzchownie leżących (*Accessorius Willisii, medianus, peroneus*) że prąd zstępujący podwyższa, a wstępujący zniża pobudliwość tychże nerwów, lecz że po usunięciu stałego prądu, pobudliwość wraca powoli do pierwotnego stanu, nie przechodząc faz przeciwnych (t. j. nie ulegając zmniejszeniu, gdy była podwyższoną, i naprzemian), jak to P f l ü g e r przy swych doświadczeniach zauważał.

E r b tak przy pierwszych swych doświadczeniach niezależnie od E u l e n b u r g a dokonanych, jak i w późniejszych liczniejszych pracą E u l e n b u r g a wywołanych, przyszedł na żywym człowieku do rezultatów wprost przeciwnych podaniem P f l ü g e r a t. j. znalazł pobudliwość nerwu podwyższoną w okolicy bieguna dodatniego, a zniżoną w okolicy ujemnego. Dopiero gdy H e l m h o l t z zwrócił E r b a uwagę na to, czy też przy jego doświadczeniach strumienie elektryczne z należytą siłą nerw przebiegały, E r b podaje w przypisku, że przy użyciu elektrodów takich, że strumień stały zmieniający pobudliwość i strumień indukcyjny probujący pobudliwość w jednym i tém samym miejscu wchodziły i wychodziły ze skóry, przekonał się na człowieku, że odpowiednio do podań E u l e n b u r g a i zgodnie z nauką P f l ü g e r a ogólnie przez fizjologów przyjętą, strumień zstępujący zwiększa, a wstępujący zniża pobudliwość nerwu ruchowego. E r b robił swe doświadczenia niemal wyłącznie na n. ulnaris.

Doświadczenia wymienionych badaczy powtórzyłem wspólnie z p. A l e k s a n d r e m S t o c k m a n n e m, przy po-

mocy pp. F a b i a n a, G u r b s k i e g o, Ł u n i e w s k i e g o i M u r a s z k i studentów Szkoły Głównej.

Jako nerw najodpowiedniejszy ze względu na położenie powierzchowne wybraliśmy n. ulnaris powyżej zgięcia łokciowego. Dla zmieniania pobudliwości w nerwie używaliśmy 3 (do 4) elementa Bunsena; dla wykazywania zmian pobudliwości służył przyrząd indukcyjny Du Bois-Reymonda w połączeniu z jednym elementem Daniela. Elektrody dla prądu stałego były około $\frac{1}{2}$ centimetra, elektrody zaś dla prądu indukcyjnego zaledwie 2—3 mm. grube; wszystkie zarówno były delikatną gąbką powleczone. Celem zmniejszenia oporu zmywano skórę naprzód mydłem, a potem ciepłym roztworem soli kuchennej; dopiero w pół godziny, gdy naskórek należycie rozmiękczony został, przystępowaliśmy do doświadczenia. Elektrody dla prądu indukcyjnego były umieszczone najbliżej zgięcia łokciowego na 2 cent. od siebie odległe; w odstępnie $2\frac{1}{2}$ cent. znajdowały się elektrody dla prądu stałego również od siebie o $2\frac{1}{2}$ cent. oddalone. Odszukawszy za pomocą delikatnych elektrodów n. ulnaris i zaznaczywszy niebieskim ołówkiem punkta najdogodniejsze przykładaliśmy najprzód elektrody tak dla strumienia stałego jak i indukcyjnego; gdy wszystko w taki sposób było przygotowane, probowaliśmy, o ile należy bobinę indukowaną od indukującej odsunąć, by otrzymać słaby, lecz wyraźny skurcz mięśni w kłębie małego palca, (dla tego głównie zwróciliśmy uwagę na mięśnie tak oddalone od miejsca przyłożenia elektrodów, by uniknąć błędów mogących z tego wyniknąć, że przy niemożności zupełnego izolowania część prądów mniej lub więcej przechodzi na mięśnie w pobliżu się znajdujące), poczem przepuszczaliśmy strumień stały przez 1—2 minut, i oznaczaliśmy znów odległość bobin potrzebną dla wywołania skurczu odpowiednich mięśni, a wreszcie tę odległość oznaczaliśmy w rozmaitych odstępach po usunięciu strumienia stałego. (Skoro strumień stały został zamknięty za pomocą klucza Du Bois Reymonda, wraz usuwaliśmy już nam zbyteczne elektrody dla prądu stałego; tylko elektrody dla prądu indukcyjnego aż do końca doświadczenia nieporuszenie na miejscu pozostawały.)

Dotychczas badaliśmy tylko zmiany, jakim ulegnie część nerwu przylegająca do mięśnia, jeżeli przez część jego więcej ku

ośrodkom położoną przepuścimy strumień stały zstępujący lub wstępujący, czyli badaliśmy tak zwany zstępujący Katelectrotonus i Anelectrotonus.

Wyniki naszych doświadczeń są następujące:

1. Przy zstępującym Kalelectrotonus (gdy prąd stały przebiega nerw) pobudliwość nerwu ruchowego jest znacznie zwiększoną, przy zstępującym Anelectrotonus zaś znacznie zmniejszoną.

2. Po oddaleniu stałego prądu w pierwszym razie pobudliwość okazuje się najprzód znacznie zmniejszoną, a w drugim razie znacznie podwyższoną, zanim po kilku lub kilkunastu wachaniach nie powróci do pierwotnego stanu; niekiedy nie było wymienionych wachnięć, tylko pobudliwość powoli wracała do pierwotnego stanu.

Widzimy więc, że jakkolwiek przy doświadczeniach na człowieku żywym warunki nie są tak dogodne, jak przy doświadczeniach na wyciętym nerwie żaby, to jednakże prawa na zwierzętach zyskane dadzą się w zupełności na człowieku żywym sprawdzić.

Obszerniejsze sprawozdanie z naszych doświadczeń później podamy.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

Posiedzenie 8-e dnia 20 Kwietnia 1869 roku.

Prezes kol. B r o d o w s k i.

Protokół z posiedzenia poprzedzającego odczytano i przyjęto.

Składają w darze dla Biblioteki:

Kol. B r o d o w s k i pierwszą połowę 1-go Tomu dzieła swojego pod tytułem „Rys Anatomii Patologicznej.“

Kol. J o d k o drugi zeszyt Ophthalmologii.

JW. B e k k e r, Inspektor lekarski przy Namiestniku w Królestwie przesyła zatwierdzoną przez JW. Ministra Spraw Wewnętrznych Jenerał-Adjutanta Tymaszewa, zmodyfikowaną Ustawę Kassy Wsparcia podupadłych Lekarzy, wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych. Modyfikacya ustawy zależy głównie na tem, że odtąd $\frac{2}{3}$ składek bieżących nie będą zaliczać się do funduszu żelaznego, a powiększać fundusz ruchomy na bieżące wsparcia przeznaczony.

Kol. K o r z e n i o w s k i przedstawia dwóch chorych. Pierwszym z nich jest dziecko płci męskiej ośm lat wieku liczące, do którego zeszłego roku na wiosnę został wezwany z powodu zapalenia chronicznego stawu biodrowego lewego (*coxarthrocace*). Przyczyną tego zapalenia stawu było rozrzedzenie kości (*osteoporosis*) rozciągające się o l krętarza wielkiego (*trochanter*) aż do główki. Główka kości w stawie pozostawała bez zwiczenia, ale liczne przetoki dozwalały wprowadzonemu do nich palcowi dochodzić aż do samego stawu. Kol. K. zastosował aparat Bonneta, który z początku polepszenie spowodował, po niejakiem wszakże czasie ropienie stało się obfitszem i upadek sił się zwiększył. Wezwawszy do pomocy kol. C w a t a, kol. K o r z e n i o w s k i postanowił usunąć przyczynę tego stanu przez oddalenie całej części kości sprawą chorobową zajętej. Wyciął tedy nie tylko główkę kości, krętarze, ale jeszcze i $\frac{1}{3}$ górną całą kości udowej, poczem kończynę ułożył jak poprzednio w żłobku Bonnet'a i opatrywał starannie. Operacya powyższa miała miejsce w m. Sierpniu r. z. W krótkim po niej czasie, stan ogólny chorego zaczął się poprawiać, rana się zablizniła, massa włóknista zastąpiła nieobecną część kości, i dziś chory chodzić może nawet bez pomocy kuli, utykając niewiele z powodu stosunkowo nieznacznego skrócenia kończyny.

Drugim chorym przedstawionym przez kol. K o r z e n i o w s k i e g o jest człowiek młody, który przed trzema miesiącami przybył do Kliniki Chirurgicznej w Szpitalu Ś-go Ducha z chorobą ręki prawej. Badanie wykazało ropienie kości śródreźnej drugiej (*caries ossis metacarpi secundi*) i otwarcie stawu istniejącego pomiędzy tąż kością i nadpięstką (*carpus*). Kol. K o r z e n i o w s k i wypiłował koniec górny kości śródreźnej chorąg

i w pierwszym tygodniu po operacji wszystko kazało się spodziewać rychłego wyzdrowienia, gdy w 2-m tygodniu wybuchło zapalenie ropiaste stawu dłoniowego, wszystkie kości napięstka pływały w ropie, tak że je kol. K. zmuszony był odjąć z wyjątkiem jednej tylko kości grochowatej (*os pisiforme*) którą pozostawił; a nadto i górna połowa 4-jej kości śródreęcznej musiała być odjęta. Obecnie rana jest zagojoną, ruchy addukcyjne palca wielkiego są zachowane, ruchy fleksyjne innych palców są utrudnieniem z powodu istniejącego braku kostnej podstawy.

Kol Helbich na 4-ém posiedzeniu ogólnem opisywał odejście kamienia żółciowego stolcem, i przypominają sobie kolledzy że istniała wówczas niezgodność w zdaniach tłumaczących drogę którą kamień z pęcherzyka żółciowego przeszedł do kiszek. Otóż przed dwoma tygodniami, chora przedmiotem powyższej obserwacji będąca oddała stolcem drugi kamień żółciowy cokolwiek mniejszy od pierwszego, ale bez objawów kolki wątrobianej i bez żółtaczki co dowodziło że kamień nieprzechodził przez przewód żółciowy (*ductus choledochus*) i stanowczo przemawiało za wytworzeniem się sztucznej komunikacji pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a kiskami. Nowy kamień, który kol. H. przedstawia obecnym jest zaopatrzony fasetką odpowiadającą téj jako na pierwszym widoczną była, a na drugim swym końcu posiada małe półkuliste wydrążenie. Kobieta ta czując się zupełnie zdrową udała się dnia wczorajszego do kościoła, z kąd powróciwszy do domu nagle zmarła w skutek apopleksyi mózgowiej. Kol. B r o d o w s k i dopełnił sekcji pośmiertnej.

P r e z e s wątrobę zmarłej wraz z przyrosłą do niej krezką i okrężnicą poprzeczną (*colon transversum*) przedstawia. Z preparatu tego pokazuje się że pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a przyrosłą do niego okrężnicą poprzeczną istnieje komunikacya za pomocą otworu wielkości dwuzłotówki, który stanowił drogę przez którą kamienie żółciowe do kiszek się dostawały.

P r e z e s. Przed sześcioma miesiącami przybył do Szpitala Ujazdowskiego, żołnierz około 30-u lat wieku liczący. Wycieńczony na siłach, blady i bezkrwisty, obrzękły na twarzy i na kończynach dolnych. Badanie wykryło że nie był dotknięty

ani wadą sercową, ani chorobą organiczną płuc. Mocz zawierał białko. Rozpoznanie ustanowionem zostało na *Nephritis parenchymatosa chronica*. Wkrótce zauważono że chory rzeczony oddaje nadzwyczaj wielkie ilości moczu, bo dochodzące od 3000 do 5000 centymetrów sześciennych na dobę, c. g. niewielkiej 1,007. Cukru w moczu nie było. Tak obfite moczowanie odbywało się aż do śmierci chorego, która w tych dniach nastąpiła w skutku rozwinięcia się zapalenia płuc. Badanie pośmiertne wykazało że nerka lewa zmienioną była w ogromną torbiel (*hydronephrosis*) w skutek rozděcia miednicy i kielichów nerkowych; z wyjątkiem bardzo niewielkiego miejsca, mięsz nerki był do tego stopnia zanikły że okrywa włóknista nerki (*capsula renis*) bezpośrednio stykała się ze ścianą rozdętą miednicy i kielichów. Druga nerka zajęta chronicznem zapaleniem mięszu miała miednicę i kielichy cokolwiek powiększone. Ujścia pęcherzowe moczowodów były zwężone lecz z lewej strony w wyższym stopniu niż z prawej; powyżej oba przewody były cokolwiek rozdęte. Rzadko się wydarza by tak jak w obecnym wypadku torbiel z nerki utworzona pozostała w ciągłej komunikacji z pęcherzem a nawet ciągle wydzielala w znacznej ilości płyn wodnisty, gdyż nie może być wątpliwem że znaczna ilość moczu dziennie przez chorego wydawana nie mogła być wydzielaną przez nerkę prawą chorobowo zmienioną a w większej części pochodzić musiało ze wzmiankowanej torbieli. Płyn w tej ostatniej znaleziony podczas sekcji, odesłany został do kol. F u d a k o w s k i e g o dla bliższego zbadania składu jego chemicznego.

Kol O r ł o w s k i przedstawia wziernik do cewki moczowej i pęcherza pomysłu Dr Désormeaux z Paryża. Przyrząd ten już był znany kol. O r ł o w s k i e m u z opisów o nim ogłaszanych, lecz w użyciu nie znalazł w nim spodziewanych przymiotów. Zastosował go dotychczas na jednym chorym, nie jednak przezeń widzieć nie mógł a nadto nie rozumie jak może Désormeaux operować nożykiem opatrzonym guziczkiem zbyt wielkim by mógł do najmniejszych zwężeń wchodzić.

Kol. K o r z e n i o w s k i zdanie kol. O r ł o w s k i e g o podziela.

Kol. S e k r e t a r z sądzi że nie należy potępiać narzędzia dla tego że ono nie udało się zastosować z korzyścią w jednym wypadku. Każde narzędzie, a szczególnie narzędzie exploracyjne wymaga pewnej wprawy w użyciu której się tylko z czasem nabywa. Zresztą kol. S e k r e t a r z był w Paryżu obecnym jak p. Désormeaux examinował chorych i operował ich zapomocą endoskopu i może zaświadczyć że examinowanie i operowanie udawało się bardzo dobrze.

Kol. Sz o k a l s k i przypomina sobie że gdy wynalazek ophthalmoskopu ogłoszony został w Paryżu, znaleźli się tam uczeni bardzo poważni, którzy narzędziu temu żadnej nie obiecywali przyszłości, a jednak dziś wiemy wszyscy jak znakomite postępy okulistyka ophthalmoskopowi zawdzięcza.

Kol. P r z y s t a ń s k i odczytuje wiadomość o znaczeniu terapeutycznym kumysu.

W końcu P r e z e s wnosi by posiedzenia z powodu dłuższych dni zaczynały się o godzinie 7-ój wieczorem, wniosek ten znaczną większością głosów zostaje przyjętym.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

POSIEDZENIA ODDZIAŁOWE.

ODDZIAŁ CHORÓB UMYSŁOWYCH, NERWOWYCH I PSYCHIATRYI
SĄDOWÉJ.

Posiedzenie 23-e dnia 15 Marca 1869 r.

Obecni. Przewodniczący, kol. A. R o t h e.

Członkowie: koll. P ł a s k o w s k i, C h o m ę t o w s k i, L u b e l s k i, W s z e b o r oraz koll. T a c z a n o w s k i, Ż ł o b i k o w s k i i G o l d s o b e l jako goście.

Treść : Opiniya Sądowo-lekarska Historya choroby.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia.

S p r a w o z d a w c a (Chomętowski) odczytał *opinię sądowo-lekarską*, dotyczącą podsądnego Ludwika L. który popełnił zbrodnię zabójstwa żony, w stanie chorobliwym umysłu znoszącym wolną wolę, znanym pod nazwą szalu melancholicznego (*raptus melancholicus*), powstałym pod wpływem bardzo wydatnych hallucynacyi wzrokowych.

Po odczytaniu opinii sprawozdawca zwraca uwagę obecnych na niewłaściwość użytego przez Władzę Sądową zapytania: czy podsądnemu wina jego może być poczytana; lekarz bowiem jako prosty biegły o zdanie zapytany, może tylko udzielić wiadomość w jakim stanie umysłu znajdował się podsądny, w chwili spełnionej przezeń zbrodni lub przestępstwa. Poczytanie zaś winy jest rzeczą wyłącznie dotyczącą sędziego.

II. Kol. T a c z a n o w s k i odczytał historię choroby, pod tytułem: *Excytacya maniakalna (Excitatio maniacalis) Chroniczne zapalenie opon mózgowych (Meningitis chronica). Śmierć w skutek ostrego obrzęku mózgu (oedema acutum)*, pomieszczoną, w zeszycie Kwietniowym Pamiętnika Warsz. Tow. Lek.

Sprawozdawca St. C h o m ę t o w s k i.

ODDZIAŁ CHIRURGII, OKULISTYKI I SYFILOGRAFII

Posiedzenie 51, d. 8 Lutego 1869 r.

Obecni: Przewodniczący, kol. G i r s z t o w t.

Członkowie: kol. C h w a t, J. F. N o w a k o-
w s k i, J o d k o, K w a ś n i c k i,
W. S t a n k i e w i c z.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedzającego posiedzenia, kol. C h w a t przedstawia preparat otrzymany po wypłowaniu częściowym żuchwy, dla zestawienia go z podobnym okazem przedstawionym przez kol. K w a ś n i c k i e g o. Preparat ten pochodzi od kobiety lat 68, która w d. 1. Listopada 1868 r. wstąpiła do szpitala Starozakonnych z guzem w okolicy kąta żuchwy rozwiniętym od lat kilku; Przy badaniu okazało się, iż części miękkie są rozciągnięte i przesuwalne po nad guzem, który za pociskaniem ugiął się i dawał wtedy pod palcem uczucie chrupania, podobnie jak się to dzieje przy zginaniu sztywnego papieru. Kol. C h w a t uznawszy iż guz powyższy pochodził z przeistoczenia kości, postanowił go usunąć za pomocą wypłowania, co też 20 Listop. dopełnił. Po zrobienia cięcia półkolistego i przepłowaniu kości z przodu pomiędzy 1 a 2 zębem trzonowym, oddzielono ją od części miękkich i następnie wyłuszczone ze stawu. Preparat otrzymany okazuje, iż obie blaszki kostne zostały mocno wydęte przez zebrany wewnątrz płyn surowiczo-ropny, po wypuszczeniu którego przekonano się, iż cała rozdęta część kości przedstawiała kilka jam nierówniej objętości, przedzielanych przegródkami z miękkiej blaszki kostnej, i że wszystkie wysłane były błoną delikatną jaką w torbielach się spotykał. Przeistoczenie to sięgało aż do wyrostka stawowego, który był również rozszerzony, zanikłą substancją kostną. Kol. C h w a t widzi w tym wypadku torbiel rozwiniętą wewnątrz kości, pochodzenie jej atoli pierwotne musiało być inne aniżeli w wypadku podobnym kol. K w a ś n i c k i e g o.

Kol. Girsztowt opowiada, iż przed niedawnym czasem przybył do kliniki chirurgicznej mężczyzna, który wypadkiem przeciął siekierą skórę i ścięgna na dłoni lewej, a nadto przeciął główkę kości śródreęcznej palca wielkiego w taki sposób, iż zarazem i staw śródreęczno-nadgarstkowy został otwarty. Ułożono rękę na deszczułce i okładano przez 3 dni zimną wodą, a gdy nie wystąpił żaden objaw zapalny, kol. Girsztowt w zamiarze otrzymania zabliznienia rany, zbliżył brzegi rany i zalepił Collo-dio. Po dwóch dniach wystąpiło obrzmienie i zaczerwienienie na dłoni i opuszcze palca wielkiego, ból, strzykanie a następnie i obrzmienie przedramienia, w skutek czego zdjęto opatrunk i znaleziono brzegi rany spojone prawie na całej przestrzeni, a tylko w górnym kacie mały otworek przez który sączyć się zaczęła brudna, cuchnąca posoka. Po rozszerzeniu rany zgłębnikiem odkryto dwie zatoki: jedna rozciągała się pod powięś dłoniową, druga zaś szła wzdłuż kości obrażonej do stawu napięstkowego i na przedramię. Chory przytem miał gorączkę i dreszcze. Po przecięciu zatok, odpłynęła ropa nieczysta i cuchnąca, a ponieważ okostna na kości obrażonej okazała się zniszczoną, przeto kol. Girsztowt wykonał odjęcie kości pod samą jej główką. Przedstawiając powyższy wypadek, kol. Girsztowt ma na celu zestawienie go z podobnymi obrażeniami, spostrzeganiem i w swęj praktyce, gdzie pomimo równie ciężkich warunków. zrzebieg choroby był prosty zupełnie i zakończył się zabliznieniem, Między innymi, opowiada o ranie ciętej, przenikającej do stawu łokciowego, która zagoiła się bez żadnych przypadłości i chory pachował zupełny ruch w stawie; podobnie wspomina o dwóch wypadkach otwarcia stawu palców z obrażeniem kości i chrząstki, które również zakończyły się szybkim zabliznieniem, bez wszelkiego ropienia. W wypadku zaś powyżej przytoczonym pomimo najstaranniejszego postępowania, nastąpiło ropienie, prawdopodobnie skutkiem wpływu zebranego pod opatrunkiem powietrza, które wywołało zapalenie i rozkład posokowaty wytworzonej ropy. Zwracając uwagę na powyższy wypadek, zapytuje się kol. Girsztowt, jakie postępowanie będzie najwłaściwszem w podobnym razie i jakim sposobem możnaby zaradzić tak szkodliwym powikłaniom?

Kol. Stankiewicz uważa, iż w podobnych wypadkach postępowanie chirurga zależy głównie od natury obrażenia jako też procesu odbywającego się w samej ranie i tkankach sąsiednich. Jeśli obrażenie, np. cięciem spowodowane, sięga głęboko, kość zostaje nadwreżoną a nawet staw otwarty, rana jednak jest zupełnie prostą, bez zmiążdżonych i poszarpanych tkanek, najlepiej jest po oczyszczeniu rany, próbować zagojenia jęj *per primam intentionem*, posiłkując się w tym celu wszelkiemi środkami przeciw zapalnymi, jak odpowiedniemi ułożeniem członka, unieruchomieniem go, a następnie usuwaniem ile możności objawów zapalnych za pomocą zimna i t. p. Skoro zaś pomimo tego, zapalenie się rozwija i ropa wytwarzać się poczyna, należy natychmiast przerwać zastosowanie zimna, albowiem sprawia ono wtedy wiele przykrości choremu, a zastąpić je moczeniem członka w ciepłej wodzie i przykładaniem na ranę kąpielazmów. Jeśli zaś rana jest powikłaną przez potrząskanie i zmiążdżenie kości, lub też poszarpanie części miękkich, wypada przedewszystkiem usunąć wolne odszczepy kostne i o ile można części poszarpane, albowiem te rozkładając się, zanieczyszczają ranę i potrzebują długiego ropienia dla oddzielenia się od części zdrowych. Środki przeciw zapalne, a mianowicie zimne okłady, lub irrygacyi, bywają tutaj w początku bardzo pożyteczne, miarkują bowiem zbyt silnie rozwinać się mogące zapalenie, powinny być jednakże wstrzymane, jak tylko ukażą się pierwsze ślady ropienia. Samo się rozumie, iż utworzenie dobrego spadku dla odpływu ropy i otwieranie zatok, najpilniej winno być przestrzegane, wraze zaś posokowatęj zmiany ropy, starać się o przywrócenie dobrego ropienia za pomocą środków takich jak wyskok, półtoro-chlorek żelaza, płyny aromatyczne, albo też wypalania kwasem octowym lub żelazem rozpalonem.

Kol. Kwaśnicki opowiada, iż przed niedawnym czasem przybył do szpitala Ewangelickiego chory, z raną ciętą części miękkich i otwarciem stawu śródreżo-palcowego wielkiego palca lewej ręki. Po zalepieniu rany plasterkiem i unieruchomieniu stawu, brzegi zgoiły się bez ropienia i cała rana stawowa w krótkim czasie wróciła do zupełnie normalnego stanu. Rana atoli była prosta bez żadnych powikłań, gdy tymczasem

w wypadku kol. Girsztowta była utrata kości i chrząstki, a kostka nawet dalej okazała się pękniętą.

Kol. Chwat utrzymuje, iż niezależnie od sposobu obrażenia i jakości tkanek uszkodzonych, bardzo wiele wpływa także na łatwość gojenia się ran, usposobienie ogólne chorych, o czém wielokrotnie miał sposobność się przekonać. Zapytuje się przytém, czy który z kolegów obserwował zrośnięcie się bezpośrednio kości zupełnie od ciała odciętych i następnie złożonych?

Kol. Girsztowt odpowiada, iż wypadki pomyślnego zrośnięcia się kości odciętych, przytacza Sé dillot; sam zaś widział tylko iż zdarta skóra niemal z całego wierzchu głowy, po przyłożeniu jój napowrót przyrosła *per primam intentionem*; zrośnięcie to wprawdzie ułatwia tu obecność twardej podstawy kostnej, na którą łatwo jest wywrzeć nacisk dokładny.

Kol. Nowakowski przytacza spostrzeżenie z kliniki ś. p. LeBruna, gdzie trzy palce tak były ukośnie przecięte, iż tylko na skórze i ścięgnach się trzymały, kości zaś w całej grubości były rozdzielone; pomimo to, po zestawieniu z sobą odpowiednich powierzchni i utrzymaniu w zetknięciu za pomocą opasek lepkich, zrosły się zupełnie z zachowaniem tylko sztywności palców.

Kol Chwat nawet w takich wypadkach, gdzie ma otwarty staw i sączenie się mazi stawowej, nie spieszy się z operacją, albowiem przekonał się, iż bardzo często na drodze wyczekiwania przychodzi zupełne zagojenie rany stawowej, chociaż z zachowaniem sztywności. Nie sądzi także, aby powietrze wywierało wpływ szkodliwy na sprawę ropienia w stawie, albowiem w takim razie musielibyśmy mieć zwykle złe rezultaty, gdyż niepodobna jest ustrzedz takiej rany od wpływu powietrza, przy najtroskliwszym nawet opatrunku. Sprzeciwia się zaś użyciu zimnej wody na rany stawowe, albowiem takowa zwykle źle jest stosowaną, a następnie zaś po zaprzestaniu jój występuje bardzo silny odczyn zapalny w ranach; z tego powodu zwykle tego rodzaju rany opatruje sucho i cieszy się bardzo dobrym rezultatem. Mniema także, że w wypadku przez kol. Girsztowta opisanym, nie powietrze ale okłady z zimnej wody spowodowały zapalenie i rozkład posokowaty utworzonej ropy.

Kol. G i r s z t o w t nie zgadza się z kol. C h w a t e m na ocenienie wpływu zimnej wody na rany; zimna bowiem woda odciągając nadmierną ilość ciepłika z tkanek zniża ich ciepłotę, zmniejsza przyływ krwi do rany, a zarazem zniża nutrycyę podniesioną w skutek zapalenia. Owszem twierdzi, że przy wszelkich ranach, zimna woda jest najdzielniejszym środkiem przeciwapalnym; szkodliwą zaś nigdy być nie może, chyba wtedy gdyby sama wdrażając w tkanki, tworzyła zatoki, albowiem wtedy działałaby drażniąco, jako ciało obce. Co zaś do zbyt mocnego odczynu zapalnego po ustaniu zastosowania wody, to takowy istotnie miałby miejsce, gdyby woda była tak zimną, iżby sprawiała zamrożenie tkanek. Wpływ przeto wody nie może być szkodliwym, jeżeli tylko zastosowany będzie z całą dokładnością, w przeciwnym zaś razie lepiej takowej nie używać. W wypadku zaś na początku opisanym, widoczną jest rzeczą, że nie woda zimna wpłynęła na zepsuty stan rany, albowiem zastosowaną została dopiero po złączeniu i zalepieniu brzegów rany, ale właśnie zamknięte wewnątrz rany powietrze, które ułatwiając gniciu zniszczonych tkanek kostnych i miękkich, jakoteż płynów wydzielanych, musiało w następstwie sprawić zapalenie i ropienie w tkankach okolicznych, objawiające się w wytworzeniu zatok na dłoni i przedramieniu. W takich razach koniecznym było również szybkie oddalenie zepsutej części kostnych, albowiem te pozostawione w ranie podtrzymywałyby szkodliwe drażnienie, mogące w przeciwnym razie stać się dla całej dłoni niebezpiecznym.

Kol. K w a s n i c k i przytacza przy tój sposobności wypadek pewnej polskiej damy, która przyjechawszy do Paryża, uległa złamaniu obu kości goleniowych z potrzaskaniem końców złamanych, przedarciem skóry i mocnym wynaczynieniem krwi. Przeniesioną została do kliniki prof. N é l a t o n'a, który zbadawszy stan rany, radził ze względu na tak niebezpieczne powikłania natychmiastowe odjęcie goleni. Chora nie zgodziła się na to i opuściła klinikę; opiekujący się nią lekarz, zastosował ciągłe irrygacye wodą zimną, pod wpływem czego, zapalenie i obrzmienie zeszło, zniszczone części miękkie i kawałki kości z ropą odeszły, a po ułożeniu nogi w przyrządzie unieruchamiającym, od-

łamki zrosły się i noga po 4-ch. miesiącach zupełnie wyleczoną została, tak iż w krótkim czasie potem pacjentka z łatwością i bez pomocy kuli chodzić była w stanie.

Sprawozdawca

Dr. W. S t a n k i e w i c z.

ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIET I DZIECI

Posiedzenie 52, d. 10 Listopada 1868 r.

Obecnych członków 4. Przewodniczący kol. K o n i t z.

Z powodu nieobecności S e k r e t a r z a, protokół poprzedzającego posiedzenia nie odczytano.

Kol. A p t e, opowiada przebieg porodu twarzowego u osoby po raz 7 rodzącej, szczęśliwie dla matki i dziecka zakończony. Bóle porodowe rozpoczęły się o 4ej rano; o god. 7ej rano, kolega znalazł otwór ust macicznych więcej niż na cal, błony nie naruszone. Podczas nieobecności bólów mógł wyczuć brzęcodołu i z prawej strony matki, grzbiet nosa dziecięcia, w kierunku pierwszego wymiaru przekątnego miednicy (1 położenie). Po pełnięciu pęcherza można było lepiej rozeznać czoło zwrócone ku prawemu spojeniu biodrowo-krzyżowemu a bródkę zwróconą ku lewej kości łonowej matki. Przy obszernej budowie miednicy rodzącej, miękkości, podatności i obszerności drogi porodowej u rodzącej znaniej koleдке z poprzednich szybkich porodów, wskazane było bierne zachowanie się. Rzeczywiście, przy bólach coraz mocniejszych, dziecie wykonywając zwroty prawidłowe przyszło na świat około god. 2 z południa. Zwraca kolega uwagę, na to że w praktyce należy zawsze, po przekonaniu się o położeniu twarzowym, uprzedzić rodzącą i otaczających, że dziecie uro-

dzione mieć będzie twarz nabrzmiąłą, nawet siną, inaczéj łatwo przypisywano by podobne zmiany ślédzeniom wewnętrznym.

Z chorób dziecinnych kolega widuje ospę, szkarlatynę, nie gwałtowną, widział téż jeden wypadek zapalenia kiszek i otrzewnej, u dziecka 5 lat mającego, śmiercią zakończony.

Kol. D u d r e w i e z opowiada o dziecku 1½ roku mającém, które od lata r. b. często cierpiało na katar kiszek, i z tego powodu znacznie wychudło, i które w końcu zachorowało na noma warg sromnych większych, ze stwardnieniem części przyległych, zakończone w ciągu 5 dni śmiercią.

Kol. A p t e, w ciągu lata podczas najsilnieéj panującéj epidemii tyfusu, widział u dziewczynki 12-letnieéj po przebytych tyfusie, noma warg wstydlivych z nabrzmieniem flegmoniczném części przyległych, zakończone zgorzelą i śmiercią.

Kol. K i n d e r f r e u n d noma części rodnych nie widział, ale już nieraz napotykał proces błonicowy na wargach sromnych u dzieci w przebiegu tyfusu i przy niszczących rozwołnieniach.

Kol. K o n i t z wspomina o wydarzonych w praktyce ważnych i groźnych wypadkach chorób połogowych. U jednéj pierwiastki, w 5 dni po odbytych połogu, znalazł kolega zjawiska *Endometritis septica* z dreszczami. Przy wewnętrznym ślédzeniu okazało się, że jama macicy nie jest opróźnioną i rzeczywiście udało mu się wyjąć kawał łożyska. Przy dalszém stosowném leczeniu, przystąpiło jednak *metrophlebitis* z metastazami w różnych miejscach, w łydkach, płucach, i osierdziu. Chora jednak wyzdrowiała.

U innéj pierwiastki na drugi dzień po szczęśliwym porodzie przystąpiły dreszcze z gorączką i potami, wraz z zapaleniem żył macicy. Następnie rozwinął się zaskrzep w prawéj żyłce udowéj, potem w lewéj. Chora wyzdrowiała.

U trzeciéj choréj po porodzie nastąpiło rozdarcie międzykrocza w 2/3 częściach, poczém nastąpiła zgorzel z owrzodzeniem naddartych części wraz z zapaleniem błony śluzowéj macicy. Chora zostaje w leczeniu i jest nadzieja że utrzymaną zostanie przy życiu.

Kolega wiele polega na stosowném postępowaniu lekarskiem. Radzi po długotrwałym porodzie zadawać w małych do-

zacń *secale*, i częste injekcyę robić. Jeżeli jest skłonna do septycaemii to zastrzykuje roztwór *kali hypermanganici*; przy krwawieniu, radzi dwa razy dziennie zastrzykiwać do jamy macicy roztwór *acid. tannici*.

Począłem wszczęła się dyskusya o leczeniu krwawień macicznych, wstrzykiwaniem do wnętrza macicy, przyczem zgodzono się na to, że aby nie obawiać się złych następstw trzeba zasprycowywać tak aby płyn miał łatwy odpływ i żeby płyn zastrzyknięty nie był zimny, co zresztą zgadza się z pojęciami Dra Winklera z Rostok który o tém obszerniej swe uwagi w Deutsche Klinik umieścił.

Sprawozdawca

Dr. A p t e.

Posiedzenie 53, d. 12 Stycznia 1869 r.

Przewodniczący kol. K o n i t z.

Według zwyczaju odbyć się miały wybory nowych urzędników oddziału, lecz skutkiem braku dostatecznej liczby członków wybory odroczone do następnego posiedzenia.

Kol. K o n i t z mówi o metodzie *S a v a g e s*, wstrzymywania krwotoków macicznych za pomocą nalewki jodowej, zaręczono czy one są podtrzymywane przyczyną mechaniczną (*np. polipami*), czy też z niedokładnego skurczu macicy *np. po przebytych porodach lub poronieniach*.

Następnie kol. przewodniczący przedstawił gąbkę prasowaną wiedeńską, która w stanie w jakim ją otrzymuje z za granicy nie ma więcej nad 1½ do 2 linii grubości. Gąbka ta pęcznieje nader szybko i powiększa blisko w trójnasób swoją objętość, skutkiem tego nie naraża się choréj na przykrość jaką

sprawia pozostające ciało obce, które nasiąkając płynami z macicy wydzielającemi się, przyczynia się do nader przykrzej woni wyziewu. Nakoniec nigdy się nie wysuwa, raz już wprowadzona. Nadmieniam wszakże kol. Konitz że gąbka taka musi być bardzo zręcznie i prędko wprowadzoną. W końcu wspomina, że częstokroć wystarczało mu wprowadzanie samej gąbki do macicy, często powtarzane dla zupełnego uleczenia chorych z chronicznego kataru macicznego.

Przekłada też kol. przewodniczący użycie tego rodzaju gąbki nad laminarię lub korzeń gentiany, gdyż pierwsza wysuwa się, druga skutkiem kruchości, dużo wymaga zachodu przy zastosowaniu, wreszcie, że laminaria powoduje wydzielanie się cuchnących odchodów, skutkiem długiego czasu jakiego wymaga dla napęcznienia, gdy zaś gentiana tylko w dwójnasób pęcznieje.

Gąbka którą kol. przewodniczący przedstawia wrzucona do wody, w niespełna minut parę napęczniała jak najdokładniej i przeszło sześć razy zyskała na objętości.

Kol. Bruner opowiedział o przypadku krwotoku, który w trzy tygodnie po przebytych poronieniu nastąpił skutkiem zdaje się zbyt wielkiej fetygi chorąg.

Poronienie miało miejsce w końcu drugiego miesiąca ciąży, poprzedzone przeszło dwa tygodnie trwającym krwawieniem. Krwotok podczas poronienia był niesłychanie silnym, pomimo że kobieta była zdrową i dobrze zbudowaną, usta maciczne mocno rozszerzone lecz bólów brakowało zupełnie. Podane proszki sporyszu 10 granowe co pół godziny w liczbie około 20 nieprowadziły bólów, krwotok stawał się coraz groźniejszym. Po 20 proszku dopiero jaje płodowe ukazało się w ustach macicznych, gdy chora dostała silnych wymiołów, poczem natychmiast po uciśnięciu macicy przez ściany brzuszne, jaje płodowe zupełnie całe zostało wydobyte palcami wprowadzonymi do ust macicznych. W trzy tygodnie potem znów objawiło się krwawienie coraz silniejsze, krwotok objawił się większy niż w czasie poronienia, chora prawie że się w krwi kąpała, usta maciczne znalezione zostały otwarte jak przy poronieniu, otwór ust macicznych mógł swobodnie trzy palce obok siebie ułożone pomieścić. Po-

mimo podanego sporyszu i kwasów, zimnych okładów na brzuch, szprycowań z zimnej wody, krwotoku niepodobna było zatamować, dopiero zaszprycowanie roztworu chlorniku żelaza krwotok zatrzymało. Na drugi dzień powtórnie to szprycowanie należało powtórzyć gdyż znów chora obficie krwawić zaczęła. Po tém szprycowaniu chora powoli przyszła do zdrowia a macica do swojej prawidłowej wielkości.

Kol. K o n i t z powiada, że właśnie w tym wypadku zastosowane szprycowanie jodowe dobry by sprowadziło skutek, lecz zwraca uwagę na to aby powietrze ze szpryki zupełnie wydalić i nie używać więcej nad 1 drachmę nalewki jodowej na jedno zaszprycowanie do macicy, płyn używany powinien być letni. Krwawienie zwykle po dobrze i wolno dokonaniem szprycowania jodu ustaje natychmiast i żadnej nie ma reakcyi po jego zastosowaniu.

Sprawozdawca

M i k. B r u n e r.

Posiedzenie 54, d. 9 Lutego 1869 r.

Obecnych członków 7.

Przewodniczący kol. K o n i t z.

Na tym posiedzeniu przystąpiono do wyborów, wybrani zostali.

Przewodniczącym kol. K o n i t z.

Zastępcą Przewodniczącego kol. D u d r e w i c z.

Sprawozdawca B a r t o s z e w i c z.

Po tém nastąpiła dyskusya w dalszym ciągu o nastrzykiwaniach do jamy macicy rozmaitych środków leczniczych a szczególnie nastoju jodowego, jako krew tamującego środka, osobliwie przy włókniakach i innych naroślach.

Kol. K o n i t z także jak i na przeszłym posiedzeniu dowo-

dził iż używa tego środka z dobrym skutkiem i bez żadnych złych następstw.

Kol. C h w a t także używał tego środka, jednakowoż po każdym nastrzyknięciu, chora doznawała tak silnych bólów i przez tak długi przeciąg czasu, chociaż krwawienie rzeczywiście zostało zatrzymaném; nieprzyjemne jednak następstwa przy nastrzykiwaniach jodyny zmusiły go do ostrożnego użycia pomienionego środka.

Kol. T y r c h o w s k i. Użycie rozmaitych nastrzykiwań do jamy macicy, rekomendowano w rozmaitych chorobach dość dawno; nie można powiedzieć, który z tych środków sprowadza jeśli nie zapalenie macicy, to przynajmniej colicam. Widzimy bowiem że użycie silnego roztworu saletranu srebra a nawet przyżeganie tym środkiem *in substantia* nie sprowadza żadnych dolegliwości, tymczasem kiedy bardzo często nastrzyknięcie naparu rumianku było przyczyną tak dotkliwych bólów, że chora przez parę godzin znajdowała się w męczarniach. Radzi więc ażeby użycie w ogóle nastrzykiwań do jamy macicy było dokonywane z wielką ostrożnością i tylko w domu chorój.

Kol. T y r c h o w s k i opowiada o przykrych następstwach porodu u kobiety, która rodziła w Instytucie położniczym przed kilku miesiącami, przebieg porodu był powolny, przez dni pięć położnica czuła się dobrze i dopiero w dniu szóstym okazały się dreszcze, gorączka, odpływ z pochwy cuchnący a wkrótce i mocz zaczął mimowoli odpływać. Przy bliższém badaniu (po upływie kilkunastu dni) przekonano się o zniszczeniu na znacznej przezstrzeni ściany pochwo-pęcherzowej, a ztąd o utworzeniu się przetoki takiej obszerności, że niepodobna było przedsiębrać wskazanej operacyi. Po pięciu tygodniach Dr. Rogowicz wykonał okrwawienie i zeszytanie otworu sromnego, które powiodło się o tyle, że chora mogła mocz zatrzymać mianowicie w położeniu leżącym. Obecnie zamiarem jest przygotować przyrząd, któryby był w stanie przez chwilowe ściśnięcie otworu cewki moczowej, mimowolne oddawanie mocz u powstrzymać. Chorę tę spodziewa się wkrótce przedstawić na posiedzeniu oddziału położnictwa.

Kol. K o n i t z donosi o pomyślnym ukończeniu porodu za

pomocą metody Kristellera przez wytlóczenie płodu (*Expressio foetus*), która jak wiadomo polega na tém, że lekarz stojąc obok rodzącej leżącej równo na wznak na łóżku, stara się przedewszystkiém odosobnić macicę i ustawić ją w kierunku osi wchodu miednicy. Następnie obejmuje macicę obiema suchymi rękami w równej wysokości tak, że brzegi małych palców skierowane są ku miednicy, dłonie są na dnie albo téż po bokach górnej połowy organu, palce wielkie na przedniej a nie bardzo od siebie oddalonymi innymi palcami stara się dostać jak najdalej do tylnej powierzchni macicy. Ściany brzuszne pocierają się łagodnie o macicę a rękami będącymi ciągle w téjże samej pozycji wykonywa się najprzód lekki nacisk, później coraz silniejszy, utrzymując go jakiś czas w tym samym stopniu, i wreszcie zmniejszając go stopniowo. Jeżeli ujście maciczne nie otwarte nad 5 centymetrów w średnicy a przytém nie bardzo podatne, więcéj bocznych kompressyi robić należy. Im więcéj otwarte i zwolniałe ujście, tém skuteczniejsze są naciskania dna. Nacisk trwa 5—8 sekund, a pauza $\frac{1}{2}$ —1—3 minut, stosownie do przypadku, peryodu porodu i stopnia drażliwości rodzącej. Kompressye powtarzać należy 10—20—40 razy. W ciężkich przypadkach robi się po 10—15 kompressyach, pauzę trwającą 10—15 minut. Czasem wystarczają nieliczne kompressye do ukończenia porodu leniwego, nie robiącego przez kilka godzin żadnego postępu. Gdzie zaś 20—30 naciskau nie wykazują żadnego skutku, tam metoda nie na miejscu. Pierwszy przypadek przy którym kol. K o n i t z, zastosował powyższą metodę jest następujący:

Będąc na wsi u chorego dziecka, udał się na wezwanie do pierwiastki u której wieczorem dnia poprzedniego pierwsze się objawiły bóle, a zrana przy dostatecznie otwartém ujściu macicznym, odeszły wody płodowe. Poprzedzająca główka posuwała się tylko zwolna przy słabém kurczeniu macicy, a kiedy rodzącą widział około godziny 6ej wieczorem, bólów wcale nie było: główka w położeniu pierwszym blisko wchodu miednicy, bicia serca płodu po stronie lewej, rodząca wycieńczona. Nie mając kleszczy ani innych środków pod ręką i kiedy ponowione pocierania brzucha bezskuteczne się okazały, wykonał obiema rękami 8 kompressyi dua macicy wedle powyższej metody, po których

urodziło się dziecko żywe; międzykrocze prawie nieuszkodzone. W kwadrans po urodzeniu się dziecka, wyszło miejsce po zastosowaniu expressyi Crédego za pomocą jednej ręki.

Wytłoczenie miejsca (*Expressio placentae*) Crédego, wytłoczenie płodu (*Expressio foetus*) Kristellera racjonalnie pomagają czynnym bólowi, wzmacniają ich działanie jeśli są za słabe, zastępują bóle przez jednostajne działanie nacisku za pomocą rąk. Kristeller wytłacza zatem płód w taki sposób jak sama natura działa, kiedy tymczasem kleszcze lub ręka nasza nie przez nacisk ale przez ściąganie działają, niszcząc kształt ovoidu. Do roku 1867 wykonał Kristeller expressyą na 4 pierwiastkach i 15 mnogorodzących 19 razy; 14 razy samo tylko wytłoczenie, 5 razy jednocześnie z innymi metodami. Co do położenia płodu, było 6 pośladkowych, 12 czaszkowych, z tych 1 po obrocie skutkiem położenia poprzecznego, 1 zaśniad. Wszystkie matki zdrowe, dzieci również żywe, z wyjątkiem 3 przed urodzeniem obumarłych. Oprócz tego wykonano w Berlinie do owej daty, 4 razy expressyą z dobrym skutkiem.

Crédé donosi że w swoim instytucie w Lipsku wielką już liczbę expressyi zrobił z rezultatem najlepszym. Dla bliższego zapoznania się z tą metodą odsyłamy czytelnika do pięknej i obszerniej pracy Kristellera podanej w *Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Berlin 1867, Band 29 Seite 337.*

Na tém posiedzenie ukończono.

Dr. Bartoszewicz.

PRACE ORYGINALNE

O leczeniu obłąkanych

BEZ UŻYCIA ŚRODKÓW KRĘPUJĄCYCH

(NO-RESTRAINT-SYSTEM)

NAPISAŁ

Stanisław Chomętowski.

Lekarz ordyn. w szpitalu obłąkanych Ś. Jana Bożego w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Zeszyt Grudniowy z 1868 r.)

„—wer über solche praktische Einrichtungen nach Sopha-Studien urtheilen will, dessen Stimme, und möge sie noch so laut abgegeben werden, ist nicht zu achten.

GRIESINGER.

Zanim przystąpimy do skreślenia głównych zarzutów, jakie przeciwnicy leczenia obłąkanych, bez użycia środków krępujących stawiają temu postępowaniu, nie możemy się powstrzymać ażeby nie przytoczyć okoliczności dowodzącej do jak dziwnych rezultatów doszli niektórzy lekarze angielscy, usiłując nadać obłąkanym bezwzględną swobodę. W Archiwie G r i e s i n g e r a ⁽¹⁾, najgorętszego jak wiadomo zwolennika No-restraint w Niemczech, znajdujemy opis szczególniejszego pomysłu Dra Sheppard, Superintendenta męskiego oddziału obłąkanych w zakładzie Colney Hatch w Anglii. Doktor ten w kwietniowym zeszycie za rok 1867, czasopisma *Journal of Mental Science* zaleca dziwaczny sposób postępowania z chorymi umysłowo rozdrażnionymi, którzy się co chwila rozbierają lub drą i niszczą na sobie ubranie i pościel. Sądzi on że skóra u tego rodzaju obłąkanych jest szczególniej drażliwą i czułą, a temperatura takowej

(¹) Patrz Archiw für Psychiatrie und Nerwenkrankheiten: Berlin 1868 1 Band. 1 Heft. str. 234 — 236.

podwyższoną, z tego powodu mniema że odzież dla takich chorych jest udręczeniem i niesłusznie zmuszają ich do chodzenia w ubraniu. Dla tego też Dr Sheppard daje cńorym swoim zupełną swobodę i pozwala im rozbierać się do stanu zupełnej nagości. Ta bezwarunkowa wszakże swoboda połączona z wielką dla zakładu oszczędnością nie podobała się Władzy Nadzorczej, czyli tak zwanemu Komitećowi inspekcyjnemu (*Committee of Visitors*), który udzielił Dr S. stanowczą naganę. Pomimo tego w kilka miesięcy po otrzymaniu owego napomnienia widział Griesinger zwiedzając *Colney Hatch* kilku chorych rozdrażnionych, którzy bądź siedzieli zupełnie nago w komórkach wyściełanych materacami, bądź leżeli na łózkach, bez koszuli, jedną tylko kołdrą okryci. Ci ostatni należeli do rzędu niespokojnych paralityków. Naturalnie że Griesinger stanowczo gani podobną jak nazywa wybujałość angielskiego *No-restraint*, ileż wszakże podobnych nadużyć dotąd nie publikowanych na stałym lądzie dzieć się może, skutkiem usiłowań nadania bezwarunkowej swobody obłąkanym.

Zanim przystąpię do przedstawienia zarzutów czynionych zwolennikom *No-restraint*, muszę jeszcze wspomnieć słówko o stanowisku w tej kwestyi Griesingera, przedwcześnie w roku zeszłym dla nauki zgąsłego. Griesinger, pomimo znakomitego stanowiska jakie mu opinia powszechna przyznała w dziedzinie chorób nerwowych., mimo wybornego podręcznika traktującego o psychiatrii, jaki po raz pierwszy w roku 1845 wydał, przez lat dwadzieścia uczynił zupełny prawie z praktyczną psychiatrią rozbrat, wykładając kolejno klinikę chorób wewnętrznych w Kieł, Kairze, Tübingen i Zurichu. Tymczasem praktyczna strona nauki o chorobach umysłowych tak w Niemczech jak i we Francyi, Szwajcaryi i Hollaudyi szybkim krokiem postępowała naprzód. Nowe zakłady powstawały, przedstawiając coraz większe udoskonalenia w swoim wewnętrznym i zewnętrznym urządzeniu. Temu ruchowi postępowemu w administracyi zakładów dla obłąkanych, w ich budowie i zarządzie, sposobie wreszcie posępowania z choremi, pozostał Griesinger zupełnie obcym. Gdy więc po przyjęciu katedry psychiatrii w Berlinie, (którą poprzednio Solbrigowi z Monachium

ofiarowywano, ale ten odmówił), G r i e s i n g e r przybył do tego miasta zaczął wypowiadać tak na prelekeyach, jak w towarzystwie miejscowym medyko-psychologicznym, którego był założycielem i w Archiwie przez siebie wydawanem, nowe jakoby projekta reformy w psychiatrii. Myśli wypowiedziane wszakże przez G r i e s i n g e r a wcale nie okazały się noweni. Jedne z nich jak założenie psychiatrycznych klinik po uniwersytetach, stanowiły oddawna życzenie wszystkich lekarzy poświęcających się chorobom umysłowym, inne znowu jak zaprowadzenie No-restraint-System i opieki tak nazwanej familijnej nad obłąkanymi (*Familiale Verpflegung*), okazały się w części tylko możliwemi do urzeczywistnienia. Ostatni wreszcie Griesingerowski pomysł był rzeczywiście przez niego wyłącznie stworzony, ale znalazł ogólne nieuznanie. G r i e s i n g e r proponował zarzucenie dzisiejszych zakładów dla obłąkanych, pozostawienie w nich zresztą tylko chorych nieuleczalnych czyli na opiece będących, a dla chorych dających nadzieję wyleczenia każdy szpital zwyczajny, a nawet każdy dom mieszkalny, jakiegokolwiek bądź budowy, uważa za dostateczny zakład (Stadt-Asyl). Przeciw temu projektowi wystąpili w opozycji wszyscy prawie psychiatrzy niemieccy. Po stronie G r i e s i n g e r a pozostał tylko z więćej znanych osobistości Baron Mundy z Wiednia i L. Mayer z Göttingen. Skutkiem wywiązanego ztąd sporu rozpoczęły się pojawiać rozmaite polemiczne rozprawy. Ze strony G r i e s i n g e r a w obronie jego reform pojawiły się dwa główne artykuły: w Archiwie wspomniany już powyżej: *O swobodnem leczeniu czyli raczej o leczeniu na swobodzie* (Die freie Behandlung) (1) i w oddzielnej broszurze noszącej tytuł: *Przyczynek do znajomości dzisiejszej psychiatrii w Niemczech* (2), której rozdział jeden poświęcony jest obronie systematu No-restraint (str. 31 do 38). Pomijamy obie te prace, gdyż musielibyśmy powtarzać w treści to co powyżej już mówiliśmy, kreśląc zasady na których się opiera leczenie obłąkanych bez użycia środków krępują-

(1) Patrz Archiv für Psychiatrie etc. 1 Band 2 Heft Berlin 1868. s. 237 do 248.

(2) Zur Kenntniss der heutigen Psychiatrie in Deutschland von Dr. W. Griesinger. Leipzig 1868.

cych. Zresztą autorzy do których się G r i e s i n g e r odwołuje są ci sami z których prac korzystałem również przy wzmiankowanym opisie, to jest C o n o l l y, B r o s i u s, M o r e l i S a n k e y. Przeciw bezwarunkowemu zastosowaniu No-restraint oświadczyli się wszyscy prawie psychiatrzy niemieccy; przeciw G r i e s i n g e r o w i wystąpili tak zasłużeni mężowie jak: L e i d e s d o r f, D a m e r o w, F l e m i n g, L a e h r i B r o s i u s. Ten ostatni (Dyrektor zakładu dla obłąkanych w Bendorf pod Coblentz) niegdyś tłumacz dzieła C o n o l l y 'e g o i gorący zwolennik jego zasad, po dwunastoletnich usiłowaniach mających na celu zupełne zarzucenie środków krępujących przekonał się o niemożliwości przeprowadzenia w praktyce rzeczzonego systematu i wystąpił w gronie przeciwników G r i e s i n g e r a. Wszystkie zarzuty dopiero co wspomnianych autorów, jako też i własne, streścił doskonale H. L a e h r, Dyrektor zakładu wzorowego dla obłąkanych kobiet i główny redaktor najpoważniejszego w psychiatrii organu, jakim jest bezwątpienia *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Zarzuty te wymienił w oddzielnej broszurze, noszącej tytuł *Nie postęp lecz wsteczność* (1), z której wyjmujemy następujące ustępy (str. 38 do 48). L a e h r zarzuca nielogiczność samym nazwom: *No-restraint* i *restraint-system*, jak gdyby zwolennicy drugiej metody postępowania leczyli chorych swoich wyłącznym tylko użyciem środków krępujących, a pierwszj nigdy takowych nie używali. Tymczasem jak wiadomo środki krępujące używają się w pewnych tylko, nader wyjątkowych razach.

Anglia pierwsza zaprowadziła zniesienie środków krępujących. Główny twórca téj metody, C o n o l l y, był wprawdzie lekarzem pełnym najszlachetniejszych dążeń, ale prowadził żywot niezmiernie zmienny; wiele bardzo pisał, nigdzie jednak nie mógł dłużej na miejscu usiedzieć. Objął dyrekcją lekarską zakładu w Hanwell, jednego z największych w Wielkiej Brytanii, nie będąc według pojęć niemieckich należycie przygotowanym

(1) Patrz: Fortschritt? Rückschritt! Reform-Ideen des Herrn Geh. Rathes Prof. Dr. Griesinger in Berlin auf dem Gebiete der Irrenheilkunde beleucht'et von Dr. Heinrich Laehr, Berlin 1868 L. Oehmigke's Verlag Fr. Appellius, str. VI i 88.

do spełniania tych obowiązków. Po dwumiesięcznym pobycie już zadekretował stanowcze zarzucenie środków mechanicznych przy leczeniu obłąkanych. Cztery lata tylko zarządzał instytutem, poczem porzucił go na zawsze. W Anglii gdzie z jednej strony działały się krzyżące po zakładach nadużycia, a z drugiej opinia publiczna występuje jako potęga której wszystko ulegać musi, póżorna ludzkość nowego systematu wywołała niezwykły entuzjazm. Odbywały się liczne mitingi, na których publicznie występowali C o n o l l y i M i l l, zbierając wawrzyny w postaci dyplomów na honorowe obywatelstwo różnych miast i gmin oraz kosztownych podarunków. Wkrótce potem zwierzchnicy zakładów, którymi byli nie lekarze, uwalniali ze służby lekarzy, którzy natychmiast w oddziałach swoich nie znieśli wszelkich środków krępujących, lub znieść takowych w krótkim czasie nie przyrzekli. W ostatnich czasach jednak nawet w Anglii samej nastąpiła reakcja przeciw owemu przymusowemu wprowadzaniu No-restraint.

W Niemczech był wpływ tego nowego systemu nie wielki, a to z powodu że lekarze mieli tam daleko więcej niezawisłe stanowisko, same zakłady były mniejsze i tym sposobem mieszkający w nich chorzy i zdrowi łatwiej ulegali nadzorowi; nadto chorzy byli daleko staranniej leczeni gdyż liczba lekarzy była stosunkowo daleko większa niż w angielskich zakładach. Wreszcie na czele zakładów stali w Niemczech dyrektorowie, lekarze, stąd mogli oni wszelkim nadużyciom łatwiej zapobiedz. Opinia też publiczna w Niemczech nie zachwyca się tak łatwo pierwszą lepszą nowostką, a na czele zakładów stali lekarze posiadający zaufanie tak władz rządowych, jako też współkolegów i publiczności, stąd też nie popadali oni w złą opinię, chociaż używali czasami środków ochronnych ('). Walkę o przeprowadzenie w Niemczech

(') Pamiętam że jeszcze przed laty pięciu, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Wiedniu Dr. R i e d e l, nigdy nie pozwalał nam na wizytach podczas lekcyi klinicznych odbywanych, używać nazwy kaftan krępujący (Zwangs-Jacke), lecz tylko kaftan ochrony (Schutz-Jacke), gdyż nie krępować, ale ochraniać nam od wypadku winiśmy chorego (Przypisek autora).

systematu No-restraint rozpoczął dopiero Griesinger. Berliński profesor powiada że napady gwałtownego obłąkania znikły po zakładach w których wyrzucono z użycia kaftan ochronny, który on kaftanem krępującym nazywa.

Zdaniu temu przeciwstawia Laehr zdanie niemniej znakomitęj powagi naukowej, jakim był professor Schroeder van der Kolk, który przy użyciu krzesła krępującego (w dziele swoim p. t. *Die Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten*. 1863. str. 77) mówi: „W zakładzie Utrechtskim bardzo rzadko widzimy obłąkanych gwałtownych, ponieważ przez użycie krzesła krępującego zawsze nam się udaje, gwałtowność chorego uspokoić”.

Zdaniu temu, pawiada Laehr, także nie można poakiwać, gdyż użycie środka krępującego czyli ochronnego nie wskazane jest jedynie przez napad gwałtowności w postępowaniu chorego z otaczającymi, ale zależy wyłącznie od indywidualności pacjenta, jeżeli tenże w łagodnem postępowaniu uspokoić się nie da jako też od miejscowości wśród której tenże pozostaje. Dalej powiada, że byłoby bezporównania korzystniej pod względem naukowym zamiast ślepego naśladownictwa metody angielskiej, oznaczenie warunków wśród których użycie środków mechanicznych może być pomocnem dla chorego lub też wykazanie szkodliwości, i bezużyteczności rzeczonych środków. Zdarza się nieraz że lekarz zostaje przywołanym do chorego, który niszczy otaczające go przedmioty, rzuca się na ludzi, dopuszczając się gwałtów rozmaitego rodzaju, czasami nawet morderstwa i bezustannie naraża bezpieczeństwo tak swoje własne jako też i innych osób. Czyż lekarz przybyły do mieszkania chorego nie ma obowiązku powstrzymania, choćby tymczasowo gwałtownego napadu szalu, przez nałożenie kaftana ochronnego. Lecz zwoleńnicy no-restraint odpowiedzą może na to, że tylko w zakładach dla obłąkanych należy zarzucić wszelkie środki mechaniczne krępujące. W każdym razie metoda ich w ogóle wzięta, nie da się przeprowadzić bezwzględnie i na każdym miejscu. Ale idźmy dalej. W zakładzie znajduje się chory niezamożny, który bądź w skutek chorobliwych popędów, bądź w skutek omamów i złudzeń zmysłowych, wybija szyby w oknach, drze pościel i ubra-

nie, zrobione nawet z materyi z trudnością rozedrzeć się dającą i ściśle przystającą do ciała, rozbija wreszcie naczynia stołowe i kaleczy niemi służących i drugich chorych. Czyż gmina która za takiego chorego opłaca koszta kuracyjne ma ponosić podwójny lub potrójny wydatek, mogący się obrócić na utrzymanie paru innych chorych, dla tego tylko ażeby zasada została utrzymana i zarząd zakładu mógł powiedzieć, że leczy bez środków krępujących?

Zdarzają się więc wypalki gdzie już sam wzgląd na stosunki finansowe zakładu usprawiedliwia użycie kaftana ochronnego, jeżeli wszelkie inne środki zwalczenia dopiero co wspomnionego stanu psychicznego okazały się bezskutecznymi. Lecz niekiedy środki mechaniczne ochronne przyczyniają się do wyleczenia a nawet do ocalenia życia chorego. Doktor Laehr objaśnia to na przykładach. Dajmy na to, że mamy w zakładzie obłąkanego w stanie ciągłej niespokojności, chodzącego bezustannie dniem i nocą z miejsca na miejsce, nie doznającego chwili spoczynku aby mózdz przyjąć pożywienie, wycieńczonego, schudzonego, a który mimo to ani na chwilę nie chce się położyć. W takim stanie rzeczy kładzie się go na łóżku, nakłada kaftan, poczem następuje sen i chory jest uratowany od grożącej śmierci lub popadnięcia w stan niewyleczalny.

Inny znowu chory cierpi na obłądny pomysł że każda potrawa którą spożywa, zamienia mu się na węże w żołądku, czuje najsilniejszy głód, ale nie śmie jeść z obawy, w przeciągu dni kilku nie już do ust nie włożył, czyż mu pożywienie mimo jego woli nie ma być podawaném; a przy takim przymusowém karmieniu znowu zachodzi potrzeba użycia kaftana.

Pewna chora w zakładzie Dra L a e h r a, wątłej budowy ciała, mocno osłabiona, pochodząca z rodziny której kilku członków umarło już na suchoty płucne, podczas chwilowej nieprzytomności i niespokojności, uderzała się z całej siły pięścią o klatkę piersiową. Żadne środki nie są w stanie powstrzymać ją od zadawanych sobie razów. Dopiero nałożenie kaftana krępującego na krótki tylko czas, zabezpieczył chorą od wpływów szkodliwych dla dalszego stanu jęj zdrowia. Inny znowu chory, rzucił się i bił w napadzie nieprzytomności, wszystkich otaczających

i to w sposób niesłychanie gwałtowny. Umieszczają go w odosobnionym pokoiku (Isolir-Zelle) lecz i tam rzuca się i bije z całą siłą swoich dozorców, których opieki niezbędnie wymaga. Gdy nawet kilku ludzi na raz wejdzie do niego, to uderza i kalecty bezwiednie pierwszego lepszego. Czyż w takim razie użycie kaftana jest zbyt skuteczne?

Pewna wreszcie młoda dziewczyna z uczciwego domu, dostawszy napadu rozdrażnienia psychicznego poczęła obrażać się, podarłszy suknie na sobie, włosy smarowała własnym kałem. Czyż nie należało ją zabezpieczyć przez nałożenie kaftana ochronnego, od smutnych przypomnień, jakichby doznawała po powrocie do zdrowia, o wypadkach jakie się jej wydarzyły w czasie pobytu w zakładzie? Na szczęście powiada dalej Dr. L a e h r, podobne do przytoczonych przykłady są rzadkie, nieraz przechodzą miesiące całe a chorzy w zakładach niedopuszczają się takich nadużyć. Dzieje się to jak na klinikach chirurgicznych, gdzie przychodzi czas że ciągle prawie mają miejsce ważne operacje chirurgiczne, gdy w innym czasie operacje takie rzadko tylko mają miejsce. Tak też i w zakładach dla obłąkanych dobrze urządzonych mijają tygodnie, a nawet i miesiące całe w których niema ani razu potrzeby uciekania się do kaftana; miejsce tegoż zastępują inne środki łagodne bądź moralne bądź czysto lekarskie. Następnie powiada Dr. L., że i w zakładach niemieckich robiono próby z wprowadzeniem No restraint. Zastosowanie jednak tej metody, zależnej od miejsca i okoliczności wpośród których chory się znajduje, nie mogło się ustalić mimo tych prób w części nawet zakładów niemieckich. Zresztą w Niemczech gdzie ilość lekarzy do liczby chorych była zawsze dość znaczną, gdzie lekarze przy zakładzie mieszkają i mają tym sposobem w każdym czasie kontrolować postępowanie służby z chorem, nadużycia z nakładaniem kaftana nie dzieją się tak łatwo jak w Anglii, gdzie mimo wiedzy lekarzy zakładowych, mających w oddziałach swoich bardzo znaczną liczbę chorych, służba na której opiece ciągle prawie ci ostatni pozostają, nieraz krępuje rozdrażnionych obłąkanych, pomimo wyraźnego zakazu. Liczne przykłady tego rodzaju przytacza Dr. L. Środki jednak krępujące czyli ochronne i w Niemczech z każdym dniem coraz

rzadziej bywają używane. Psychiatria naśladuje chirurgią operacyjną, która coraz więcej ustępuje miejsca chirurgii zachowawczej.

W końcu powiada Dr. L a e h r: „Jak z jednej strony nieraz cieszyłem się myślą, że dzisiejsza psychiatria zajęła poważne miejsce w gronie innych gałęzi wiedzy lekarskiej, tak z drugiej wstyd mi na czoło występuje, gdy muszę w obec świata lekarskiego stawać w obronie kaftana ochronnego, gdy przecież *wszyscy lekarze tak w czasie chorób ostrych, powikłanych psychicznymi zбочeniami, jakoteż w chorobach zewnętrznych, chirurgicznych, zmuszeni są do pozbawienia chorego wolności używania jednego lub kilku członków, i to zazwyczaj u chorych którzy posiadają cały zapas świadomości i w daleko przykrzejszy sposób i przez dłuższy czas utracają swobodę ruchów, aniżeli obłąkani chwilowo rozdrażnieni i najczęściej zupełnie bezprzytomni. Podnosi mię tylko w moim zawstydzeniu ta myśl, że przemawiam w obronie wolności wykonawstwa lekarskiego.* Pomijam wreszcie i tę okoliczność że chorzy zwykle z wdzięcznością najżywszą odpłacają lekarzowi wyprowadzenie ich z tak ciężkiej choroby, jaką jest każda umysłowa i najmniejszego nie mają nigdy żalu do lekarza, który im w chwili gwałtownego napadu szaleństwa włożył kaftan krępujący, jak operowany nie ma żalu do chirurga, który mu bolesną ale szczęśliwą wykonał operacyą. Zamiast więc bezwarunkowego zarzucenia kaftana ochronnego, uczmy się w jakich razach należy używać tegoż, ze względu na zdrowie i bezpieczeństwo tak samego chorego jak i otaczających go osób, *strzeżmy się nadewszystko od nadużyć*; nałożenie kaftana winno bowiem następować tylko w skutek wyraźnego polecenia lekarza. Służba mniej lub więcej wykształcona ma mieć surowo wzbronione wszelkie choćby najlżejsze krępowanie w czémkolwiek chorego.“ Tak mówi Dr. Laehr Przystępujemy w końcu do wypowiedzenia własnego zdania o metodzie leczenia chorych, bez użycia środków krępujących czyli o angielskim *No-restraint system*. Przedewszystkiem niech nam wolno będzie uwydatnić znaczną różnicę jaka zachodzi pomiędzy rzeczoną metodą postępowania lekarskiego, a leczeniem obłąkanych przez swobodę (*Freie Behandlung*) i syste-

mem kolonialnym na podobieństwo Gheel. Wszystkie te trzy pojęcia zupełnie od siebie odrębne pomieszał i biorą za jedno panowie D o b i e s z e w s k i i M a r k i e w i c z, w artykułach psychiatrycznych pomieszczonych w tutejszem czasopiśmie lekarskiem p. t. „Klinika,” (Patrz Dodatek do Kliniki z r. 1868 str. 410, Klinika z r. 1868 T. III Nr. 10, Nr. 10 Kliniki z r. 1869 str. 154 i Nr. 14 z bież. roku str. 215).

Panowie ci dowodzą tym sposobem, że im najgłówniejsze zasady dzisiejszej psychiatrii, o której pisze z taką stanowczością, są zupełnie nieznanne. Nie czynimy im z tego zarzutu, ale sądzimy że lepiej w takim razie nie pisać o przedmiocie który nie tylko jest znany wielu lekarzom, ale i słuchaczom medycyny, uczęszczającym na wykłady kliniczne profesora P l a s k o w s k i e g o w tutejszej Szkole Głównej. Zanim więc pan Dobieszewski wspaniałomyślnie otworzy szpalty swojej Kliniki dla dalszej polemiki Dr. R o t h e m u, niech sam raczy się przekonać że kolonizacya obłąkanych nie ma nic wspólnego z No-restraint system; że podobna kolonja jak w Gheel, używa po dziś dzień kajdan i innych środków krępujących i to najgorszego rodzaju, że zresztą kolonja rzeczona potępioną została bezwzględnie na rozprawach stowarzyszenia medyko-psychologicznego angielskiego w Edimburgu, w dniu 31 Lipca 1866 roku, (Patrz: Journal of Mentale science; zeszyt za kwartał 4 ty roku 1866. Annales Médico-Psychologiques 4-me série tom XI Paris 1868 str. 294 do 299). W rozprawach tych przyjmowali udział najgorętsi zwolennicy No-restraint system, a zarazem najznakomitsi z pomiędzy psychiatrów angielskich jak: T u k e, C r i c h t o n - B r o w n e, M a n d s l e y, W o o d, M o n r o, W e b s t e r, R o b e r t s o n i inni. Zgodzili się oni że sposób postępowania z choremi w Gheel, pozwalający na nadużycia środków krępujących wprost jest przeciwny zasadom przez nich wyznawanym a ogłoszonym niegdyś przez C o n o l l y e g o. Przedwcześnie wreszcie zgasły dla nauki prof. G r i e s i n g e r, którego miałem zaszczyt być uczniem, w roku 1865 niejednokrotnie nam powtarzał na lekcjach klinicznych, że dzisiejszy system kolonialny dla obłąkanych nie ma nic wspólnego z angielskim No-restraint; nieco bliżej zaś stoi do jego systemu *swobo-*

dnego leczenia (Freie Bechndlung), polegającego na pozostawieniu chorego obłąkanego (wypadków ostrych, świeżych) bądź w domu przy rodzinie własnej albo cudzej (Familiale Verpflegung) albo też pomieszczenie go w osobnym oddziale zwyczajnego szpitala miejskiego, w oddziale nie różniącym się w niczem od innych zwyczajnych oddziałów dla chorych zewnętrznych lub wewnętrznych (Stadt-Asyl). W obu razach zaleca bezwzględne stosowanie względem chorych metody angielskiej, które opisaliśmy. Co innego więc jest leczenie na swobodzie G r i e s i n g e r a, a co innego leczenie w *zakładach zamkniętych dla obłąkanych*, bez użycia środków krępujących, jak to ma miejsce w Anglii.

Celem mego zboczenia pozornego od kwestyi głównej którą rozbieram w artykule niniejszym, nie była prosta chęć polemizowania z p. D o b i e s z e w s k i m lub p. M a r k i e w i c z e m, których nieobeznanie się z psychiatrią połączone z tonem prawdziwie dyktatorskim, jakim przemawiają do adeptów tej nauki w naszym mieście, bynajmniej nie zasługuje na to aby im odpowiadano. Celem tego zboczenia rzeczywistym była chęć jaśniejszego wyłożenia mego własnego poglądu na system No-restraint. Trzy te metody postępowania; to jest: leczenie obłąkanych w zakładach zamkniętych bez użycia środków krępujących, pomieszczenie obłąkanych w koloniach, na podobieństwo Gheelu, a wreszcie leczenie na swobodzie G r i e s i n g e r a, dążą do udzielenia jak największego zasobu wolności obłąkanym. Zachodzi więc tylko kwestya, która z tych metod przynosi najwięcej korzyści, przy leczeniu chorych umysłowo cierpiących. Zdaniem naszym zmodyfikowane znacznie i połączone ściśłem ze sobą związkim dwa pierwsze sposoby postępowania, przedstawiają największą korzyść dla chorych, dostarczając im największy zasób *możliwej wolności*.

Rozumiemy pod dopiero co przytoczonym zdaniem, że ze wszystkich sposobów pielęgnowania chorych na umyśle cierpiących, najlepszym jest zakład zamknięty, wzorowo urządzony i połączony ściśle z kolonią rolniczą dla pewnej kategorii chorych, jednym słowem instytucya jaka zaproponowaną została dla tutejszego miasta przez Komitet w Warszawie zawiązany pod

prezydencją, przybyłego z Petersburga prof. Balińskiego, a ostatecznie i zaprojektowana w obszerniejszym niż poprzednio rozmiarze przez dzisiejszego Naczelnego lekarza warszawskich zakładów dla obłąkanych, Dra Rothego. W takim tylko zakładzie można środki krępujące czyli raczej ochronne sprowadzić do pewnego *minimum*, a z czasem nawet, w przyszłości mniej lub więcej od nas odległej, zupełnie usunąć.

Angielskie zakłady zasłużyły się dla nauki nie tyle bezwzględnie zastosowaniem systemu No-restraint, ile raczej rozmaitemi praktycznymi urządzeniami wewnętrznymi, które opisaliśmy w pierwszej części niniejszego artykułu. Urządzenia te przeniesione do zakładów stałego ładu Europy dozwoliły zredukować do *minimum* użycie środków mechanicznych ochronnych. Mijają tygodnie a nawet miesiące całe, w których chorzy chodzą zupełnie swobodnie w zakładzie dobrze urządzonym i kierowanym przez lekarzy specjalistów, wewnątrz zakładu przemieszkujących. Ten bezustanny prawie nadzór lekarski, rozciągnięty dniem i nocą nad wszystkimi częściami dobrze urządzonego zakładu, jest jednym z najważniejszych czynników urzeczywistnienia w przyszłości No-restraint. Systemat angielski zresztą w małych zakładach prywatnych, kosztownie urządzonych, odpowiednio wszelkim wymaganiom nowoczesnym, może być i dziś już w zupełności wykonany. W zakładach większych publicznych, gdzie liczba dozoruujących i lekarzy nie jest tak wielką w stosunku do chorych, jak w owych dopiero co wspomnianych prywatnych instytucjach, bezwzględne zaprowadzenie No-restraint okazało się bądź zupełnie niemożliwym, pomimo licznych prób dokonywanych we Francyi i Niemczech, bądź też doprowadziło do tak dalekich nadużyć, jakie mają miejsce w angielskich zakładach, o czém wspomnieliśmy już powyżej. Ciągłe ulepszenia dokonywane w tutejszym szpitalu obłąkanych św. Jana Bożego, jak urządzenie rozmaitych zajęć i rozrywek dla chorych, gimnastyka dla tychże, rozszerzenie gmachów szpitalnych, dozwala nam z każdym tygodniem coraz rzadziej używać środków mechanicznych ochronnych u chorych gwałtownych i nieprzytomnych. Użycie tych środków znacznie jeszcze zostanie ograniczone gdy

urządzoną zostanie komórka (Isolir-Zelle) co właśnie się dokonywa w tych czasach (w połowie Kwietnia b. r.)

Niemniej ważnym warunkiem sprowadzenia do *minimum* środków ochronnych u obłąkanych, jest zapobieżenie aby zakład nie był przepełniony choremi. Do tego celu jako najważniejszy środek posłuży przy nowym centralnym zakładzie pod Warszawą urządzenie kolonii rolniczej, w ścisłym związku z zakładem i pod jedną i tą samą z nim dyrekcją pozostającą. W kolonii takiej znaczna liczba chorych chronicznych, zupełnie spokojnych, lub przychodzących do zdrowia rekonwalescentów, będzie się mogła zajmować pracą ręczną na świeżem powietrzu, stawiając tym sposobem zakład w możności dostarczania wygodnego pomieszczenia dla chorych, którzy ze względu na stan zdrowia swego, wymagający bezustannej pieczy lekarskiej zmuszeni będą pozostawać w zakładzie zamkniętym.

W końcu nadmienić winniśmy, że pomysł G r i e s i n g e r a leczenia chorych na swobodzie nie jest bynajmniej nowym, dokonywa się on w kraju naszym od wieków na obszerną skalę, gdzie na przypuszczalną liczbę około 5,000 chorych (na ogół ludności Królestwa) zaledwie czterystu kilkudziesięciu znajduje pomieszczenie w zakładach Warszawskich i Lubelskim. Pozostali zaś leczą się lub też są tylko pielęgnowani w domach swoich rodzin. Chorzy tacy, z odległych miastowicie od Warszawy okolic przybywają do zakładów specjalnych częstokroć dopiero po usiłowaniu lub po dokonaniu jakiej zbrodni lub nadużycia ważniejszego, albowież gdy w domu w żaden sposób otaczający nie mogą z nimi dać sobie rady. Z uwagi też na stan powyższy Władze krajowe postanowiły urządzenie nowego, obszernego zakładu pod Warszawą.

Streściwszy więc nasze powyższe zdania, dadzą się wprowadzić następujące wnioski:

1) System angielski No-restraint, czyli leczenia chorych bez użycia środków krępujących, nie jest nowym; znany on jest od lat przeszło czterdziestu.

2) System ten wprowadzony oddawna w Anglii, przyczynił się do powstania rozmaitych ulepszeń wewnątrz zakładów dla

obłąkanych, które to ulepszenia pozwalają coraz bardziej zmniejszać użycie środków mechanicznych krępujących czyli ochronnych.

3) Bezwzględne zastosowanie metody angielskiej w więznych, publicznych zakładach, na stałym lądzie okazało się dotąd niemożliwym.

4) W zakładach prywatnych dla obłąkanych, wzorowo urządzonych dla niewielkiej bardzo liczby chorych, zaopatrzonych w liczną służbę lekarską i administracyjną, system No-restraint, łatwiej daje się zastosować.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

PRZYCZYNEK DO NAUKI O ZAPALENIU I ROPIENIU

NA ZASADZIE NAJNOWSZYCH BADAŃ.

przez

Dra E. Wenzel z Lipska.

PRZETŁUMACZYŁ

Dr W s z e b o r.

(*dalszy ciąg*).

W tym samym czasie kiedy *C o h n h e i m* powyższą pracą był zajęty, *H o f f m a n n* i *R e c k l i n g h a u s e n* robi także doświadczenia nad histogenezą ropy (*Med. Centr.-Bl.* 31. 1867). Doświadczenia ich były dwojakiego rodzaju; 1° na wyciętych podrażnionych lapisem rogówkach żaby i królika obserwowali powiększenie ilości ciałek ropnych pomimo odcięcia zupełnego od wszelkiej styczności z krwią; 2° wprowadzali cynober do krwi już to przez woreczki limfatyczne już to bezpośrednio przez naczynia krwionośne i wywołując jednocześnie zapalenie rogówki i błony migawkowej (*Nickhaut*) przekonali się o obecności komórek zawierających cynober w tkankach podrażnio-

nych. We wnioskach swoich prawdziwość objawu przenikania kulek białych przez ściany naczyń stwierdzają, lecz na zasadzie wypadków dodatnich pierwszych swoich doświadczeń utrzymują że część kulek ropnych pochodzi z komórek pierwotnie w tkance obecnych. Zdaniem C o h n h e i m 'a powiększenie ilości ciałek ropnych w rogówkach od organizmu oddzielonych, nie należy przypisywać nieruchomym komórkom tkanek a tylko komórkom wędrującym; zdanie to na zasadzie własnych doświadczeń uważał za prawdopodobne, nie zaś za stanowczo dowiedzione, i w każdym razie utrzymuje że zjawisko przenikania ma przeważający udział w zapaleniu ostrem ropiastem. Nadto H. i R. po wprowadzeniu cynobru do krwi, przez woreczki limfatyczne, znaleźli komórki wędrujące nim zabarwione nie tylko w zapalonych rogówkach ale i w prawidłowych, jak również w tkance odstępowej (*insterstycyalnéj*) innych organów.

Ponieważ C o h n h e i m opiera niektóre swoje zdania na *ujemnym wypadku* swoich doświadczeń (jak o ropieniu w chrząstce) lub wyprowadza wnioski które bezpośrednio z nich nie wypadają (jak dla odmiennego zachowania się Keratitidis u królików którym błękit auilinowy został zastrzyknięty) i wreszcie nieobjaśnia powstania innych produktów zapalenia, jak blizny, błon rzekomych i t. p., z tego powodu K r e m i a n s k y ¹⁾ postarał się braki powyższe zapelnąć, powtarzając próby poprzedników lub nowe ustanawiając doświadczenia. Zamierzał nietylko stwierdzić i objaśnić wypadki otrzymane przez poprzednich badaczy odnośnie do powstawania ropy, ale nadto objaśnić powstanie i przemiany innych produktów zapalenia, w rozmaitych tkankach i organach wystąpić mogących. W pracowni R e c k l i n g h a u s e n 'a, K r e m i a n s k y zrobił postrzeżenia następujące:

1. Bezpośrednio drobnowidzem uważał *powstanie i przebieg ostrego ropiastego zapalenia* na rozmaitych częściach i różnych zwierzętach; 2. Pośrednio badał powstanie i przebieg za-

(¹) Experiment. Untersuchungen über die Entstehung und Umwandlung der histolog. Entzündungs-produkte von Dr. Jac. Kr. aus Petersburg. Wien. Med. Wochen schr. XVIII 1—6. 1868.

paleń na rozmaitych zwierzętach i organach, *po zastrzyknięciu do krwi cynobru*. 3. Pośrednie obserwacje nad powstaniem i przebiegiem ropiastego zapalenia rogówki (*keratitis*) u królika *po wtarciu cynobru* do owrzodzenia. 4. Pośrednie badania nad ostrem zapaleniem rogówki u żab *po podskórném zastrzyknięciu barwików*. Po większej części udało mu się potwierdzić zdania C o h n h e i m a. Niektóre inne lub nowe zdania są następujące:

Co do 1-go. K r e m i a n s k y po zastrzyknięciu do krwi cynobru lub błękitu anilinowego przekonał się o przechodzeniu kulek krwi niemi zabarwionych przez ściany żył: przyczem te ostatnie kształty swoje zmieniały na równi z niezabarwionymi kulkami, niekiedy w skutku zmian w kształcie wydawały na zewnątrz siebie drobinki cynobru. Wolny cynober prawie nie mógł przenikać przez ściany naczyń. Jeśli na około żyły istniała pochwa limfatyczna, to kulki białe które przeszły przez ścianę żylną z równą łatwością przenikały przez pochwę limfatyczną; lecz ciała limfatyczne pierwiastkowo w naczyniach limfatycznych będące, przy zapaleniu nie występowały na zewnątrz ich ścian. Dla przyspieszenia przenikania białych kulek przez ściany naczyń w wystawionej na działanie powietrza krezce żaby, używał K r. miejscowo drażniących środków, w tak małych jednak ilościach by nie zasłaniały pola obserwacji, mianowicie azotanu srebra, olejku krotonowego, a głównie małych kryształków kantarydyny długich na 0,02 mil. Te ostatnie zmieniają się niewiele i powoli, ale działają szybko, zwłaszcza gdy kryształ bezpośrednio na żyłę krezki leży. Wkrótce w miejscu rozdrażnionem naczynia krwionośne zwężają się i jednocześnie powyżej i poniżej miejsca zwężonego pokazują się rozszerzonymi. Zwężenie jest najznaczniejsze i najdłużej wytrzymując na tętnicach, najmniej wyraźne i najkrótsze na naczyniach włosowatych. Część obwodowa naczynia (odnośnie do miejsca zwężonego) jest stale więcej rozszerzoną od części dośrodkowej, i z tej pierwszej części rozpoczyna się zawsze przenikanie kulek białych przez ściany żyły. Sprawa zapalna tym sposobem tak zostaje przyspieszoną że już po 10-ciu minutach na ścianie żyły obserwować można występujące ciała bezkarswe. Pierwsze występujące ciała krwi

zbliżają się zmieniając swoje kształty do kryształka, zatrzymują się w pobliżu, przyjmując kształt kulisty, a po niespełna godzinie kryształ okazuje się być jakby wieńcem z tychże ciałek otoczo-
nym. Później występujące ciała przybierają inne rozmaite kie-
runki.

Niekiedy widzieć się dawało że ciała wędrujące lymfatycz-
ne samój krezki (gdyż w chwili obserwacji nie mogły jeszcze
z naczyń były wystąpić) zbliżały się także do kryształu. Podo-
bne zupełnie wypadki dały obserwacje dokonane na języku żaby
i skrzydłach nietoperza, które się jednak mniej stosownymi do
badania okazały. Tak samo obraz zapalenia otrzewnej u królika
i psa daleko mniej jest wyraźny niż u żaby.

Co do 2-go. Odnoszą się tu doświadczenia zależące na
zastrzyknięciu do naczyń *cynobru rozrzedzonego rozwodnionym roz-
tworem soli kuchennej*. Naczynia obierane były u żab żyły brzu-
szne, u psa królika i t. p. żyły szyjne, a po zastrzyknięciu wywo-
ływano zapalenie w różny sposób i w różnych częściach ciała.
Poczem znajdowano w miejscach zapalonych kulki ropne drobin-
ki cynobru zawierające, mianowicie w rogówce, w wydzielinie łą-
cznicy, w jamie brzusznej przy peritonitis, w jamie opłucnej
przy pleuritis, w jamach stawów po obrażeniu chrząstek stawo-
wych, w ochrzęstnej (*perichondrium*), w ropiejących ranach
skóry, u różnych zwierząt. Ciała ropne zawierające cynober
dosyć wcześnie już występowały, prawie przy pierwszych ozna-
kach zapalenia, w rogówce np. już w sześć godzin po jej podraż-
nieniu; ich liczba zwiększała się przez pierwsze dwa dni a nawet
i w ciągu dnia trzeciego, tak że na 3-ci i 4 dzień liczba tych cia-
łek przewyższała liczbę kulek wolnych od cynobru. Po 4-m dniu
liczba kulek ropnych cynober zawierających już się nie powięk-
szała, pomimo nawet obfitszego ropienia. Jeśli ropa może w tym
czasie odpływać, to w później wydzielonej ropie już się wcale
napotykać nie dają. Cynober bowiem po 4-ch dniach już w obie-
gającej krwi się nie znajduje, lecz zatrzymuje się w wątrobie, śle-
dzionie i szpiku kostnym. Jeżeli ropa cynober zawierająca nie
ma wolnego odpływu, w takim razie ciała cynober zawierające
okazują się w niej przez czas nieokreślony, lecz liczba ich się
zmniejsza, i wtedy zauważyć można w ropie wolne drobin-
ki cy-

nobru tak w samym płynie ropy, jak w tkankach ropień otaczających.

W tkankach niezawierających naczyń jak rogówka i chrząstki, kulki ropne powstają także z tkanki na miejscu będącej. Po powierzchownem przyżeganiu środka rogówki u młodych królików lub u żab, wytwarza się lekkie zamętnienie na miejscu przyżegania i w jego okolicy, oddzielone szerokim pasem prawidłowej rogówki od nielicznych komórek ropnych pokazujących się na jej obwodzie. W tym czasie w rogówce nie znajdują się jeszcze kulki ropne cynober zawierające, a w miejscu przyżegania znajdują się nagromadzone komórki ropne od cynobru wolne.

Po mocniejszym przyżeganiu środka rogówki, w 6—12 godzinach znajduje się mętny pasek na obwodzie, który się posuwa ku środkowi w sposób przez C o h n h e i m'a opisany. Lecz komórki z cynobrem okazują się dopiero wtedy kiedy już na około miejsca przyżeganego nagromadziła się znaczna ilość komórek od cynobru wolnych.

Z tego wypada że *ciałka wędrujące prawidłowo w rogówce istniejące udają się naprzód do miejsca podrażnionego i tamże się nagromadzają,* że dopiero przy silniejszym zapaleniu białe kulki krwi występują z naczyń. Tym sposobem *zapalenie rogówki (keratitis) zaczyna się zawsze na miejscu podrażnionem i dopiero później przy dalszym rozwoju silniejszego zapalenia w środku rogówki wywołanego, obwód jej przyjmuje udział w temże zapaleniu.*

Według spostrzeżeń K r e m i a n s k y ' e g o jeśli przypalemy wyrostek mieczowaty (*processus ensiformis*) u kury żelazem rozpalonem lub kamieniem piekielnym, *to podczas wywołanego w ten sposób chronicznego ropiastego zapalenia, komórki chrzęstne się rozmnażają i nowo z nich powstałe komórki są zupełnie podobne do kulek ropnych.* Zwykle obserwujemy że ropa zbiera się najwięcej pomiędzy przyległemi mięśniami i ochrzęstną (*perichondrium*). Przyżegana część chrząstki obumiera i stopniowo oddziela się od reszty chrząstki. W samej chrząstce nie znajdują się komórki z cynobrem, które za to obecne są w ropie pomiędzy mięśniami a ochrzęstną. W chrzą-

stee nieobumarłej na granicy z częścią zgorzeloną występuje niekiedy miejscami rozmnażanie komórek wewnątrz torebek chrzęstnych i zmiany w substancji zasadniczej; niekiedy nawet pojedyncze torebki chrzęstne zlewają się z sąsiednimi. Niekiedy na brzegu pozostałym po oddzieleniu się obumarłej chrząstki rozmnażające się komórki chrzęstne stanowiły zazębienia komunikujące z gromadkami komórek wewnątrz torebek będących, komórki te posiadały wyraźne kontury, były blade, okrągłe lub wielokątne, z jednym lub dwoma jądrami i wypełnione przezroczystą lub drobnoziarnistą protoplazmą. Wielkością różniły się ciałkom ropnym lub były od nich mniejsze. W temperaturze 34° do 38° za dodaniem roztworu soli kuchennej lub cukru komórki te okazywały słabe i powolne zmiany postaci. Podobne powiększenie się ilości komórek chrzęstnych miało miejsce niekiedy w chrząstkach stawowych palców psa i królika, po jedno tygodniowym drażnieniu ich kamieniem piekielnym.

Najczęściej jednak w chrząstkach stawowych znajdujemy tylko przemianę wsteczną i rozpad komórek na około miejsca podrażnionego. Pomimo tego K r e m i a n s k y wbrew zdania C o h n h e i m a przyjmuje że *komórki chrzęstne zdolne są przyjmować udział w wytwarzaniu produktów zapalenia*. W chrząstkach przyżeganych kamieniem piekielnym lecz nie obumarłych znalazł K r e m i a n s k y ciało osadzające się na brzegu zwłaszcza miejsca podrażnionego w małych pagórkowatych, żółtych spółśrodkowych massach, podobne z wielkości i kształtu do Leucyny z barwy i blasku do tłuszczu, lecz odmienne zachowanie chemiczne okazujące.

Nadto K r e m i a n s k y znalazł że *tkanka bliznowa, błony rzekome i przerosta tkanka łączna w przeważającej części powstają z białych ciałek krwi, które po opuszczeniu naczyń zmierzają do miejsca podrażnionego*. Po zastrzyknięciu cynobru do krwi znalazł bowiem w bliznach rogówki powstałych *per primam vel secundam intentionem* po obrażeniu rogówki bez naruszenia całości tęczęwki, znalazł, mówimy, komórki zawierające cynober a posiadające cechy komórek łącznotkankowych. To samo zauważył w błonach rzekomych otrze-

wnęj i w przerosłych tkankach wytworzonych naokoło zapalonych stawów.

Zraniona rogówka na 3ci lub 4ty dzień zlepia się, przedstawiając na miejscu obrażenia, białą mętnawą plamkę w której wykryć można komórki ropne różnego kształtu zawierające i niezawierające cynober. W czasie od 4go do 23go dnia, kształty podłużne i wrzecionowate przeważają, kształty kuliste zaś znacznie ubywają. Lecz nawet jeszcze od 10 do 13 dnia znaleźć można komórki cynober zawierające po całej rogówce rozsiane. Blizny 10 do 22 dni trwające zawierały głównie podługowatej owalne, i wrzecionowate komórki, drobinki cynobru i krópelki tłuszczu wolne lub wewnątrz komórek: w miarę dawności blizny wolne drobinki cynobru były coraz mniej liczne.

Wreszcie dwa razy zauważył Kr. drobinki cynobru w komórkach nabłonkowych, raz w żyłach przebiegających na bliźnie; powyższe zjawisko sobie tłumaczy tém, że *białe kładki krwi* mogą się przy zapaleniu zamieniać na *komórki nabłonkowe*. Wreszcie w wypadku gdzie przy przekłuwaniu rogówki zranioną została tęczęwka, przekonał się, że *krwewynaczyniódna bierze udział w tworzeniu blizny*. W bliźnie bowiem powstałe, przez pierwsze połączenie (*prima intentio*) znalazł dnia 9go nie tylko znaczniejszą ilość komórek cynober zawierających, ale nad to krążki krwi już to niezmienione, już to pomięte i pewną ilość ciemnożółtego barwika.

B ł o n y r z e k o m e (*pseudomembranae*) z komórkami cynober zawierającymi obserwowane były na otrzewnej koga, którego wyrostek mieczowaty zbyt silnie został kamieniem piekielnym przyżegany, w skutku czego nie tylko chrząstka w znacznej części obumarła, ale nadto powstało zapalenie otrzewnej i zrosty błoniaste przedniej ściany brzusznej z żołądkiem. Komórki zawierające cynober znajdowały się we wszystkich warstwach błony rzekomej, okazując po większej części kształt podłużny i wrzecionowaty, rzadko kiedy okrągły. Dwa razy znalazł Kr. komórki owalne z cynobrem w zewnętrznej ścianie tętniczki: Nadto wolne drobinki cynobru znajdowały się w tkance odstępowej (*interstycjalnej*). Niektóre z tych drobinek leżały tuż obok jąder włóknistej tkanki łącznej, przyczem kontury sa-

měj komórki zupełnie prawie nie dają się rozoznać. Kremiansky skłonny jest tłumaczyć sobie to zjawisko w ten sposób że komórki cynober zawierające zamieniły się w tkankę łączną włóknistą przyczem protoplazma zlała się z substancją międzykomórkową przez co zamknięte poprzednio drobinki cynobru leżą obecnie wolno obok jąder. Za tēm pojęciem przemawia także ułożenie tych drobinek w przerosłej tkance łącznej podskórnej i zgrubiałych torebkach stawowych psa badanego w 21 dni po obrażeniu. Tu właśnie drobinki cynobru leżały w regularnym porządku pomiędzy pojedynczemi włóknami i prawie zawsze przy ich jądrach. Prócz tego drobinki cynobru dawały się widzieć wewnątrz komórek o wyraźnych konturach, podłużnych lub wrzecionowatych i kontury niektórych innych komórek były tak delikatne że zaledwie rozróżnić się dawały. Wreszcie na miejscu obrażenia niekiedy i komórki naskórkowe zawierały cynober, co Kr. także zdaje się odnosić do bezpośredniego pochodzenia ich z kulek białych krwi, które przez ściany naczyń przenikły.

Z tych wszystkich doświadczeń wypada, że w *zapaleniu tak chronicznem, jak ropiastem, lub hyperplastycznym, część kulek białych przeszłych do miejsca zapalonego, wychodzi na zewnątrz jako kulki ropy*, część ulega przemianie tłuszczowej i rozpadowi, część wreszcie pozostaje na miejscu przez czas nieokreślony i zamienia się na tkankę łączną lub inne tkanki nowego utworu.

Tu jest miejsce wspomnieć o wypadkach doświadczeń Dra A u f r e c h t na ranach skóry, mięśni, i ranach brzucha wdrażających zeszytych z zajęciem lub bez zajęcia sieci (1). W pięć godzin po cięciu i połączeniu brzegów rany skórnej, w skutek przecięcia oddalone od siebie części mięśnia, okazały się z sobą stykać za pośrednictwem szklistej, przezroczystej massy, niekiedy zaczerwienionej jeśli krwawienie było znaczniejsze. Jeśli zaś

(1) Ueber die Genese des Bindegewebes nebst einigen Bemerkungen über die Ausbildung quergestreifter Muskelfasern und die Heilung per pri, int; von Dr. E. A. in Magdeburg; Virchow's Arch. XLIV. 1868.

zdołano uniknąć krwawienia, wtedy massa rzeczona zawiera nie-liczne krążki krwi czerwone, zwłaszcza w bliskości brzegów rany; składa się ona przeważnie z substancji jednorodnej i jasnej, w której widoczne są paseczki proste lub falowate, rzadko ze sobą się krzyżujące. Są to marszczki lub szparki w massie szklistej, bardzo sprężystej, które działaniem węglanów alkalicznych, bardzo słabego kwasu solnego, lub octowego, pęcznieje i przybiera pozór matowy, drobno ziarnisty. Jest to zatém *włóknik* który wszakże nie pochodzi z krwi z brzegów rany wylanej, gdyż osiada dopiero w jakiś czas po zadaniu rany i po zupełnem zata-mowaniu krwi; nie ma go bowiem w ranie po 3ch kwadransach na przykład, lecz dopiero po 5ciu godzinach. Doład mniemano, że włóknik ten zamienia się w tkankę łączną blizny, tymczasem wytworzenie się tkanki łącznej zależy od zupełnie innych części zawartości rany. Znajdują się bowiem wśród włóknika *komórki*, których liczba w przeciągu 36 do 48u godzin coraz się zwiększa. Są one okrągłe, pagórkowate, wielkości białych ciałek krwi, działaniem kwasu octowego rozjaśniają się i zawierają jedno, częściej 2 do 4ch małych ciemnych jąder. Dla stwierdzenia, że powyższe komórki są kulkami krwi, zastrzyknięto do woreczka limfatycznego grzbietowego żaby po przecięciu podskórnem jęj mięśni łydkowych, błękit anilinowy lub cyanober, i w 8 godzin zabarwione komórki okazały się w ranie. To samo dowieść się daje przez wyłączenie wszelkiego udziału komórek tkanki łącznej w produkowaniu komórek w ranie będących. Gdyż u królika po zadaniu rany zajmującej skórę, tkankę podskórną i mięśnie tak podczas pierwszych 10 do 15tu godzin jak i przez cały czas gojenia się przez pierwsze połączenie (*prima intentio*), włókna tkanki łącznej na brzegach rany znajdujące się nie ulegają żadnym zmianom, tak samo jak i komórki między niemi będące zachowują właściwy swój kształt i ułożenie; oprócz komórek łączno-tkankowych znajdują się tamże komórki podobne do tych jakie w zawartości rany widzieć się dają. Z początku sprawy gojenia-włóknik stanowi przeważającą część zawartości rany, lecz w ranach mięśniowych już po 48 godzinach a w ranach skóry (na grzbiecie świnki morskiej zadanych i starannie zaszytych) już po 12 godzinach massa kulek białych przewyższa znacznie ilość włó

knika, a wszystkie dalsze dające się stwierdzić zmiany w ranie odnoszą się do białych kulek; autor wszakże o tyle nie może odmówić komórkom tkanki łącznej dalszego udziału w sprawie o ile stwierdzić nie był w stanie co się z nimi staje, gdyż później od zmienionych białych kulek krwi rozróżnić się nie dawały. W ranie mięśniowej po 36 do 48 godzinach, a w ranie skórnej po 24 godzinach, znajdują się pomiędzy kulkami białymi, okrągłe komórki o szerokim brzegu z protoplazmy i jasnym okrągłym jądrem bez jąderki, które do 4 lub 5 dnia coraz się stają liczniejsze zastępując miejsce prawie wszystkich białych kulek. Są one od tych ostatnich znacznie większe, gdyż samo jądro wielkością swoją równa się białej kulce. Komórki te otoczone są substancją bezkształtną i jasną.

W szóstym dniu dla rany mięśniowej a w czwartym dla rany skórnej komórki okrągłe już tylko w szczupłej występują ilości; natomiast widzieć się dają komórki wrzecionowate w ściśniętych szeregach, powiększające się do dnia 9 i 6go. Tu i owdzie z końców komórek, rzadko z ich ciała widzieć można nitkowatą wypustkę z protoplazmy, z karminem lub roztworem złota zachowującą się jak zawartość komórki. W niektórych wrzecionowatych komórkach jądro zachowuje jeszcze postać kulistą, w innych jest wydłużone, niekiedy laseczkowate, z zawartością ziarnistą warstwowo ułożoną. Oprócz tych komórek znajduje się w ranie niewielka ilość substancji międzykomórkowej jasnobłyszczącej. Autor robił doświadczenia na rogówce żaby podobnie jak K r e m i a n s k y dla przekonania się czy komórki wrzecionowate nie pochodzą od białych kulek krwi zmienionych w komórki okrągłe jak przy organizacyi skrzepu w naczyniach i przyszedł do wniosków twierdząco pytanie to rozwiązujących.

(O do 3go. K r e m i a n s k y w szeregu nowych doświadczeń wcierał cynober w owrzodzenia rogówki i przekonał się, że ciała ropne mogą z samego miejsca ropienia rozchodzić się do okolicznych tkanek, jak to już przy zapaleniach wyrostka mieczowatego (*processus ensiformis*) i błony migawkowej (*Nickhaut*) u koguta prawdopodobnie domyślać się było można.

Do małego nacięcia w środku rogówki królika K r e m i a n s k y pędzelkiem wprowadzał cynober dwa razy dziennie przez

pierwsze dwa dni. Jedno oko poddał badaniu w 4 dni po rozraniu przed zagojeniem, drugie w 9 dni to jest w dwa dni po zagojeniu. Na pierwszym preparacie na brzegach rany i w pewnej od nich odległości w tkance rogówki znalazł ciała ropne różnego kształtu zawierające cynober i bez cynobru; niektóre drobinki cynobru znajdowały się na zewnątrz komórek; oprócz tego drobne kropelki tłuszczu istniały w znacznej ilości tak w samych komórkach jak i na zewnątrz nich. Na 2im preparacie komórki ropne zawierające cynober znajdowały się nie tylko w bliznie i jej najbliższej okolicy, ale nadto rozsiane były po całej rogówce aż po same jej brzegi; nadto znalazł wiele drobinek cynobru wolnych, lecz bardzo już mało kropelek tłuszczu tak w komórkach jak i na zewnątrz nich. Nigdy nie można było wykryć drobinek cynobru w nieruchomych ciałkach rogówki.

Co do 4go. K r e m i a n s k y zastrzykiwał żabom błękit anilinowy lub cynober pod skórę do naczyń limfatycznych a następnie drażnił rogówkę lapisem i uważał natychmiastowe przechodzenie barwika do krwi, później daleko do ciałek ropnych zapalonej rogówki.

Z tych prób wypada, że naczynia limfatyczne pewną część produktów zapalnych wydają z siebie za pośrednictwem naczyń krwionośnych; lecz pozostaje nieobjaśnionem jak znaczną jest ta część. Gdyż tylko część barwika zostaje wchłoniętą do wnętrza komórek w samych naczyniach limfatycznych, druga część przechodzi do krwi i tam dopiero do ciałek bezbarwnych wchodzi. Nie mógł także K r e m i a n s k y zaprzeczyć możliwości że naczynia limfatyczne bezpośrednio, bez udziału naczyń krwionośnych, doprowadzają komórki do zapalonego miejsca, gdyż zastrzyknięcie nie może nigdy osiągnąć wszystkich naczyń limfatycznych danego miejsca. Obserwacje na naczyniach limfatycznych i pochwłkach limfatycznych niektórych żył krezki nie dają jeszcze materiału dostatecznego dla wyprowadzenia z nich stanowczych pod tym względem wniosków.

Podług K r e m i a n s k y'ego zatem histologiczne produkta zapalne pochodzą w większej części z białych kulek krwi które z drobnych żył i naczyń włosowatych miejsca zapalonego występują. W niektórych jednak tkankach mogą one pochodzić od

preekzystujących w nich komórek, już to przez nagromadzenie się ciałek limfatycznych prawidłowo w nich się poruszających, już przez wytwarzanie się nowych komórek z prawidłowych nieruchomych ciałek tkanki łącznej jak np. w chrząstce gdzie powstają nowe komórki z dawnych komórek chrzęstnych. Przemiany tych produktów zapalenia są także różne. Znaczna część histologicznych produktów zapalenia pochodząca z białych ciałek krwi, przyjmuje kształt okrągły zwyczajnych obumarłych ciałek ropnych, ulega stłuszczeniu i rozpadowi: inna część zamienia się w tkankę brodawkową (*Granulations gewebe*) w komórki wrzecionowate, w tkankę łączną młodą i t. p. i tym sposobem przyczynia się do utworzenia blizn, rzekomych błon i różnych przerosłów tkanki łącznej; przy czem jednak pozostaje wątpliwem czy przyczynić się może do utworzenia kości, chrząstki lub nabłonków. Dla rozwiązania tego pytania potrzeba nowych obserwacji i doświadczeń które tem są ważniejsze że kwestyja powyższa stoi w związku z najważniejszymi kwestyjami anatomii patologicznej i ogólnej.

(*Dalszy ciąg nastąpi*).

Działanie terapeutyczne *digitalis*.

Prof. E d w a r d M a c k e y w *Brit. med. Journ.* (May 1858), podaje szereg postrzeżeń mających służyć za dowód, że działanie *digitalis* zależy od zmiany *tonus* naczyń obwodowych, mianowicie od ich zwężenia w skutku podrażnienia nerwu sympatycznego, jak to już zresztą znane doświadczenia *Legroux* bardzo prawdopodobnem zrobiły, (*Legroux* uważał utrzymujące się ściągnięcie tętnicy centralnej ucha królika, po zastrzyknięciu *digitalis*). Z tych powodów *digitalis* pomyślnie działać winno we wszystkich chorobach biorących swój początek w osłabieniu lub porażeniu nitek nerwu sympatycznego i zależnego odeń rozszerzenia naczyń, jak np. w nawałach, zapaleniach

Zdaniem autora spostrzeżenia jego co do działania digitalis na obwodowe naczynia w n czem nie osłabiają twierdzeń T r a u b e g o co do bezpośredniego działania środka tego na samo serce.

Nowe dzieła.

Drugi zeszyt przekładu na język polski dzieła prof. Niemeyer'a *Wykład Patologii i Terapii szczegółowej* już wyszedł z druku. Przekład szacownego tego dzieła uskuteczniają studenci wydziału lekarskiego pod kierunkiem prof. Choynowskiego.

Dr Mizerski (z Poznania) ogłasza prospekt na dzieło pod tytułem: *Choroby narzędzi oddychania i krążenia* opracowane według Leber'ta. Dzieło składać się będzie z 21 arkuszy druku w 8-ce i wyjdzie w dwóch zeszytach; druk pierwszego zeszytu ma być już na ukończeniu i pojawi się niebawem w handlu księgarskim.

Dr. Wilhelm Lubelski napisał broszurkę pod tytułem: *Jak pielęgnować zdrowie*. Obejmuje ona rady odnoszące się głównie do wyboru mieszkań, używania właściwych pokarmów i napojów.

Nagroda konkursowa imienia Dra Hełbicha.

Przypominamy czytelnikom naszym, że życzący współubiegać się o nagrodę konkursową imienia Dra Hełbicha prace swoją nadsyłać mogą na ręce Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, przy zachowaniu zwykłych warunków tajemnego konkursu. Termin ostateczny oznaczony jest na 19 Października 1870 roku, a przyznanie nagrody nastąpi w dniu 19 Października 1861 roku. Zadanie obecnego konkursu brzmi jak następuje:

„Wyjaśnić stosunek gruźlicy (tuberculosis) do zapaleń „chronicznych, tak za pośrednictwem krytycznego przeglądu do- „tychczasowych pojęć, odnoszących się do wymienionych pro- „cessów, jak i własnych badań, a przedewszystkiem porównania

„rezultatów zaszczepiania zwierzętom (przez ubiegających się „o nagrodę) tak gruźleczków ściśle oznaczonych jak produktów „chronicznego zapalenia, zwłaszcza oskrzeli, płuc i gruczołów „lymfatycznych.“

Nagroda jak wiadomo wynosi Rubli srebrnych 150.

OD REDAKCYI.

Z dniem 8 Lipca r. b. Redakcyja Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przenosi się z dotychczasowego lokalu do domu na rogu Ulic Nowego Świata i S to Krzyżkiój № 1247 (61) dokąd Szanowni Prenumeratorowie i Korrespondenci listy swoje adresować zechcą.
