

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACJI I WETERYNARYI.

W Warszawie: rocznie . . . Rs. 5 kop. —

„ półrocznie „ 2 „ 50

„ kwartałnie „ 1 „ 25

W Cesarstwie wraz z przesyłką pocztową: rocznie Rs. 6.

Na Stacjach pocztowych w Królestwie:

„ „ rocznie . . . Rs. 6.

„ „ półrocznie „ 3.

TREŚĆ: O wściekliznie u psów (rabies canina). Lekcja Prof. Seifmana. (dokończenie). — Kronika Zagraniczna. Postrzeżenia kliniczne Dra Mierzejewskiego nad zmianą materji przy manji. Streścił Br. Taczanowski. — Część statystyczna. Sprawozdanie z ruchu chorych oddziału ocnego szpitala starozakonných w Warszawie za rok 1866. Dr. Narkiewicz-Jodko, Doc. Sz. Gł. Warsz. — Wiadomości bieżące.

O wściekliznie u psów (rabies canina).

Lekcja Professora weterynaryi Piotra Seifmana, wykładającego Epizootycologię w Szkole Głównej i zarządzającego Szkołą Weterynaryjną w Warszawie.

(Dokończenie).

R o k o w a n i e (prognosis). Wścieklizna rozwinięta jest w każdym razie śmiertelna, nie można bowiem przywiązywać wiary do przechwałek, jakoby uleczenia téj choroby wówczas, gdy już ogólne jej wystąpiły objawy. Uważając z tego powodu rokowanie w téj chorobie, za najniepomyślniejsze, a leczenie rozwiniętej choroby u zwierząt, nie tylko za bezużyteczne, ale często i niebezpieczne, przystępujemy z kolei do rozważania środków zapobiegawczych, które właśnie z powodu bezsilności leczniczych, na największą uwagę zasługują.

Z a p o b i e g a n i e (prophylaxis). Wiemy już, że samorodnie wywiązać się może wścieklizna tylko u rodzaju psa, (być może i u kota), u innych zaś zwierząt domowych, podobnie jak u człowieka, powstaje ta choroba jedynie tylko skutkiem zarażenia, które właśnie od psa wściekłego udzielać się zwykło. Dla tego środki zapobiegawcze, w téj chorobie, muszą mieć głównie na celu:

a) ograniczenie częstości choroby samorodnej u psów.

b) zmniejszenie liczby wypadków udzielania zarazy przez psy wściekłe innym zwierzętom i człowiekowi.

Gdy jednak nie zawsze jest w mocy naszej osiągnięcie tych celów, przeto zadaniem zapobiegania być musi jeszcze

c) niedopuszczenie rozwinięcia się choroby, po udzieleniu się zarazy wścieklizny.

Nad każdym ze wskazanych zadań profilaktyki, oddzielnie zastanowić się wypada. Nadmieniamy tylko, iż wykonanie potrzebnych tu środków i ostrożność

ci jest głównie rzeczą, przepisów policyjno-lekarskich, i bez ich współdziału, najbawienniejsze rady zamierzonego celu osiągnąć nie są w stanie.

a) *Ograniczenie częstości wścieklizny samorodnej u psów.*

Etiologia wymieniła choć ostatecznie jeszcze nie udowodnione przyczyny wścieklizny psów. Wskazane przeto tam czynniki szkodliwe, ile możności w chowie i utrzymaniu psów usuwane być winny. Dla tego starać się należy, aby jak najmniej były hodowane i utrzymywane rassy, częściej niż inne ulegające wściekliznie. Takimi są w ogóle rozdelikatnione rassy piesków pokojowych, jak pincerów, wyżełków angielskich, szpiców i t. d. W żywieniu i utrzymywaniu psów, należy baczyć więcej na naturę tego zwierzęcia, nie zmieniając prawie zupełnie, jak to ma dotąd miejsce, trybu jego życia. Z tych powodów przy niezbytelnym rozdelikatnieniu psa i chronieniu go od wpływów powietrza, dawać mu za pokarm głównie mięso surowe i kości, uchylając pokarmy działające na system nerwowy jakimi są: kawa, herbata, różne przyprawy korzenne i t. d.

Przytém, przez oszczędzenie więcej niż dotąd samic (suk) starać się wypada o przywrócenie normalniejszego *stosunku* między płciami, tak aby zły wpływ wynikający z niemożności zaspokojenia popędu, mógł być *zmniejszony*, jeżeli nie zupełnie usunięty. Dla usunięcia złych następstw niemożności zaspokojenia popędu u samców, możnaby zalecać ich ubezpłodnienie (*castratio*). Czy jednak tą drogą pożądaný skutek dałby się osiągnąć, czyby nawet sama kastracya, zmieniając znacznie naturę psa, nie mogła go w pewnym stopniu do wścieklizny usposobić, o tém sądzić trudno, nie posiadając pewnych spostrzeżeń.

Osiągnięcie wskazanych wyżej celów w ogólności zależy wielce od stosowności przepisów, w téj mierze obowiązujących, a głównie od należytego obznajmienia samych właścicieli psów, z zasadami racjonalnego chowu. Dla tego byłoby do życzenia, aby obok innych środków, ogłoszone i od czasu do czasu właścicielom psów rozdawane były informacye, obejmujące zasady chowu psów, dla zapobieżenia wywiązaniu się wścieklizny, oraz opisy objawów początek téj choroby cechujących, ze wskazaniem przytem środków ostrożności w takim razie zalecanych. Informacye takie, mogłyby być udzielane właścicielom psów peryodycznie, np. przy wnoszeniu ustanowionej od tych zwierząt opłaty; co zresztą zaleciło i zgromadzenie weterynarzy, jakie miało miejsce w 1865 r. w Wiedniu ¹⁾. W niektórych krajach np. w Bawaryi obowiązkiem jest właścicieli przedstawiać psy swoje od czasu do czasu, do rewizyi pod względem stanu zdrowia. Środek ten, jakkolwiek może rzeczywiście wpłynąć na ograniczenie częstości niektórych chorób zaraźliwych, mających przebieg przewlekły, np. świerzby (*scabies*), przecie na zmniejszenie liczby wypadków wścieklizny, nie ma nadziei aby skutkował; wścieklizna bowiem jak już wiemy z jéj symptomatologii, występuje zazwyczaj tak, nagle, iż zwierzę które następnego dnia po odbytej rewizyi jawnie ma zachorować, dnia poprzedniego zupełnie zdrowe przedstawiać się może.

Mówiąc o środkach zapobiegawczych wściekliznie u psów, winicnem jeszcze wspomnieć, że w nowszych czasach Dr. F a l k e w piśmie swoim wyżej już wspomnionem pod tyt. „*Der Milzbrand und die Hundswuth sind Typhen und durch*

¹⁾ Ob. Sprawozdanie z Kongresu między-narodowego weterynarzy w Wiedniu, przez Seifmana, Warszawa 1866 pag. 25.

Impfung tilgbar “ — uznając szczepienie przez kilka generacji przeprowadzone, za mogące znieść niebezpieczeństwo wścieklizny, ogłasza je jako środek chorobie téj zapobiegający, i w tym celu radzi nawet urządzić zakłady doświadczalnego szczepienia wścieklizny, na wzór zaprowadzonych w Rossyi zakładów doświadczalnego szczepienia księgosuszu. Gdy jednak domysły Dra Falke są tylko domysłami i to niezupełnie do przekonania trafiającymi, przeto szczepienia jako postępowania zapobiegawczego zalecać nie możemy z obawy, aby to nie stało się powodem nawet znaczniejszego rozszerzania się tak groźnej choroby.

b) *Zmniejszenie liczby wypadków udzielania zarazy przez psy wściekle innym zwierzętom i człowiekowi.*

Pod tym względem winno być zadaniem policyi weterynaryjnej przedewszystkiem zmniejszenie liczby psów do możebnego minimum. Łatwo bowiem pojąć, że przy mniejszej liczbie psów, rzadziej i wypadki wścieklizny, a w skutku tego i mniej często wypadki zarażenia przez nie miejsce mieć muszą.

Za najodpowiedniejszy środek do osiągnięcia tego celu, uważane jest ustanowienie od psów opłaty w takiej wysokości, iżby tylko zamożniejsi właściciele zbytłkowie to, że je tak nazwę, zwierzę utrzymywali. Przytem jednak dla normalniejszego ustosunkowania płci samczej (suk) do samczej, wypada pierwsze znacznie mniejszą obłożyć opłatą.

Obok tego winno być obowiązującym wkładanie psom, po za obręb domu wypuszczonym, kagańców. Kagańce te, aby przeznaczeniu swemu odpowiadały, winny być metalowe i urządzone tak, iżby nie czyniąc zwierzęciu żadnego utrudy, dając mu swobodę otwierania pyska, np. dla ułatwienia sobie oddychania, dla picia wody i t. d., tamowały mu jednak dostatecznie możność kąsania ludzi i zwierząt.

Przestrzeganie nakładania kagańców jest tém ważniejsze, że ono może nawet wpływać na zmniejszenie liczby wypadków wścieklizny i między psami, u których najczęstszą przyczyną choroby zdaje się być także zarażenie w skutek pokąsania. Tak przynajmniej wnosić należy z cyfr psów wściekłych, obserwowanych w Szkole weterynaryi w Berlinie od r. 1854 włącznie, czyli od czasu zaprowadzenia w tém mieście obowiązku nakładania kagańców, względnie do liczby tego rodzaju wypadków, widzianych tam poprzednio w ciągu lat 9 (od 1844—1853). Rzeczona bowiem cyfry wykazują, że kiedy po zaprowadzeniu kagańców w Berlinie, nader mało tylko, a w niektórych latach wcale wścieklizna nie była dostrzeżona, to przedtém chorobę tę obserwowano w ciągu wskazanych lat 9, ogółem u psów 278, a więc przecięciowo u blisko 30 sztuk rocznie; żaden rok zaś nie był w ciągu wskazanego czasu od choroby zupełnie wolny. ¹⁾ Rozumie się, że dla zmuszenia do nakładania kagańców, jak w ogóle dla zmniejszenia liczby psów nie mających właścicieli, albo o których właściciele nie dbają, należy winny być wytypiane wszystkie psy bez zastosowania się do ustanowionego porządku wałęsające się, przez ustanowioną do tego służbę; nie uznajemy bowiem,

¹⁾ Ob. Vierteljahresschrift für Veterinärkunde T. XIX pag. 160.

aby rzucanie w tym celu gałek zatrutych, jak tu i owdzie ma miejsce, było stosowne, już nawet z tego względu, iż gałki takie mogą być zjedzone i przez zwierzęta konsumpcyjne, np. przez drób, trzodę chlewną; te zaś użyte następnie na pokarm dla ludzi, szkodliwych następstw przyczyną staćby się mogły.

Do środków zapobiegawczych szerzeniu się wścieklizny drogą zarazy, zaliczamy wreszcie następujące jeszcze:

Należyte odosobnienie psów, których zachowanie się wzbudza choćby najlżejsze o wściekliznę podejrzenie, i natychmiastowe ich zabicie i uprzątnienie w razie powzięcia silniejszego o istnieniu tej choroby podejrzenia; przyczem dłuższa byle tylko dość bezpieczna obserwacja, dla ostatecznego przekonania się o rodzaju choroby, winnaby być dozwoloną tylko w takim razie, gdy przez takiego psa człowiek pokąsany został.

Zabicie i usunięcie tak psów jak i innych zwierząt mniejszej wartości, które przez psy lub inne wściekłe zwierzęta, zostały pokąsane.

Utrzymanie pod bliższym nadzorem, przynajmniej przez czas kilkunastu tygodni, zwierząt większej wartości pokąsanych przez psy wściekłe, jeżeli nie zostały, co byłoby daleko lepiej, od razu na zabicie zakwalifikowane; wreszcie

Uprzątnienie lub oczyszczenie stosowne wszelkich sprzętów, do których zwierzę wściekłe bezpośrednio dotykać się mogło.

c) *Niedopuszczenie rozwinięcia się choroby, po udzieleniu się zarazy wścieklizny.*

Jakkolwiek leczenie zapobiegawcze, wówczas kiedy nastąpiło ukąszenie przez zwierzę wściekłe, nie może być dozwolone u psa, bo ogólne bezpieczeństwo wymaga, aby taki pies bezzwłocznie zabity i stosownie uprzątnięty został, przecie nie można zupełnie pominąć tu wskazanego leczenia zapobiegawczego; tem bardziej, że do niego daje zwykle powód ukąszenie przez psa wściekłego.

Różne były i bywają jeszcze podawane i zachwalane środki tak zwane wewnętrzne, jakoby zdolne zapobiedz wściekliznie. Do nich zaliczano lub zaliczają np. ziele i korzenie wilczej wiśni (*herba et radix belladonae*), chlorek rtęci czyli kalomel (*hydrargyrum chloratum*), korzeń trędownika (*rad. scrophulariae nodosae*), muchy hiszpańskie (*cantharides*), maiki (*meloe majalis*), złotawiec (*celonia aurata*), niektóre przetwory arsenikowe, a mianowicie arsenian amonii (*arsenias ammoniae*), i wiele innych. Na skuteczność jednak tych leków nie wiele liczymy, choć znowu użycie ich, byleby w dozach niezbyt dużych, bynajmniej za szkodliwe nie uważamy. Natomiast zaś, umiejętne stosowanie środków zewnętrznych, miejscowych, byle nie zapóźno po nastąpieniu zarażeniu, za bardzo ważne uznajemy. Ten dział środków ma na celu wydalenie, ile być może zupełne, wprowadzonego do ciała jadu zarazy i zniszczenie szkodliwych jego własności, o ile wyprowadzanie go nie było zupełnem.

Częstokroć samo krwawienie powstałe skutkiem ukąszenia, wyprowadzając z rany ślinę zaraźliwą, staje się zbawiennem; dla tego nie należy tamować krwotoku, jeśli tylko rozmiarami swemi nie zagraża; owszem przy zadrażnieniach mało krwawiących, może być nawet użyteczną skaryfikacja miejsca ukąszenia, z przystawieniem baniek.

W każdym razie zadane przez zwierzę wściekle rany winny być stosownie wymyte płynami żrącemi. Najlepiej służą do tego celu roztwory alkaliczne: potażu gryzącego, mydła, woda wapienna, roztwór chlorku wapna; mogą być jednak użyte i inne gryzące ciecze, np. ocet, rozcieńczony kwas siarczany, solny, olejek terpentynowy, wzmocniony roztwór soli kuchennej, w ostatnim razie choćby mocznik. Płyny te do wymycia najlepiej użyć na letnio.

Radzą także przyżeganie ran za pomocą rozżarzonego żelaza, saletranu srebra (*argentum nitricum*), lub potażu gryzącego (*kali causticum siccum*). Zdaje się, że ze środków tych najlepszego skutku spodziewać się można od potażu gryzącego; gdyż od przypiekania żelazem powstaje strup, od pociągnięcia zaś saletranem srebra powstaje powłoczka; tak zaś strup jak i ta powłoczka mogą wielce utrudniać wydalenie z rany płynu zarazek w sobie zawierającego, a tém samém stać się nawet szkodliwemi.

Lecznicze postępowanie jak wskazano nie może zresztą być pominięte i w takim razie, gdy już czas pewny od zaszłego pokąsania upłynął, a nawet gdy już rany się pogoiły, a właściwe postępowanie było zaniedbane; gdyż w przypuszczeniu, że zarazek zostaje umiejscowiony przez cały okres inkubacji w miejscu pierwotnego zarażenia, można mieć nadzieję, że i obecnie wydalenie go z organizmu udać się może. Lecząc w tym razie postąpić należy energiczniej, dając się przeto w miejscu pokąsania głębokie a gęste nacięcia, stawiając się tu następnie bańki, poczem obmywania stosują się jak wyżej. Jeżeli zaś miejscowość sprzyja, to najlepiej miejsce pokąsania w takim razie wyextyrpować zupełnie. W każdym razie czy to rana z ukąszenia jeszcze nie była zagojoną, czy w tém miejscu takową świeżo utworzyliśmy, należy ją utrzymywać otwartą przez czas pewny (przyjmując zwykle 6 tygodni), opatrując w tym celu środkami drażniącemi, zwykle maścią z much hiszpańskich, albo tak zwaném masłem antymonowém (*stibium chloratum*).

Ponieważ u pokąsanych zwierząt nie można nigdy być pewnym odkrycia wszystkich ran zadanych przez zwierzę wściekle, gdyż niektóre mogą być siercią zasłonięte, przeto nie zawadzi nigdy dla ostrożności, obok opatrzenia wysłedzonych ran w sposób wskazany, obmyć całą powierzchnię ciała, najlepiej za pomocą szczotek moczonych w miernie stężonym ługu z popiołu, albo téż w porze letniej przepławić zwierzę kilkokrotnie w wodzie bieżącej.

Pod względem dyetetycznym, radzą unikać wszelkiego drażnienia takiego zwierzęcia, oraz dawania mu pokarmów trudnostrawnych. Z uwagi zaś na bezpieczeństwo ogólne, nie może być dozwolone zabicie pokąsanych choć zupełnie zdrowych sztuk na konsumpcję, aż upłynie przynajmniej 15 tygodni od chwili pokąsania, a gdyby w ciągu tego czasu lub później wystąpiły objawy wścieklizny, to rozumie się, że dotknięte zwierzę musi być bezzwłocznie zabite, i wraz z tém wszystkiém z czem się stykać mogło, stosownie uprzątnięte.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Postrzeżenia kliniczne Dra Mierzejewskiego nad zmianą materji przy manii.

Stręcił Br. Taczanowski.

Jeden z najznakomitszych frenopatów francuzkich J. P. Falret streszczając kilkudziesięcioletni swój zawód lekarski, głównie psychiatry poświęcony, w ten sposób kreśli

obecny swój pogląd na choroby umysłowe. Zaczawszy studia nasze nad psychiatrią, jeszcze pod Pinelem i Esquirolelem złożyliśmy w początku i w naszej specyalności hold kierunkowi anatomicznemu, jaki wówczas wszechwładnie panował w medycynie. Młodzi pracownicy na polu psychiatrii główną zwracali uwagę na sekcye pośmiertne, na zmiany patologiczne w mózgu i oponach jego, w pełnej nadziei że tylko anatomia patologiczna będzie w możności wyjaśnienia objawów chorobnych u obłąkanych, że tylko usilna praca na tej drodze, przyczyni się do postępu psychiatrii.

Wyszedszy z tego punktu, staraliśmy się umiejscowić w mózgu wszystkie formy obłąkania, zaprzeczaliśmy innym organom wpływu na powstawanie tej choroby wierząc, że we wszystkich wypadkach znajdują się w mózgu lub też w oponach zmiany wyraźne i stałe, dostateczne do wytłumaczenia różnorodnych objawów chorób umysłowych. Po dłuższej jednak pracy przyszliśmy do przekonania, że zwykle znajdowane zmiany, nie mogły wystarczyć do wytłumaczenia zбоcezeń psychicznych, zwróciliśmy więc naszą uwagę na psychologią, szukając w tej nauce środków pomocniczych. Opierając się na pracach psychologów, staraliśmy się oznaczyć zбоoczenia psychiczne w różnych formach obłąkania, szukaliśmy u obłąkanych zбоcezeń w pamięci, kojarzeniu się myśli, rozsądku, słowem we wszystkich władzach uznanych przez psychologów. Im dalej jednak posuwaliśmy się w tym kierunku, tak na pozór racjonalnym, tém silniejszego nabraliśmy przekonania, że teoretyczny ten pogląd, nie tylko nie przynosi korzyści w życiu praktycznym, ale owszem prawdziwemu postępowi nauki staje na przeszkodzie. Cóż bowiem czynimy rozbiegając według metody psychologicznej różnorodne objawy w sferze intelligencji i uczuć u obłąkanych? — oto pożyczamy od psychologów różnych podziałów i szukamy u obłąkanych zбоcezeń odpowiednich każdemu podziałowi. Władze umysłowe mogą podlegać tylko trzem rodzajom zбоcezeń: t. j. mogą uleść egzaltacyi, osłabieniu lub też przewrotowi (perversion) praw, które niemi rządzią. Klasyfikacyą więc objawów psychicznych, według metody psychologicznej, może odkryć u obłąkanego tylko jedno z wyżej wspomnianych zбоcezeń, lecz jaki jest odcień, jaki stopień w zбоoczeniu intelligencji lub uczuć, gdzie jest ogniwo łączące z sobą rozmaite te zaburzenia, oto pytanie, o które właśnie najwięcej nam idzie w praktyce lekarskiej, a na te metoda psychologiczna nie daje nam żadnych objaśnień.

Metoda na pozór tak nęcąca, nie dostarcza nam nawet elementów do dobrej semiologii chorób umysłowych; zamiast pożytecznego rozkładu objawów, jakie chory przedstawia, ograniczamy się na pracy abstrakcyjnej nie przedstawiającej korzyści praktycznych. Zwracamy często szczególną uwagę na objawy nieznaczące, a opuszczamy najważniejsze; rozdzielamy gwałtownie objawy które są połączone w naturze, wyrrywamy jaki objaw psychiczny z otaczających go, aby go umieścić obok innych różnych od niego. Tak więc kierunek badania wyłącznie psychologiczny, niszczy związek i koordynacyą między objawami, i zamiast nam pomóc, prowadzi nas na bezdroża. Nie odmawiamy psychologii wpływu jaki jęj się należy, utrzymujemy, że jedna nauka może się posługiwać drugą do pewnego stopnia, lecz każda powinna z siebie czerpać swe własne prawa. Pozbawieni gruntownej podstawy anatomicznej, gdyż anatomia patologiczna pomimo znakomych usług, jakie nam szczególnie od czasu wprowadzenia mikroskopu oddała, nie może nam wyjaśnić pytań, jakie jęj zadajemy, musimy w psychiatrii zwrócić szczególną uwagę na ogólny stan chorego, na całą grupę objawów klinicznych i etiologicznych. Ostatnia to faza, przez p. Falret fazą kliniczną nazwana, rokuje prawdziwy dla psychiatrii postępek: do pracy w tym kierunku wzywają wszystkie psychiatryczne znakomitości Francyi, i przewodnią gwiazdą młodszej szkoły psychiatrii Niemieckiej Prof. Griesinger. Zastosowanie u obłąkanych metod badania w klinikach terapeutycznych używanych, znakomite z powodu natury samej choroby przedstawia trudności, tylko żelazna praca, i to w zakładzie we wszystkie pomoce naukowe zaopatrzonym, może doprowadzić do pewnych rezultatów. Warunki te dotychczas rzadko gdzie znaleźć można, ztąd też i sumienne prace psychiatryczne w kierunku klinicznym do częstych nie należą. Ziomkowi naszemu Dr. Mierzejewskiemu, Ordynatorowi przy klinice Prof. Balińskiego w Petersburgu, należy się uznanie za piękne badania kliniczne, z którymi ozujemy się w obowiązku zaznajomić czytelników Gazety Lekarskiej. Za przedmiot swych badań wybrał p.

Mierzejewski mańią, bo téż dziwne i gwałtowne ruchy, jakie chorzy tego rodzaju wykonywają, zmuszają do odróżnienia ich na pierwszy rzut oka od współtowarzyszy. Ruchy te nie różnią się od ruchów dowolnych, tylko prędkość z jaką je chorzy wykonywają, różnorodność, brak związku między ruchami a zwykłemi przyczynami ruchy wywołującemi, nareszcie długi przeciąg czasu, przez jaki chorzy okłajają się téj ruchliwośi, oto okoliczności które ruchom maniaków nadają piętno chorobne.

Pierwszy Szpielmann starał się objaśnić ruchy przy manii na drodze fizyologicznej. Według jego zdania, ruchy przy manii, pomimo że przedstawiają charakter ruchów dowolnych, przychodzą do skutku niezależnie od jasnych pojęć lub zmian w uczuciach chorego, a zależą od bezpośredniego i specyficznego podrażnienia tych ośrodków nerwowych, za pomocą których przenoszą się impulsy naszej woli. Odrzucając wpływ impulsu psychicznego na ruchy maniaków, Szpielmann sądzi, że ruchy te są zupełnie automatyczne, podobne do ruchów jakie się pojawiają przy uszkodzeniu niektórych części mózgu, np. u królika po przecięciu obydwu ciał prążkowanych, zwierzę szybko biegnie naprzód (Magendie). Jakkolwiek Szpielmann należy do lepszych badaczy, trudno się zgodzić na jego zdanie; przeciwnie zmuszeni jesteśmy potwierdzić zdanie Solbrig'a Profesora w Monachium, który dowodzi, że większa część ruchów przy manii, przychodzi do skutku pod wpływem psychicznych impulsów.

Obserwacye p. Mierzejewskiego nad manią dadzą się streścić w następnych twierdzeniach:

1. Różnorodność idei obłądnych jest zjawiskiem pozorném, w rzeczywistości zaś krąg idei tego rodzaju chorych jest dosyć ograniczony.

2. Mylném jest zdanie, jakoby brakowało zupełnie związku między ideami chorego; owszem inkohereńcy jest więcej pozorą jak rzeczywistość, akty psychiczne powstają daleko szybciej i nie mogą się wyrazić odpowiedniami kureczeniami się mięśni; zanim się skończy ruch mięśni głosowych zależny od pierwszej idei, już biegnie myśl druga, sprowadzająca nowy i także niewykończony ruch, i t. d. a obserwator słyszy szereg nieskończonych zdań i słów.

3. Ruchy chorego powstają pod wpływem psychicznych impulsów, poznawszy dokładnie chorego, rozpatrzywszy się w jego ruchach, przekonywamy się, że zależą od znanych nam już idei, tak że możemy naprzód przewidzieć ruchy chorego, jako téż z ruchów przewidywać bieg jego myśli.

4. Chociaż maniak zajęty jest przede wszystkim swoimi ideami obłądnymi, nie mniej jednak wrażenia zewnętrzne dochodzą do jego świadomości i rodzą odpowiednie wyobrażenia; tym sposobem zapoznawszy się z biegiem myśli chorego, możemy chwilowo zmieniać jego idee, i wywierać nań wpływ moralny do pewnego przynajmniej stopnia.

5. Ruchy maniaków są zupełnie podobne do ruchów dowolnych, główna różnica leży w tém, że ruchy chorych odbywają się bardzo prędko, co znów zależy od szybkości z jaką u nich powstają nowe idee, nowe uczucia, a ciągle te i szybkie zmiany myśli i uczuć nadają ruchom coś niewykończonego.

Wiadomo nam ze znakomitych doświadczeń Helmholtza, że szybkość prądu nerwowego tak w nerwach czuciowych jak i ruchowych nie przenosi $62\frac{1}{2}$ metrów na sekundę; szybkość w ośrodkach nerwowych, z powodu znakomitych tamże znajdujących się przeszkód, zmniejsza się do 5 metrów na sekundę; tym sposobem prędkość prądu nerwowego jest 5 milionów razy mniejszą od prędkości światła, a 7 milionów razy mniejszą od prędkości elektryczności. Sama więc fizyologia uczy nas, że potrzeba pewnego względnie dość długiego czasu, ażeby wrażenia doszły do naszego mózgu, ażeby tam wytworzyły się jasne pojęcia, a pod ich wpływem powstały odpowiednie ruchy. Im prędzej snują się myśli, tém ruchy są więcej niewykończone; im wolniej płyną nasze idee, tem ruchy są pewniejsze i dokładniejsze, stosownie więc do tego, ruchy maniaków noszą piętno odpowiednie ich ideom, widąc że powstają pod wpływem niejasnych i nieprawidłowo z sobą związanych myśli.

Oprócz wyżej wzmiankowanych ruchów, spostrzegamy jeszcze u zaleńców inne ruchy które powstają bez psychicznego impulsu. Chorzy mają chwile, w których ulegają nieprze-

zwyczajonemu popędowi do zmiany miejsca, do przenoszenia lub niszczenia okrażających ich przedmiotów; niektórzy z nich przeciwstawiają nawet zbliżenie się podobnych momentów, proszą sami o zastosowanie właściwych środków.

Bezczelowe ruchy mieszają się ciągle z ruchami któreśmy zaliczyli do pierwszej grupy tak, że maniak na pierwszy rzut oka przedstawia wiele podobieństwa do indywiduum dotkniętego tańcem Śgo Witta, różnica leży tylko w tém, że bezcelowe ruchy szaleńców nie przedstawiają charakteru drgawek. Główna przyczyna tego rodzaju ruchów zależy prawdopodobnie od zбочeń w czuciu mięśni. Chorzy czują się silnymi, zdrowymi, zręcznymi, starają się każdemu swemu ruchowi nadać piętno siły, po dokonaniu ruchu doznają uczucia przekonywającego ich że ruch rzeczywiście został dokonany, a to skłania ich znowu do powtórzenia tego samego ruchu lub innego, sprawiającego im równie przyjemne wrażenie. Maniak np. deklamuje tonem rozkazującym, lub téż powtarza szereg słów rymujących się, głaszcze swoje ucho, przedstawia według swego widzi mi się znajdujące się koło niego przedmioty i tém zadawalnia swój wzrok. W początku podobne ruchy mogą skutecznie się pod wpływem woli, wkrótce jednak ruch staje się koniecznością, gdyż rodzi przyjemne wrażenie które znów sprowadza nowe ruchy i t. d, powoli jednak konieczność pobudzająca do powtórzenia ruchu osłabia się, a czynność mięśni skuteczniejsza się w sposób automatyczny. Śledząc pilnie szaleńca deklamującego najdobitniej, przekonać się można o prawdziwie tego cośmy wyżej powiedzieli; z początku wiersze lub téż nadęte frazy odpowiadają nastrojowi ducha chorego. Przy podobu deklamacji wszystkie mięśnie czynne przy wydawaniu głosu, wprawione zostają w silniejszy ruch, każdy wyraz wymawia się z natężeniem, ze szczególnym akcentem którym przenika do głębi słuchacza.

Akcent ten, ton mowy, działają przyjemnie na samego chorego i pobudzają go do dalszej deklamacji; przychodzi wprawdzie czas, gdzie podobna deklamacja nie odpowiada już nastrojowi ducha chorego, nie robi mu przyjemności, lecz przychodzi do skutku automatycznie, tak że chory mianowicie w peryodzie rekonwalescencji stara się napróżno zapanować nad samym sobą.

Rozpatrzywszy główne formy ruchów szaleńców widzimy, że 1) ruchy te pojawiają się przy szczególnym stanie ośrodków nerwowych, przy którym idee i uczucia szybko powstają i jeszcze szybciej się zmieniają, 2), ruchy powstają nietylko pod wpływem idei i uczuć, ale i pod wpływem różnych wrażeń, między któremi mięśniowe główną grają rolę. Podobny stan ośrodków nerwowych zależy bezwątpienia od zmian materyalnych, zmian które nastąpić mogą pod wpływem czynników sztucznych, np. wysokości, konopi indyjskich, kamfory, tlenu azotu. Na czem jednak mianowicie zmiany te zależą, niewiadomo; nie ulega tylko wątpliwości, że tak przy manii jak téż przy przechodniem zatruciu wyżej wzmiankowanemi środkami, odżywianie ośrodków nerwowych tak małym ulega zmianom, że nie jesteśmy w możności odkryć ich ani za pomocą analizy chemicznej ani téż przy pomocy mikroskopu. Fakt ten nie jest jedyny w medycynie, wszakże fizjologia uczy nas, że pobudzając nerw słabym prądem galwanicznym, można wzbudzić tężec; tutaj wskutek słabego pobudzenia następują nieznaczne przemiany chemiczne w podrażnionym nerwie, a zmiany te jednak są dostateczne do spowodowania gwałtownej czynności mięśni. Wiadomo nam również, że przy zatruciu alkoholami, pomimo silnych objawów funkcjonalnych, nie możemy żadną ze znanych nam metod badania, wykryć zmian w systemacie nerwowym.

Z tego cośmy wyżej powiedzieli widać, że niepodobna wysledzić w ogólnej zmianie materyi ustroju tych zmian, jakie powstają wprost w skutek zбочeń w systemacie nerwowym u szaleńców; nie znamy wcale produktów tych zбочeń, a choćbyśmy je i znali, to będą w tak małej ilości, że trudno spodziewać się jakich rezultatów stanowczych. Daleko więc korzystniej zwrócić całą naszą uwagę na ostatnie ogniwo, na mięsień. Liczne badania fizjologiczne przekonały w sposób niewątpliwy, że przy kurczeniu się mięśnia powstaje bardzo złożony proces chemiczny, następuje zmiana temperatury, powiększenie ilości kwasu węglanego, zmiana obojętnej reakcji tkaniny na kwaśną, powiększenie części rozpuszczalnych w wysoku, a zmniejszenie części rozpuszczalnych w wodzie, nareszcie ilość kreatyniny zwiększa się i tworzy się kreatyna i cukier. Zmiany materyi w mięśniach wykonywających znakomitą pracę mechaniczną, muszą się wyrazić w ogólnej zmianie materyi produktami metamorfozy wstecznej, na

które baczną zwracając uwagę, możemy sobie utworzyć zdanie o podwyższonej czynności mięśni.

Wyżej wzmiankowane punkta zwróciły na się uwagę p. Mierzejewskiego, i dla tego starał się w swęj pracy głównie rozpatrzyć objawy towarzyszące podwyższonej działalności mięśni u maniaków, i objaśnić na zasadzie danych fizyologicznych, zmiany temperatury ciała, wagi, ilości i części składowych moczu. Z ośmiu obserwacji, tylko w dwóch wypadkach udało się przeprowadzić badanie przez cały czas choroby i porównać peryod powiększonej działalności muskularnej z peryodem powrotu do zdrowia i spokojuński; te też tylko obserwacye pozwalają na wyrobienie jasnych pojęć o zmianach, jakie sprowadza w ustroju chorobliwie powiększona czynność mięśni.

Prace w wyżej wskazanym kierunku są bardzo rzadkie w literaturze psychiatrycznej; zmiany wagi ciała szaleńców badali pp. Nassee, Kelp, Erlennayer; badania ich jednak są bardzo ogólne, żaden z tych autorów nie wykazuje codziennę zmianę w wadze ciała u jednego i tego samego chorego, żaden nie zwraca jednocześnie uwagi na temperaturę i moczu chorego. Szczególniej też brak dokładnych rozbiórów moczu maniaków; badania uryny dokonane przez pp. Suderlund, Rigli, Lander, Lindsej w Anglii, pp. Erlennayer i Heinrich w Niemczech, są niedostateczne tak z powodu niedokładnej metody analizy, jako też dla braku historii chorób badanych chorych. Do najlepszych prac zaliczyć należy pracę Dr. Selina: o „мочъ у манишенныхъ,” chociaż i tam nie znajdujemy ani jednego wypadku, gdzieby rozbiór moczu był dokonywany przez czas dłuższy z dnia na dzień, tak że badań jego do ścisłych i dokładnych zaliczyć nie możemy.

1-sza obserwacya p. Mierzejewskiego, przedmiotem której był mężczyzna lat 42 liozący, budowy ciała prawidłowej, przeprowadzoną była przez 85 dni z rzędu; chory codziennie był ważony, temperatura jego ciała była regularnie wymierzona pod pachą rano i wieczór, jednocześnie ważono pokarm stały i płynny, jak również i wypróżnienia stolcowe, moczu zaś był rozbiórany ilościowo. Rezultaty tych badań przytoczone są w oryginalnej pracy; nie mogąc ich zamieścić pozwolimy sobie tylko przytoczyć cyfry średnie z 22 dni niespokojnych, i z 18 dni spokojnych.

Średnie cyfry z 22 dni niespokojnych.

Waga Ciała	Tempera- tura rano wie.	Pokarm. stały płyn.	Wy- pró- żnie- nia.	Ilość mocz-u	Ciepł- ota Gat.	Ilość części płyn- w ury.	Ilość części stałych w ury.	Chlork.	Mocznik	Kwas fosfor.	Kwas siarcz.	Kwas. moczowy.		
67218	36,5	37	1644	4452	593	25,36	1,009	2489	46,875	12,554	29,905	2,896	1,453	0,077
gram.			gram.	gram.	gra.	Cent. kubi.		gram.	gram.	gram.	gram.	gram.		

Średnie cyfry z 18 dni spokojnych.

780*6	37,1	37,5	1435	6213	410	4111	1,009	4028	82,08	30,79	41,75	5,311	4,587	0,151
gram.			gram.	gram.	gra.	C. ku.		gram.	gramów	gramów	gramów	gramów	gram	

Średnia więc temperatura po lozas dni niespokojnych jest niższa jak podczas peryodu spokojnego.

W peryodzie spokojnym średnia waga ciała wzrosła o 10,228 gram.

Pokarmu stałego użył mniej o 209 grm., płynnego zaś więcej o 1761 gram.

Średnia cyfra części składowych moczu podczas peryodu niespokojnego była mniejszą jak w prawidłowym stanie zdrowia.

Średnia cyfra części składowych moczu podczas peryodu spokojnego było znacznie wyższą, najmienić jednak wypada, że chory używał nadzwyczajnej ilości soli kuchennej która tak znaczny wpływ wywiera.

Przedmiotem drugiej obserwacji był mężczyzna średniego wzrostu, lat 28, budowy ciała prawidłowej, obserwacya przeprowadzoną była przez dni 68.

Srednie cyfry z 15 dni niespokojnych.

Waga ciała.	Temperatu. Rano. Wie.	Pokarm, Stały.	Wy- Płyn.	Ilość. proż	Ilość. mocz	Cięż. Gatu.	Ilość części płynny.	Ilość części stałych	Chlork	Mocz- nik.	K. fos for.	K. siar.	K. mo- czowy
65321	36,9 37,2	859	2384	118	833	1,021	801,216	31,784	10,832	17,604	1,076	1,186	0,286,
gram.		gra.	gram.	gra.	kubi. Cent.		gram.	gram.	gram.	gram.	gram.	gram.	

W peryodzie spokojnym z 12 dni.

69182	37	37,3	1625	3337	332	1618	1,015	1600	45,503	17,854	24,201	2,427	1,014	0,307.
gram.			gram.	gram.	gra.	Kub. Cent.		gram.						

Podczas peryodu niespokojności waga ciała stopniowo się zmniejszała, przez cały ten czas chory używał mniej pokarmów tak stałych, jak i płynnych. Średnia cyfra części stałych i płynnych w moczu nie dochodziła do ilości prawidłowej, ilość części stałych moczu była mniejszą jak w stanie zdrowia.

Podczas peryodu spokojnego waga ciała podniosła się o 2,861 gram. pokarmu stałego używał więcej o 769 gram, płynnego o 953 g., części stałych moczu wydzielił więcej o 14,019 gram, płynnych o 799,276.

Średnia temperatura w czasie niespokojności niższa jak w czasie spokojnym.

Rozpatrzmy teraz szczegółowo rezultaty, jakie otrzymaliśmy w dwóch tych obserwacjach. Waga ciała maniaaka o 1 chwili w której występują nieprawidłowe ruchy, zmniejsza się stopniowo, a opadłszy do pewnego punktu, pomimo wysoko rozwiniętej czynności mięśniowej, pozostaje na tym punkcie przez czas długi. Od czasu do czasu spostrzegamy małe różnice: waga jużto podwyższa się lub też nieco opada, stosownie do zachowania się chorego; nigdy jednak nie dosięga aż do pierwotnej wagi chorego. Przy powrocie do stanu spokojnego waga ciała wznosi się, w miarę zmniejszania się chorobliwej ruchliwości. W peryodzie niespokojności chorzy żywieni byli pokarmem mieszanym w odpowiedniej ilości, pomimo tego ciągle tracili na wadze; prawdopodobnie ilość pokarmu wystarczająca przy spokojnym stanie chorego, stała się niedostateczną przy powiększonej pracy mechanicznej i przyspieszonej zmianie materii. Tkaniny musiały więc uleść zużyciu i to trwało tak długo, póki ilość ich nie zmniejszyła się do tego stopnia, że mimo powiększonych ruchów, zmniejszyła się ilość produktów wstecznej zmiany materii, a wtenczas dostarczona choremu ilość pokarmu stała się dostateczną do pokrycia zmniejszonej ogólnej straty; od tej też chwili waga ciała przestaje opadać. W drugim peryodzie choroby, w miarę ograniczenia ruchliwości zmniejsza się praca mechaniczna i ogólna ilość produktów wstecznej zmiany materii, a ilość pokarmu nie tylko pokrywa straty tkaniny, lecz jeszcze pozostaje nadmiar, który powoli sprawdza i powiększenie wagi.

Co się tyczy temperatury, to w obydwu dokładnie zbadanych wypadkach, średnia temperatura nigdy nie wychodziła po za granice normalne, przytem zwrócić musimy uwagę, że w peryodzie niespokojności, tak ranna jak i wieczorna temperatura nigdy nie była wyższą od temperatury obserwowanej w peryodzie uspokojenia się chorego, owszem temperatura ranna u pierwszego chorego była niższą w peryodzie niespokojności o 0,4, wieczorna zaś o 0,5 stopnia, u drugiego zaś różnica tak rannej jak i wieczornej temperatury dochodziła do 0,1 stopnia.

Pod względem temperatury badania p. Mierzejewskiego zupełnie się zgadzają z badaniami Szpeka, który twierdzi, że przy powiększonej pracy mechanicznej mięśni, średnia temperatura ciała jest niższą od średniej temperatury w czasie spokoju. Badania fizjologów nie sprzeciwiają się tej obserwacji, idzie tylko o jej wytłumaczenie; i tak Mierzejewski tłumaczy to w sposób następny: przy skurczu mięśnia, proces utleniania jest żywszy, a w skutek tego winnoby nastąpić podwyższenie się temperatury, lecz część ciepła zostaje podczas czynności mięśnia utajoną, lub też mięsień zużywa część ciepła in statu nascendi dla swjej wła-

snój czynności. Według tej teorii, podczas skurczu mięśnia temperatura powinna się zniżyć, nie obserwujemy jednak tego, a to z tej przyczyny, że jednocześnie żywszy process chemiczny znów wpływa na podwyższenie się temperatury.

Z liczby innych badaczy, Helmholtz dowiódł na drodze doświadczalnej podwyższenie się temperatury przy kurczeniu się mięśnia, a Bèclard przekonał się, że mięsień w stanie czynnym t. j. mięsień przenoszący swą żywą siłę na ciała zewnętrzne, oddaje na zewnątrz mniej ciepła, jak mięsień kurczący się z taką samą siłą, lecz nie wykonywający żadnej pracy. W ostatnich czasach Solger potwierdził, że mięsień podczas swój czynności rozwija ciepło, z początku jednak można spostrzedz na igielce magnesowej zboczenie wsteczne. Niezależnie od Solgera, Tihry i Mejersztejn zajęli się badaniami nad ciepłikiem w mięśniu czynnym, potwierdzają oni prace Solgera i utrzymują, że w mięśniu czynnym temperatura podwyższa się, lecz jednocześnie zaznaczają zboczenie wsteczne igielki w początku kurczenia się mięśnia. Zboczenie wsteczne igielki najdokładniej wyraża się w mięśniach poddanych doświadczeniu bez poprzedniego obciążenia, daleko zaś niewyraźniej w mięśniach silnych i silnie obciążonych.

Oto dane dostarczone nam przez fizyologią; trudno na tych zasadach wytłumaczyć fakt zniżenia się temperatury w peryodzie niespokojności, prawdopodobnie zmniejszenie się wagi chorego, powiększenie przeziwu przez skórę i płuca, powiększona wymiana gazów w płucach, nie pozostają bez wpływu na ten objaw.

Zwróćmy się teraz do rezultatów otrzymanych przy chemicznym rozbiórce moczu. W samym początku peryodu niespokojności, chory zwykle oddaje mocz minowolnie, z tego więc powodu trudno uniknąć błędów, tak że dla dokładności obserwacji zaczęto badanie już w pełnym rozwoju choroby. Podczas niespokojności, przy zmniejszonej średniej wadze ciała chorego, przy zmniejszonej ilości pokarmu, średnia ilość tak części stałych jak i płynnych uryny jest mniejsza od średniej ilości tychże samych części w peryodzie uspokojenia; w jednym tylko wypadku ilość siarczanów w peryodzie niespokojności chorego, przewyższała ilość tychże samych soli w peryodzie uspokojenia się. Zapatrując się na wyżej przytoczone tablice widzimy, że średnie cyfry składowych części moczu w jednym wypadku niższe jak w prawidłowym stanie zdrowia, w drugim zaś wypadku nie przechodzą za granice normalne; — w peryodzie uspokojenia się średnie cyfry tychże części w jednym wypadku zbliżają się do granic prawidłowych, w drugim wypadku ilość części stałych moczu jest nieco wyższą jak w stanie prawidłowym, co jednak tłumaczy się nadmiernem użyciem przez chorego soli kuchennej i napoju. Upadek wagi ciała w peryodzie niespokojności chorego jest bardzo znaczny, ilość uryny zaś w ogóle, jako też i ilość jej części stałych jest zmniejszoną; gdzież się więc podziewają stracone tkaniny, jaką drogą wydzielone zostają produkta wstecznej zmiany materji? — fakt ten możemy tylko objaśnić powiększeniem przeziwu przez płuca i skórę, co i przez obserwację kliniczną stwierdzone zostaje, szalenie bowiem wydaje zapach przykry, który tylko przez częste kąpiele zmniejszony zostaje.

Przechodząc od obserwacji klinicznych do danych fizyologicznych, przekonamy się, że w fizyologii, mianowicie od czasu pojawienia się pracy Voita „Untersuchungen über den Einfluss der Kochsalzes, des Kaffees und der Muskelbewegungen auf den Stoffwechsel 1860” zaszły znaczne reformy w pojęciach o przedmiocie który nas zajmuje. Voit wykonał cały szereg doświadczeń nad psem, u którego azot przyjmowany z pokarmem oznaczał się w kale i moczu, a jednocześnie wyrachowano za pomocą osobnej metody pracę mechaniczną, jaką zwierzę wykonywało. Otóż doświadczenia te przekonały, że przy tym samym pokarmie a powiększonej pracy mechanicznej, ilość azotu w wydzielinach nieco się tylko zwiększyła. Opierając się na pracach Vierordta, Mejera, Ludwiga, Ficka i Dondersa, Voit obliczył wewnętrzną pracę mechaniczną psa głodzonego na 30,000 kilogramometrów na dobę; ten sam pies wydzielił przez ten sam przeciąg czasu 10,88 gram mocznika.

Gdybyśmy przyjęli ilość mocznika za wykładnik pracy mechanicznej, to to samo zwierzę, wykonywające przy tychże samych warunkach pracę równą 150,000 kilogramometrów, powinno wydzielić pięć razy więcej mocznika; tymczasem obserwacja nie potwierdza tego wniosku, pies wykonawszy pracę równą 150,000 kilogramometrów wydzielił tylko 12,33 grm. mocznika. Rozdzieliwszy nadmiar wydzielonego przy ostatniej obserwacji mocznika, przekonamy się, że odpowiada tylko 11,345 kilogramometrów t. j. tylko $\frac{1}{13}$ części pracy wykonanej przez

zwierzę. Voit przypisuje nadmiar wyżej wzmiankowanej soli nie zwiększonej pracy mechanicznej, a nadmiernemu zużyciu wody przez zwierzę i twierdzi, że przy zwiększonej pracy mechanicznej nie zużywa się więcej azotu, jak w stanie spoczynku. Obserwacya Voita sprzeciwia się zdaniu Liebiga, że tylko ciała białkowe służą za materiał zużywający się przy czynności mięśni, chcąc ją zaś zgodzić z nauką wielkiego chemika Voita uciekł się do następnej hipotezy: Ciała azotowe zużywając się wydają ciepłik i elektryczność, podług prawa utrzymywania się sił, ciepłik może wytworzyć pracę mechaniczną, lub też zamienić się na prąd elektryczny. Według Voita niema w naszym organizmie warunków potrzebnych dla zamiany ciepłika w pracę mechaniczną, przeciwnie wiemy z pewnością, że elektryczność znajduje się we wszystkich naszych tkaninach, szczególnież też w mięśniach i nerwach. Dalsze badania pokazały, że zbroczenie igielki multiplikatora, przekonywające nas o istnieniu prądu mięśniowego, zamienia się przy kurczeniu się mięśnia na zbroczenie wsteczne. Voita stara się fakt ten użytkować i sądzi, że to wskazuje nam brak elektryczności, która zamieniła się na pracę mechaniczną. Opierając się na tych danych, Voita twierdzi, że ciała białkowe służą za materiał dla czynności mięśniowej, ulegają one jednak zmianie nie w chwili ruchu lecz daleko wcześniej, siła zaś powstająca w skutek ich zużycia, nagromadza się w organizmie pod formą elektryczności, aż do chwili w której użyteczniamy pracę mechaniczną.

Hypoteza Voita, jako sprzeciwiająca się głównym zasadom fizjologii i fizyki, utrzymać się nie mogła, szczególnie powstał przeciw niej M. Traube zwracając uwagę, że gdyby elektryczność nagromadzała się w organizmie aż do chwili uskutečnienia pracy mechanicznej, to wszystkie organizmy ludzkie w stanie spoczynku powinnyby przedstawiać stan bardzo silnego, a nawet niebezpiecznego napięcia elektryczności. Wiadomo nam przytęm, że mechaniczny równoważnik napięcia elektryczności jest bardzo mały, działanie iskry jest wprawdzie silne, przy powolnem jednak wydławaniu działanie osłabia się tak znacznie, że potrzebaby ogromnej ilości elektryczności do otrzymania małych rezultatów. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że podczas kurczenia się mięśnia powstaje w tym narzędziu bardzo żwawa zmiana materji. Jeszcze La Voisier przekonał, że nawet przy bardzo umiarkowanej czynności muskularnej, potrzeba większej ilości tlenu; w nowszych czasach Helmholtz dowiódł na drodze doświadczalnej, że nawet mięsień oddzielony od żywego organizmu, nie może wykonać najmniejszej pracy mechanicznej, bez odpowiedniego zużycia swej własnej tkaniny. Nie podejrzwając prawdziwości obserwacyi Voita, a tylko występując przeciw tłumaczeniu, M. Traube wnioskuje, że ciała bezazotowe mogą służyć za materiał przy ruchach muskularnych. W ostatnich czasach praca p. Szczelków rzuca nowe światło na przedmiot sporny; Szczelków dowiódł, że prędkość obiegu krwi w mięśniu czynnym powiększa się, jak również wytwarza się w nim więcej kwasu węglanego, tak że różnica co do ilości tego gazu między krwią żylną a tętniczą dochodzi do 40,79%, kiedy w mięśniu spokojnym różnica ta nie przechodzi 6,71%.

Z dalszych badań p. Szczelków zwrócić musimy jeszcze uwagę na odkryty przez niego fakt, że w mięśniu czynnym zwiększa się zapotrzebowanie tlenu, dalej przy kurczeniu się mięśnia zmienia się stosunek między wytworzonym kwasem węglanym a wypotrzebowanym tlenem, na jednakową ilość tlenu wytwarza się w mięśniu kurczącym się więcej kwasu węglanego jak przy spokojnym stanie mięśnia. Jakie mianowicie części składowe mięśnia utleniają się przy jego kurczeniu się, dotychczas jeszcze niewiadomo; pierwiastkowe zdanie Liebiga, że utlenieniu głównie podlegają ciała azotowe, zostało prawie obalone przez badanie Voita; przeciwko temu zdaniu przemawiają także następne fakty: obecność cukru jako prawidłowej części składowej mięśnia, co przez Meissnera dowiedzionem zostało, wytwarzanie się kwasu mlecznego w czynnym mięśniu (Dubois Reymond), oraz i odkrycie Szczelkowa, że ilość wytworzonego w czynnym mięśniu kwasu węglanego jest większa od wypotrzebowanej ilości tlenu. Pomimo wyżej wzmiankowanych obserwacyj możemy jeszcze jednak przypuszczać, że przy kurczeniu się mięśnia ciała białkowe mogą uleść utlenieniu lub też rozpadowi. Ilość mocznika, na który to produkt Voita główną zwraca uwagę przy obliczaniu ilości azotu w wydzielinach, może się nie powiększyć podczas czynności mięśni, lecz mocznik nie jest przecie jedynym produktem wstecznej zmiany materji, są przecież jeszcze inne ciała jako to: kwas moczowy, kimerowy, kreatyna, kreatynina, allantoina. Według Ranke i Szpeka ilość kwasu moczowego zwią-

ksza się po natężonej czynności mięśniowej, zaś p. Sorokin przekonał, że w mięśniu ztętnizowanym powiększa się ilość kreatyniny.

Wiadomo nam dalej z fizjologii, że część azotu wydala się z organizmu przez płuca a prawdopodobnie i przez skórę; nowsze prace pp. O. Funke, Meissnera i Lotara Meijera, pokonały ostatnie wątpliwości pod tym względem. Wprawdzie u psa obserwowanego przez Voita, cały azot znajdujący się w pokarmie wydzieliał się przy spokojnem zachowaniu się zwierzęcia przez nerki i kiszeczkę oddechową, nie wiemy jednak czy przy natężonej czynności mięśniowej, przy powiększonym przystępie tlenu, nie mogłoby się zmienić szereg wyrobów utlenienia, i czy to nie mogłoby wpłynąć na drogi, przez które ustrój wydala na zewnątrz produktu zmiany materji. Wiemy że ciała azotowe przy pewnych warunkach mogą się rozpaść na ciała azotowe i bezazotowe; chemia organiczna przedstawia przykłady tego rodzaju np. amygdalinę; Bederer i Fiszler rozkładając chondrynę za pomocą kwasów, otrzymali cukier jako produkt rozkładu. W ostatnich czasach znaleziono cukier jako prawidłową część składową mięśnia, przekonano się również, że pomiędzy innymi gazami znajduje się w mięśniu i azot i to w dość znacznej ilości (około 4, 9 na 100 części mięśnia), jeżeli przymtem potwierdzi się ostatnia obserwacja p. Ranka, że w mięśniu tetanizowanym wytwarza się cukier, to będziemy mogli wnioskować, że i w czynnym mięśniu ciała azotowe mogą się rozkładać na produkty azotowe i bezazotowe, co by wy tłumaczyło wyżej zacytowane rezultaty obserwacji p. Mierzewskiego.

Postaramy się teraz zastosować niektóre z otrzymanych faktów do praktycznej psychiatrii. Widzimy że każdy paroksyzm szaleństwa pociąga za sobą zmniejszenie wagi ciała chorego, co według danych fizjologicznych zależy od zużycia tkaniny, i spowodadza wychudnienie chorego. Okoliczność ta wskazuje nam, że przy leczeniu tego rodzaju chorych, należy się wstrzymywać od środków osłabiających.

Doświadczenie fizjologiczne przekonało w sposób stanowczy, że przy powiększonej czynności masykularnej zwiększa się zapotrzebowanie tlenu, w powietrzu zaś wydychaném znajduje się większa ilość kwasu węglanego. Oprócz tego Gerlach i Wejrich przekonali, że przy zwiększonej czynności masykularnej zwiększa się przeziew skórny i wymiana gazów przez skórę. Według badań Pettenkofera, człowiek spokojny potrzebuje około 60 metrów powietrza na godzinę; dla szalonego przy powiększonej czynności mięśni, przy zwiększonej wymianie gazów przez skórę i płuca, przy powiększonej w ogóle ilości produktów przeziewu, podobna ilość powietrza nie może być dostateczną.

Tym czasem w praktyce na fakt ten nie zwraca się uwagi, owszem zwykłe komórki gdzie się pomieszcza maniaków podczas szaleństwa są zwykle małe, i niezaopatrzone w przyrządy wentylacji. Umieszczenie chorego pod czas peryodu niespokojności na wolnem powietrzu, gdzieby mógł wykonywać ruchy bez szkody dla siebie, jest jednym z najlepszych środków do skrócenia ataku; dla tego też w niektórych zakładach niemieckich, chory odosabnia się na odkrytem powietrzu w małym podwórzu. Dokładne zaś oznaczenie ilości tlenu potrzebnego dla szaleńca, jak również i obliczenie ilości wydychanego przezeń kwasu węglanego, stanowią jedno z ważniejszych pytań w psychiatrii, przy czem ostatnie prace Pettenkofera ważne nam mogą oddać usługi. (Patrz Gaz. Lek. N. 32, str. 513—515). (Arch. dla sudeb. med. i obsz. hyg. 1865).

CZĘŚĆ STATYSTYCZNA.

*Sprawozdanie z ruchu chorych oddziału ocznego szpitala Starozakonnych
w Warszawie, za rok 1866. ¹⁾*

Z roku 1865 pozostało	mężczyzn	7
„	„ kobiet	4
„	„ dziecko	1

¹⁾ Oddział oczny szpitala staroz. składa się z 2ch sal większych, męzkiej i kobiecej i 2ch mniejszych pokojów; ma łózek 23 i od roku 1861 został urządzony podług wszelkich wymagań okulistyki postępowej a potrzebnymi narzędziami i przyrządami zaopatrzony.

W roku 1866 przybyło	mężczyzn	89
"	" kobiet	67
"	" dzieci	17
razem więc leczonych było w roku 1866		185

Pozostało w kuracyi na r. 1867:

"	" mężczyzn	5
"	" kobiet	9

razem 14

Szczegółowy wykaz chorób leczonych.

1.	Zapalenie gruczołków rzęsowych (blepharadenitis ciliaris).	1.
2.	Zawrócenie powieki do wewnątrz (entropium)	5.
3.	Wywrócenie powieki na zewnątrz (ectropium)	7.
4.	Fałszywe wyrastanie rzęs (distichiasis et trichiasis).	4.
5.	Nowotwór torbielowy (tumor cysticus) w tkance łącznej oczodołu.	1.
6.	Zapalenie łącznicy kataralne (conj. catarrhalis) ostre.	6.
7.	" " przewlekłe.	10.
8.	Zapalenie łącznicy ziarniste (conj. granulosa) ostre.	2.
9.	" " przewlekłe.	15.
10.	Zapalenie łącznicy śluzotokowe (conj. blenorrhoica).	2.
11.	Zapalenie łącznicy dyfterytyczne (conj. diphtheritica)	6.
12.	Zapalenie łącznicy pryszczkowe (conj. flyctenulosa)	3.
13.	Włókniak łącznicy i rogówki	1.
14.	Zapalenie rogówki miotłkowate (keratitis superficialis vascul. Büschelform).	3.
15.	Zapalenie rogówki miąższowe ogólne (ker. parenchymatosa diffusa).	9.
16.	Zapalenie rogówki miąższowe, częściowe z owrzodzeniem połączone (ker. ulcerosa).	20.
17.	Blizny i plamy rogówki (leucomata et nubecula corneae).	7.
18.	Zranienie rogówki (vulnus corn.)	1.
19.	Zapalenie tęczy (iritis)	2.
20.	Przyczepy tęczy tylne (sinechia post.).	1.
21.	Groniak błony twardej przedni (staphyloma sclerae antic.)	1.
22.	Groniak błony twardej tylny (staphyl. sclerae postie).	1.
23.	Zaciemek wiekowy (cataracta senil.)	16.
24.	Zaciemek miękki (cat. mol.)	6.
25.	Zaciemek w następstwie skaleczenia (cat. traumatica).	3.
26.	Zaciemek następczy (cat. secundaria).	2.
27.	Zapalenie naczyniówki (choroideitis)	1.
28.	Zieloniak ostry (glaucoma acutum).	6.
29.	Zieloniak przewlekły (glaucom. chronie).	7.
30.	Przekrwienie siatkówki (hyperaemia retinae).	1.
31.	Wynaczynienia w siatkówkę (apoplexia retinae).	1.
32.	Oddzielenie siatkówki	4.
33.	Zapalenie siatkówki i nerwu wzrokowego (neuroretinitis).	2.
34.	Zapalenie nerwu wzrokowego zstępujące (neuritis descendens).	1.
35.	Zanik nerwu wzrokowego (atrophia nervi optici)	1.
36.	Kurza ślepotą (hemeralopia)	1.
37.	Oslabienie mięśni prostych wewnętrznych (insufficiencia recti interni).	1.

Od roku 1863 zostało otwarte przy tymże szpitalu oddzielne ambulatoryum dla chorych na oczy, w którym szuka porady rocznie około 1500 chorych, a udziela się miesięcznie około 1000 konsultacyj lekarskich. Z tego powodu znajdujemy w spisie chorób leczonych stacyonarnie niestosunkową ilość ważniejszych wypadków i wykonanych operacyj—chorzy bowiem mogący być leczeni ambulatoryjnie nie przyjmowani są na stacyonaryuszów.

38. Zez zoczny (strabismus convergens).	1.
39. Rak oka i oczodołu (cancer bulbi et orbitae).	1.
40. Śluzotok worka łzowego (blennorrhoea sacci lacrymalis).	3.
41. Przetoka „ (fistula sacci lacrymalis)	7.

W ogóle 173.

Operacje w tym roku wykonane.

1. Wydobycie zaciemka (extractio)	17.
Wszystkie zaciemki wydobyte były nowym sposobem Graefego (modificirte Linearextraction, por. protokół posiedzenia 19 oddziału chir. przy Tow. lek. Warsz.), 14 operacyj było uwieńczonych zupełnym skutkiem (chorzy opatrzeni szklami właściwemi, odzyskali $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$ siły widzenia); po 2 operacjach nastąpiło zapalenie tęczy ograniczone, po usunięciu którego dla poprawienia wzroku musiały być zrobione małe wycięcia kawałków tęczy (iridectomy), po tych chorzy odzyskali $\frac{1}{3}$ siły widzenia; po jednej operacji nastąpiło ostre zapalenie naczyńki i torebki T e - n o n a (panophthalmitis).	
2. Wydobycie zaciemka za pomocą cięcia liniowego (extractio linearis).	2.
3. Rozdrobnienie zaciemka (discisio cataractae).	8.
4. Odcięcie groniaka błony rogowej (abrasio staphylomae), groniaki te powstały w następstwie zapalenia dyfterytycznego łącznicy.	3.
5. Zdjęcie nowotworu z łącznicy i błony rogowej	1.
6. Wycięcie kawałka tęczy (iridectomy).	30.
Z tych 8 wykonanych w celu uleczenia zielonaka przewlekłego zostały bez skutku.	
7. Przecięcie ścięgna mięśni prostych (strabotomia)	3.
8. Operacje zawróconej powieki (entropium)	5.
2 sposobem Arlta, 2 sposobem Jaesche'go, 1 sposobem Graefego.	
9. Operacje rzęs rosnących nieprawidłowo (trichiasis et distichiasis) sposobem Arlta.	3.
10. Operacje powieki wywróconej na zewnątrz (ectropium).	3.
1 sposobem Sansona, 1 sposobem Jaesche'go i 1 sposobem Graefego; ostatnia pozostała bez skutku.	
11. Wyluszczenie gałki oka (enucleatio bulbi)	1.

W ogóle. 76.

Operacje, przy których nic o skutku nie powiedziano, były wykonane pomyślnie.
Lekarz ordynujący, Dr. W. Narkiewicz-Jodko.

Ruch chorych w szpitalach warszawskich.

od dnia 28 marca do 3 kwietnia (włącznie) 1867 r.

	Chorych było.	Przybyło.	Wyzdro.	Umarło.	Pozo- stało.
W szpitalu Dzieciątka Jezus	739	260	277	29	679
„ Sgo Duchy	158	35	38	5	150
„ Ewangielickim	80	18	17	3	78
„ Sgo Rocha	100	23	28	1	100
„ Sgo Jana Bożego	167	1	2	1	165
„ Sgo Łazarza	383	62	78	—	397
„ Starozakonnych	371	86.	82	7	368
Ogółem:	1998	437	452	46	1937

Wiadomości bieżące.

— W d. 1 b. kwietnia odbyło się 30-te posiedzenie oddziału chirurgii, okulistyki i syfilidologii Tow. lek. Warsz., na którym prof. L e B r u n opowiedział o dokonanej przez siebie operacji wypłowania częściowego szczęki dolnej z wyluszczeniem jej ze stawu (*exarticulatio et resectio*) z powodu rakowatego przeistoczenia kości; w 13 dni po operacji ro-

zwinęło się, bez widomej przyczyny, zapalenie pozostałej części żuchwy razem z okostną, które jednak po olejęciu kawałka brzegu zębodołowego, odpowiadającego 4m zębom przednim, pomyślnym uwiecznione zostało skutkiem. Doktor J o d k o mówił o ulepszeniu i zmianach jakie Professor G r a e f e w swoim sposobie wydobywania zaciemka (modificierte Linearextraction) (*) zaprowadził. Zmiany te polegają na wykluczeniu użycia haków tego i ostrego których wprowadzanie do środka oka w celu wyciągnięcia twardych zaciemków uważa Professor G r a e f e za szkodliwe; przy bardzo wielkich i twardych zaciemkach używa on obecnie nieco większego nożyka dla przecięcia rogówki, prze co się otwór nieco zwiększa, dla wyprowadzenia zaś z oka zaciemka używa łyżeczki guttaperkowej, którą naciskając na przeciwległy przeciętemu brzeg rogówki, wprowadza soczewkę w ranę a następnie na zewnątrz oka. Manewr ten zazywa Pr. Gr. *Stürzmannoelcer*, a łyżeczkę *Anaesthaetisches Loeffel*. Przytem Dr. J. podał statystykę operowanych przez siebie sposobem pr. G r a e f e g o wypadków 37, z których tylko jeden i to w początku zastosowywania tego sposobu, zakończył się zupełnie niepomyślnie, 4 wymagały poprawki (wycięcia kawałka tęczy), a 32 zakończyły się zupełnie pomyślnie (siła widzenia $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{4}$ normalnej); więc obliczając na 100: $2\frac{1}{2}\%$ nieudanych, 10 $\%$ potrzebujących poprawienia, a $87\frac{1}{2}\%$ pomyślnych zupełnie; przedstawiał przytem 4-ch chorych pomyślnie operowanych ulepszonym sposobem, z których jeden był dopiero przed 15-stu dniami operowany, a nazajutrz miał szpital opuścić. Następnie Dr. J. przedstawił chorą, której wyrwioną na zewnątrz powiekę (Ectropium) pomyślnie zoperował; wypadek ten tem był ciekawy, iż czoło chorój było całe pokryte bliznami tak, iż płatu z żadnego miejsca wzięść nie można było; Dr. J. zastosował w tym razie kombinację dwóch sposobów Ammona i Jaeschego, — wyciął kawałek zbyt przedłużonej powieki i używając kolistego cięcia, zsunął pozostałą część powieki do miejsca właściwego bez pozostawiania żadnego miejsca, któreby skórą przykryte nie było. W końcu okazał zwapniałą soczewkę, wydobytą przed kilku dniami z komórki przedniej, dokąd się też dostała w skutek upadku chorego. Następnie Kolega O r ł o w s k i pokazał obecnym członkom pokruszony kamień, przeważnie z fosforanów złożony, który wydobył z cewki moczowej za pomocą uretrotomii zewnętrznej; kamień ten tworzył się w tem miejscu przez lat 8 i ważył do 10 drachm. Poczem Dr. C h w a t przedstawił rzadki przypadek odrodzenia się kości, po wyjęciu kawałka kości udowej na 7 cali długiego, a który okazał oddziałowi; obecnie po 4ch miesiącach, kończyna operowana jest zaledwie o cal jeden krótsza od zdrowej, chory jeszcze o kuli chodzi, ale kość nowa przedstawia twardość należyłą, będąc tylko jeszcze cokolwiek grubsza. Wskazaniem do operacyi było złamanie powiklane uda uchwyconego w pas maszyny parowej. Chory ma lat 18. Pr. G i r s z t o w t nareszcie przedstawił 21 letniego chorego, u którego przed 9cią miesiącami wystąpiło nagłe skrzywienie boczne (scoliosis duplex) kręgosłupa w skutek sprawy gruźliczej w kręgach odbywającej się.

— Z Krakowa otrzymaliśmy prospekt na wydanie **Słownika łacińsko-polskiego wyrazów lekarskich** przez Dra A. K r e m e r a i Prof. F. S k o b ł a. Z radością witamy tę pożyteczną i niezbędną dla każdego lekarza książkę, dawne bowiem w tym samym rodzaju prace cieżgólnych Professorów M a j e r a i S k o b ł a (Słownik łacińsko-polski wyrazów anat. i fizjol. oraz Słownik lek. niemiecko-polski), zupełnie już zostały wyczerpane. — Słownik PP. K r e m e r a i S k o b ł a opuści prasę jeszcze w tym roku (w lipcu lub sierpniu); prenumerata (1 rs. 80 kop.) w Warszawie przyjmuje się w księgarni PP. Gebethnera i Wolffa; po wyjściu dzieła cena znacznie zostanie podwyższoną.

(*) Por. protokół 19 posiedzenia oddziału Chirurgii i Okulistyki (P. T. L. Tom X. Ser. IV. str. 101).

Redaktor odpowiedzialny Prof. Łuczkiwicz.

Gazeta Lekarska wychodzi w każdą sobotę, w objętości jednego arkusza, czyli str. 16.— Prenumerować można w Redakcyi, na wszystkich urzędach i stacyach pocztowych, tudzież w znaczniejszych księgarniach krajowych i zagranicznych.

Redakcyę *Gazety Lekarskiej* przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Berensztejna, Nr. 1364, mieszkania Nr. 6.

W Drukarni *Gazety Polskiej*.— Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.