

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Rozprawy. Kilka słów o szczepieniu ospy ochronnej. Podał dr. Władysław MĄCZEWSKI. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 319. O przewlekającej się błonicy. 350. O poronnem leczeniu chorób zakaźnych. 351. O chrysarobinie i kwasie pyrogallusowym. 352. O przyczynom leczenia suchót płucnych. — Odcinek. Szkice psychiatryczne. Napisał Dr. Albert ROSENTHAL. — Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie kliniczne z dnia 4 Września 1883 roku. — Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. — Bibliografia. — Ogłoszenia.

KILKA SŁÓW O SZCZEPIENIU OSPY OCHRONNEJ

Podał Władysław Mączewski lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 36).

Dla wyjaśnienia istoty zabezpieczenia (*immunitas*) POHL-PINCUS szczepił powtórnie ospę cielećtom po zupełnem zagojeniu się pryszczów powstałych wskutek pierwszego szczepienia, więc przy istniejącem już zabezpieczeniu. Objawy różniły się znacznie od opisanych powyżej, mianowicie:

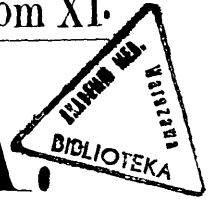
1) Proces przy pierwszym szczepieniu trwa 10—14 dni, przy wtórnym zaledwie 3—4.

2) Tak przy pierwszym jak i przy powtórzonem szczepieniu zranienie, jak się to zresztą i przy niespecyficznem podrażnieniu dzieje, wywołuje przypływ krwi. Różnica jednak zachodzi znaczna, ponieważ przypływ przy pierwszym szczepieniu w końcu pierwszego lub na początku drugiego dnia zostaje przerwany wskutek nieznanych nam przyczyn i dopiero trzeciego lub czwartego dnia wzmaga się na nowo, poczem powstaje papula, a 4 lub 5 dnia pęcherzyk, zamieniający się z czasem na pryszcz, po zgorzelinowym rozpadzie którego (zgorzel wtórna) powstające owrzodzenie goi się głęboką blizną; przy szczepieniu zaś wtórnem przypływ krwi wzrasta nieprzerwanie od samego początku, papula wytwarza się już pierwszego dnia, pęcherzyk drugiego, ten ostatni goi się czwartego dnia powierzchowną blizną.

3) Przy pierwszym szczepieniu, komórki specyficznego pasa już w końcu pierwszego dnia ulegają zrogowaceniu w całej grubości tego ostatniego, tymczasem przy wtórnem, zrogowacenie komórek daje się zaledwie wykryć w najpowierzchniejszej warstwie wzniażowanego pasa.

4) Przy pierwszym szczepieniu, już w końcu drugiego dnia w miejscu zakażonem (*Impfherd*) powstaje zgorzel (pierwotna), której przy wtórnem szczepieniu nie ma zupełnie.

5) Wreszcie przy pierwszym szczepieniu mikrokokki rozmnażają się w znacznej ilości, prawdopodobnie wskutek zmniejszonego przypływu soków; przy wtórnem zaś ilość mikrokokków jest bardzo niewielka, przy-



czem godną uwagi jest ta okoliczność, że rozmnażają się one tylko tam gdzie niema silnego przepływu soków.

Poznawszy zmiany anatomo-patologiczne, zachodzące przy szczepieniu ospy ochronnej, możemy teraz przejść do wzmiankowanej już kwestyi, w jaki sposób szczepienie chroni od zarażenia się ospą. Istnieją trzy główne teorye usiłujące wytłomaczyć, dla czego i w jaki sposób organizm uległszy raz chorobie zakaźnej, wolnym jest na pewien czas przynajmniej od powtórnego zachorowania. Podług pierwszej, zarazek rozmnażając się, zużywa jako pokarm pewną substancję, jeżeli potem nastąpi nowe zakażenie, zarazek nie może się rozwijać, nieznajdując już odpowiedniego pożywienia, a tem samem pozostaje bez działania (*Erschöpfungs-Hypothese*). Druga, stara się wytłomaczyć zabezpieczenie tem, że zarazek przy swoich funkcjach życiowych wydziela z siebie pewną materję, która pozostając w organizmie nie dozwala rozwijać się temuż zarazkowi, jeżeli ten dostanie się do organizmu (*Gegengift-Hypothese*). Wreszcie podług trzeciej, organizm przyzwyczaja się do zarazka (*Gewöhnung-Hypothese*).

Wszystkie te trzy teorye są niewystarczające dla należytego objaśnienia zajmującej nas kwestyi podlegają wielu zarzutom, których wyczerpujące przedstawienie przechodzi rozmiary niniejszej pracy.

Oprócz wymienionych teoryi, NAEGELI (*Die niederer Pilze*, str. 99) utworzył nową w celu objaśnienia zabezpieczenia. Zapatruje się on na kwestję zakażenia jako na walkę o byt pomiędzy komórką i zarazkiem. Organizm wyzdrowiewa gdy nienormalne chemiczne funkcyje spowodowane przez zarazek, wskutek reakcyi ze strony tegoż organizmu zostaną sprowadzone do normy. Komórki przeszedłszy raz tę walkę, potęgują swe zdolności do tego stopnia, że przy powtórnem zakażeniu zarazek pozostaje bez wpływu.

POHL-PINCUS odrzucając wszelkie teoretyczne rozumowania, stara się rzecz objaśnić na zasadzie zmian anatomo-patologicznych zachodzących przy szczepieniu ospy. Zwraca on mianowicie uwagę na różnice, jakie występują przy pierwszym i wtórnem szczepieniu, z których najwybitniejsze są: 1) powstające po pewnym czasie chwilowe przerwanie przekrwienia i zapalenia i 2) szybko występujące zrogowacenie komórek. Obu tych objawów, które wkrótce po dokonaniem szczepienia można zauważyć, przy wtórnem szczepieniu brakuje zupełnie. POHL-PINCUS utrzymuje, że właściwie zmiana tycząca się przekrwienia i zapalenia, jeżeli nie jest jedynym, to przynajmniej głównym czynnikiem powstawania zabezpieczenia. Jakim sposobem i na co działa zarazek, mianowicie czy wprost na ściany naczyń, czy za pośrednictwem nerwów, pozostaje jeszcze nie rozstrzygniętem. POHL-PINCUS przypuszcza, że nie sam zarazek działa na naczynia lub nerwy, lecz że wytwarza pewien produkt, który przy pierwszym szczepieniu wstrzymuje na pewien czas przekrwienie i zapalenie, przy istniejącym zaś zabezpieczeniu wytwarza produkt innego rodzaju, przyspieszający zapalenie. Przy powtórnym przepływie soków, zarazek znajdujący się w pryszczu dostaje się do krwiobiegu i działając w prze-

ciągu 6—10 dni na komórki różnych tkanek, zmienia je w sposób swój, lub też wytwarza produkt, który tego dokonywa.

Przechodząc do strony praktycznej szczepienia ospy ochronnej, wypada rozstrzygnąć, jakiej limfy należy używać do szczepienia, humanizowanej, czy zwierzęcej? Wyżej mówiliśmy już o głównym zarzucie stawianym przez przeciwników szczepienia, mianowicie jakoby to ostatnie nie wpływało na zmniejszenie się śmiertelności z ospy. Zdaje się, że przytoczone dane statystyczne, dostatecznie przekonywają o niesłuszności podobnego twierdzenia. Następnie spotykamy się często ze zdaniem, że sama możność przeniesienia przymiotu, gruźlicy i żółzów, stanowczo winna wpłynąć na zarzucenie szczepienia. Rzeczywiście, można by się zgodzić z tem zdaniem, gdybyśmy nie posiadali możności uniknięcia podobnych przypadków, w literaturze bowiem lekarskiej znanych jest 750 przypadków gdzie tą drogą zaszczepiono przymiot (Dr. J. K. WIKTOR. Gaz. Lek. Nr. 51 i 52 z r. 1883). Ja sam miałem także sposobność obserwowania podobnego przypadku u pewnego dziecka. Szczepiąc jednak wyłącznie limfę zwierzęcą, unikniemy raz na zawsze podobnych przypadków. Sposoby bowiem podawane w tym celu przez zwolenników limfy humanizowanej nie mogą zabezpieczyć nas od tej możliwości. I tak, zalecane przez nich zbieranie zupełnie czystej limfy bez domieszki krwi, mające jakoby chronić od przeniesienia przymiotu, jest środkiem wątpliwej wartości, ponieważ badając pod mikroskopem limfę zebraną z wszelką ostrożnością, znajdziemy w niej zawsze mniejszą lub większą ilość czerwonych ciałek krwi; a zresztą zkaż pewność, że zarazek przymiotu znajdujący się w organizmie nie przechodzi do limfy pęcherzyka ospowego, pochodzącej z surowicy krwi zakażonego indywiduum? Również nie zabezpieczy nas największa nawet ostrożność przy wyborze dzieci do zbierania limfy, ponieważ nie możemy nigdy z pewnością przewidzieć, że przedstawione nam dziecko nie jest dotknięte przymiotem, tembardziej, gdy nie znamy jego rodziców, jak to ma miejsce w domach podrzutków. Toż samo rzec można o dzieciach przynoszonych do szczepienia z miasta często przez zupełnie obce kobiety.

Co się tyczy przeszczepienia gruźlicy, lub żółzów to i tu limfa zwierzęca chroni bezwarunkowo od przeniesienia tych chorób. I tak żółzów u bydła i cieląt nie bywa wcale wreszcie, nie znamy ani jednego wypadku gdzieby przeniesienie żółzów było dowiedzionem; od przeniesienia gruźlicy ochroni nas sumienne zbadanie cieląt użytych do zbierania, a zresztą po zebraniu limfy cielę można zabić i dopiero po dokonaniu oględzin pośmiertnych, takową użyć do szczepienia dzieciom. Dr. J. K. WIKTOR (l. c.) również oświadcza się za użyciem limfy zwierzęcej mówiąc: „Ponieważ choroba perłowa przytrafia się u krów i wołów jeden do dwóch razy na 3000, żółzów zaś ani u cieląt ani u bydła nie bywa—przeto najlepiej by było używać do szczepienia limfy z cieląt”. Wielu innych autorów zajmujących się specjalnie kwestyą szczepienia ospy ochronnej również zaleca użycie limfy zwierzęcej i t. np. dr. PFEIFFER z Weimaru, znany

badacz w tym względzie w swym odczycie mianym na zjeździe przyrodników i lekarzy w Eisenach powiada: ¹⁾ „Niemożność przeniesienia przymiotu jest dostatecznym powodem do oddania pierwszeństwa limfie zwierzęcej”. Dalej powiada tenże PFEIFFER: „niebezpieczeństwo zakażenia różą jest jednakowe dla wszelkiego rodzaju limfy, dla tego wymaga się dla wszelkich metod szczepienia jak największej czystości”. Zdaje się że zachowanie tego ostatniego warunku, a także i wybór czasu do zbierania limfy z cieląt zabezpieczą nas od nieprzyjemnych komplikacyj, jakie czasami zdarzają się przy szczepieniu ospy ochronnej. Jeżeli bowiem zbierać będziemy zapóźno t. j. wtenczas gdy już nastąpi wtórna zgorzel i ropienie w pryszczu, to obok zarazka ospowego, zbierzemy ropę i produkta zgorzeli, które mogą łatwo wywołać wspomniane komplikacje.

Nie mniejsze pod tym względem znaczenie posiada także przechowywanie zebranej limfy, jeżeli bowiem ta ostatnia ulegnie rozkładowi, to użycie jej do szczepienia, łatwo może spowodować wystąpienie procesów, których szczepiacy nie życzył sobie zupełnie. Zachowanie tych ostrożności i pamiętanie o nich zawsze, przyczyni się z pewnością do wykorzenienia uprzedzenia, rozprzestrzenionego nietylko pomiędzy publicznością ale nawet i lekarzami, ja k o b y l i m f a z w i e r z ę c a p r z y j m o w a ł a s i ę z a o s t r o .

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

349. O przewlekającej się błonicy. CADET de GASSICOURT zamieszcza w zeszycie styczniowym *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* sprawozdanie ze spostrzeżeń poczynionych w ostatnich latach nad postaciami przewlekającej się błonicy. Autor jako zwykły okres trwania błonicy podaje 4 dni do jednego miesiąca; zdarzają się jednak rzadkie przypadki daleko dłuższego przewlekania się sprawy chorobnej, przy czem, po ustąpieniu objawów cierpienia ogólnego, pozostaje skłonność do tworzenia się błon wrzekomych. Jako dowód, iż w razach tych miano rzeczywiście do czynienia z błonicą, przytacza, iż współcześnie stwierdzić można było białkomocz. Autoż odróżnia błonicę przewlekającą się bez dławca i dławiec przewlekający się. Tę ostatnią postać autor rozdziela jeszcze na 3 grupy: 1) dławiec przechodzący w wyzdrowienie bez tracheotomii; 2) przejście w postać przewlekającą się następuje przed wykonaniem tracheotomii; 3) przemiana ta następuje po wykonaniu rękoczynu. Z pierwszej grupy przytacza przypadek który trwał 60 dni; z drugiej grupy 3 przypadki, w których wykonał przecięcie tchawicy 18, 23 i 43-go dnia choroby; wreszcie w trzeciej grupie autor spostrzegał 5 przypadków, w których z powodu ciągłego wytwarzania się błon wrzekomych, rurka mogła być usuniętą dopiero 41, 65, 78, 82 i 151 dnia choroby. Jeden tylko z nich zakończył się śmiercią, wskutek powikłania gruźlicą płuc.

(Allg. med. Ct.-Zg. 83—37):

350. O poronnem leczeniu chorób zakaźnych. Na 3 posiedzeniu kongressu lekarskiego w Wiesbaden prof. BINZ miał obszerny wykład o leczeniu przeciwpaśóżytnem w cierpieniach zakaźnych. Zdaniem wykładającego medycyna przyszłości ma polegać nie tylko na zapobiegawczem działaniu hy-

¹⁾ Jahrb. f. Kinderheilkunde N. T. XIX.

gieny prywatnej i publicznej, lecz także na właściwem leczeniu chorób, które w najlepszych warunkach higienicznych jeszcze istnieć będą. Spodziewać się należy, że uda się kiedyś znaleźć środki dla zwyciężenia niewidzialnych wrogów ludzkości, poznanych przez nas w ostatnich czasach w postaci najniższych ustrojów drobnowidzowych. Ustroje te zwalczać musimy środkami wewnętrznymi w ciele ludzkim, a porażając je, usuwać wywołane przez nie choroby. Podobne środki posiadamy już w liczbie 5, mianowicie: chininę, rtęć, jod, arszenik i kw. salicylowy. Mówca zatrzymuje się przedewszystkiem na chininie, co do której wykazał, iż działanie jej polega na bezpośrednim wpływie na czynniki chorobotwórcze. Najnowsze badania wykazały, iż gorączki bagienne wywołane zostają działaniem swoistego grzybka, na który chinina wywiera potężny wpływ swój już w ustroju chorego człowieka, usuwając wraz z przyczyną choroby i jej następstwa. Fakt ten, iż istnieje środek lekarski który już w sokach i tkankach ustroja zdolen jest spotkać i zniszczyć jad wywołujący chorobę, nie wyklucza możliwości wynalezienia środków podobnie na przyczyny innych chorób działających. Przed odkryciem kory chinowej i chininy, ludzkość znajdowała się w obec zimnicy w zupełnie tem samem położeniu, w jakim obecnie znajduje się w obec błonicy i gruźlicy. Możliwość znalezienia swoistych środków przeciwko chorobom łatwiejsza jest w czasie obecnym, gdy nauka rozporządza tak olbrzymimi środkami, aniżeli w dawniejszych stuleciach. Grzybek wykryty przez KLEBS'A i TOM-MASSI'EGO (1879 r.) gnieździ się w ciałkach limfatycznych całego ciała, a doświadczenia CECI'EGO wykazały, iż niewielkie nawet ilości chininy domieszane do płynów odżywczych powstrzymują lub też niszczą rozwój jego przy sztucznem hodowaniu. I inne środki skutecznie używane przeciwko zimnicy odznaczają się przeciwnościami własnościami, jako to: kwas arsenowy, eucalyptol, berberina, kw. karbolowy, siarkony, jod i olejek gorczycowy. Jeżeli chinina przewyższa środki powyższe skutecznością swą to dla tego, iż lepiej znoszona jest przez ośrodki nerwowe, nie rozkłada się w ustroju i nie tworzy z sokami ustroju połączeń działanie jej znośszych. Pasożyty znajdujące przez MARCHIAFAVA i CUBONI'EGO we krwi chorych na zimnicę, szczególnie podczas napadów, znikają, jak to wykazał LAVERAN po zastosowaniu chininy. Poszukiwania w klinice Heidebergskiej stwierdziły obecność laseczek i zarodników we krwi przy zimnicy które znikają po dłuższem podawaniu chininy w przeciągu tygodnia. Możliwość usuwania zimnicy za pomocą chininy dowodzi, iż między tą ostatnią a jadem zimniczym zachodzi stosunek bezpośredni, w tym celu koniecznem jest jednak dłuższe stosowanie średnich dawek chininy. Według HERTZ'A wystarcza dawka 0,6—0,7 co wieczór w przeciągu 3—4 dni, zaraz przy pierwszych objawach choroby. To poronne i zapobiegawcze działanie chininy pokazuje, iż jad zimniczy ulega wpływowi jej na samym już wstępie. Zarzuty, jakoby tak wielkie ilości chininy, jakich potrzeba dla zniszczenia grzybków, nie były znoszone przez serce i układ nerwowy, uważa autor za niesłuszne, gdyż z jednej strony dawki większe przez czas krótki znoszą się dobrze, a z drugiej, działanie przez czas dłuższy małych ilości może w zupełności je zastąpić. Zresztą nie jest zadaniem chininy usunięcie zupełne grzybków, lecz raczej osłabienie ich rozwoju, porażenie ich działaności, ostatecznego zaś ich usunięcia dokonywa sam organizm. Wszelkie obliczenia, nie biorące pod uwagę odporności ustroju ludzkiego, pozbawione są wartości. Poszukiwania ostatniego dziesiątka lat przekonały nas, że najlepsze środki przeciwgorączkowe są zarazem przeciwnościami; te ostatnie jednak, by spełnić zadanie środka przeciwgorączkowego odpowiadać jeszcze powinny dwóm warunkom, mianowicie: nie

działać szkodliwie na organizm i nie rozkładać się w ustroju lub wchodzić w związki działające ich znoszące. Trzy te własności posiada chinina a prócz niej również kw. salicylowy, hydrochinon, rezorcyna, chinolina i kairyna. Środki te odróżniają się od chininy tem, iż działają na inne jeszcze zarazki chorobne, np. kw. salicylowy na ostre sprawy gośćcowe. Z innych, rtęć osłabia zarazek przymiotu i t. d. Wszystko to uprawnia nas do przypuszczenia, iż możliwem jest także odkrycie środka, który by w stanie był zniszczyć zarazek błonicy i gruźlicy. W dyskusyi prof. ROSSBACH stwierdza również działanie przeciwpasożytne chininy przy zimnicy, rtęci i jodu przy przymiocie, a salicylanu i będzwinianu sodu przy gościcu. Ostatnie choroby zdaniem mówcy są widocznie zakaźnymi, jakkolwiek nie udało się jeszcze dotychczas wykrycie właściwego im łasecznika. Że przebycie pewnych chorób zakaźnych jak ospy, szkarlatyny i t. d. zabezpiecza od powrotów, gdy tymczasem przy innych (błonicy, róży i t. d.) to nie ma miejsca, czyni mówcę zależnem prawdopodobnie od natury samego zarazka. Przy leczeniu chorób zakaźnych zadanie nasze polegać ma na uczynieniu ustroju bardziej odpornym na działanie zarazków przez wewnętrzne podawanie pewnych lekarstw. Sądzi jednak, że znalezienie lekarstw tych możliwe jest prędzej na drodze empirycznej, tak jak to miało miejsce z chininą. Sądzi przytem, że próby te winny być przy obecnym stanie nauki we właściwy sposób uorganizowane. Najwłaściwszem wydaje się mówcy utworzenie komisyi, któraby z grupp metali, metalojdów, połączeń aromatycznych i alkalojdów wybrała środki kwalifikujące się do doświadczeń; takowe po przygotowaniu ich w pewnych pracowniach, zbadaniu ich fizyologicznego działania i oznaczeniu dawek, byłyby na urządzonych w tym celu stacyach pojedynczo poddawane próbom i wyniki doświadczeń zbierane w postaci materiału statystycznego. Prof. JÜRGENSEN jest zdania, iż nigdy nie uda się całkowicie odtruć (*entgiften*) człowieka, należy raczej odpowiedniami środkami postarać się o to, by komórka sama sobie poradzić mogła w walce z zarazkami; od środków zaś przeciwarzazkowych spodziewa się nie wiele. Po kilku przemówieniach wreszcie mniej ważnych, zebranie postanawia przyjąć propozycyą ROSSBACHA i upoważnia go wraz ze sprawozdawcą BINZEM do poczynienia kroków w celu utworzenia komisyi dla statystyki leczenia poronnych chorób zakaźnych.

(*Allg. med. Ct.-Zg. Nr. 37, 38*).

351. 0 chrysarobinie i kwasie pyrogallusowym. Dr. UNNA zestawia doświadczenia swe ze środkami powyższemi w następujących punktach: 1) Chrysarobina jest najskuteczniejszą ze wszystkich znanych dotychczas środków przeciwko uporczywym i zastarzałym postaciom łuszczycy (*psoriasis*). 2) Skóra niektórych osób, szczególnie zaś dzieci, niekiedy tak silnie oddziałuje na ten środek, iż z początku należy zawsze wykonać próbę w małej ilości i na nieznacznej przestrzeni. Na twarzy przeciwskazana jest chrysarobina z powodu występującego zapalenia oczu, a na głowie z powodu zabarwienia włosów i dla tego w miejscach tych winna być zastąpioną naftolem. 3) Jakkolwiek zdumiewające działanie chrysarobiny okazuje się już po upływie pierwszego tygodnia, należy jednak w cięższych przypadkach stosować ją przez przeciąg 4—6 tygodni w dawkach rosnących w celu tem pewniejszego zapobieżenia powrotom. Powrót jeżeli następuje w tych razach to zawsze na przestrzeni ograniczonej i łatwym jest do usunięcia. 4) Chrysarobina stosowana zewnętrznie w jakiejbydz postaci ulega wessaniu i wydziela się w moczu jako taka, lub też utleniona jako kwas chryzophanowy; działanie zatem miejscowe i ogólne nie daje się dotychczas odosobnić. 5) Skórze zdrowej chrysarobina nadaje kolor czerwonoskórnych Indjan, a włosy i paznokcie barwi powierzchownie na

kolor czerwono-brunatny. Zabarwienia te znikają powoli przez złuszczenie się. 6) Chrysarobina wywołuje często objawy podrażnienia skóry w postaci zaczerwienienia, trądzika, wrzodziańki, rzadziej mocniejsze zapalenie skóry. Zapobiedz im najłatwiej użyciem codziennych kąpeli siarczanych. 7) Przy ogólnej łuszczycy najwłaściwszym jest połączenie glicerynowe (5—10%). Części rodne i głowa współcześnie smarują się mascią naftolową (2%). Przy łuszczycy ograniczonej połączenie z collodium (10—20%) lub też plaster (10—40%). Pojedyncze miejsca na głowie można zraszać mgłą z eteru z chrysarobiną (*Chrysarobini* 0,2; *aether.* 100,0, *Cerae flavae* 0,3). 8) Oprócz łuszczycy chrysarobina oddaje jeszcze wyborne usługi przy eczema marginatum, herpes tonsurans i cierpieniach hemoroidalnych. 9) Kwasy pyrogallusowy nie posiada drażniących własności chrysarobiny; działa on ściągająco na tkanki, zatrzymuje krwawienie i przyspiesza zabliznienie. 10) Zabarwienie kw. pyrogallusowym jest prawie czarne, może przeto być użytym na głowie tylko u brunetów. 11) Kw. pyrogallusowy może być użytym tylko przy cierpieniu ograniczonym i to bardzo ostrożnie, albowiem wessany stanowi silną truciznę. 12) Kw. pyrogallusowy oddaje dobre usługi przy wilku, nacieczeniach przymiotowych, rakowcu i owrzodzeniach skóry. Przy ograniczonej łuszczycy działanie jego wyrównywa działaniu chrysarobiny. 13) Kw. pyrogallusowy stosuje się najlepiej w postaci 10% maści wazelinowej, takiegoż roztworu wyskokowego lub plastru. Z powodu łatwego rozkładu preparaty te powinny być zawsze świeżo przygotowywane. (*Monatshefte f. pract. Dermat.* 1883. 3.—*Allg. med. Ct.-Zg.* 83—41).

352. 0 **przeżytnowem leczeniu suchot płucnych** przez H. BUCHNER'A. Od czasu gdy pod wpływem badań KOCII'A zaczęło się coraz bardziej utwierdzać przekonanie o istocie pasożytnej gruźlicy, daje się również zauważyć zwrot przynajmniej teoretyczny w dotychczasowych pojęciach o zadaniu leczenia tej choroby. Przyjawszy bowiem specyficzny grzybek jako przyczynę choroby, już z natury rzeczy wszystkie usiłowania nasze winny być skierowane przeciwko niemu, by go w jaki bądź sposób uczynić nieszkodliwym. Otóż dwie drogi prowadzić mogą do celu. Jedni jak BINZ chcą przez wprowadzenie do organizmu środków niszczących bakterie, w ten sposób podzielać na te ostatnie; inni wątpiąc o możliwości przesycenia organizmu środkiem przeciwnilnym bez szkody dla ogólnego stanu, szukają środków, któreby wprowadzone do ciała dały tkankom odporność i siłę w walce z drobnowidzowym wrogiem. Ten ostatni pogląd dzieli BUCHNER. Do środków jakie zdaniem autora mogłyby się nadawać w tym celu zalicza autor arsen, fosfor i antymon. Z nich autor przedewszystkiem zwraca się ku arsenowi, z którym dokonał już szereg dosyć licznych prób, pomyślnym uwieńczonych wynikiem. Dla przekonania się o działalności arsenu dwie autorowi przedstawiały się drogi: 1) podawać go w początkowych okresach suchot, tu jednak autor robi słuszną uwagę, iż potrzeba bardzo licznych spostrzeżeń, ponieważ w wielu razach następuje samoistne wstrzymanie się a nawet wyrównanie zupełne sprawy chorobowej; 2) stosować arsen w późniejszym okresie suchot, a w takim razie pomyślny zwrot musiałby już być koniecznie uważany za następstwo użytego leku. Autor rozpoczął od cięższych postaci suchot, nawet nie pomijając tych w których nadzieja uratowania życia była bardzo słabą. Skutek zastosowania arsenu był bardzo wybitny, bo nawet w tych ciężkich przypadkach dała się zauważyć poprawa. Wpływ na gorączkę był stanowczy, a często dało się zauważyć polepszenie w stanie ogólnym, łaknieniu i odżywianiu, co daje się tylko wytłomaczyć wpływem arseniku na sprawę gruźliczą w płucach. Jako przykład niechaj posłuży następujące spostrzeżenie autora: 40-letnia kobieta, żona konduktora, matka sześciorga dzieci, od 6 miesięcy

obłożnie chora, osłabienie i brak łaknienia coraz większe. Osłabienie jest tak wielkiem, iż chora zaledwie w stanie jest unieść się na łóżku. Stłumienie w lewym płucu aż do 4-go żebra, znaki tworzącej się jamy. Włókna sprężyste w płwocinie. Rozpoczęto leczenie 3 miligr. arszeniku pro die zwiększając dawkę co dzień o 1 miligr. aż do 10 miligr. Czwartego dnia poty i gorączka zmniejszyły się, chora czuje się lepiej, łaknienie się poprawiło. 8-go dnia: gorączka i poty ustąpiły zupełnie, łaknienie dobre. 12-go dnia: apetyt bardzo dobry, kaszel trwa jeszcze bez wydzieliny ropnej i jest znacznie mniejszy. Chora czuje się dobrze, wygląda lepiej i może już na czas krótki opuścić łóżko. Siły wzmacniają się powoli. Od 36 dnia dawka arszeniku zmniejszona na 5 miligr. Chora przy dobrej pogodzie może już wychodzić i załatwia czynności domowe. Kaszle jeszcze często, lecz wydzielina jest śluzową. Łaknienie dobre. Badanie płuc pokazuje zmniejszenie się stłumienia (aż do 3-go żebra). Autor, spostrzeżenia tego nie podaje jako przypadek „wyleczenia” suchot, lecz w obec widocznie pomyślnego działania arszeniku, uzasadnia potrzebę podawania środka tego w okresie rozwoju suchot i jako środek zapobiegawczy. O swoistem działaniu arszeniku przekonał się autor i w przypadkach średnio ciężkich, t. j. w razach gdy obok nacieczenia płuca znajdujemy gorączkę, poty, osłabienie, lecz jeszcze nie do tak wysokiego posunięte stopnia, by chorzy musieli pozostawać w łóżku. W całym szeregu przypadków przekonał się, że po rozpoczęciu leczenia arszenikiem wkrótce ustępowała gorączka i poty, chorzy lepiej wyglądali, łaknienie i odżywianie poprawiało się, a w wielu razach chorzy mogli powrócić do pracy. Przy dłuższem leczeniu spostrzegał nawet zniknięcie nacieczenia, o ile takowe nie przeszło było już w stan stwardnienia miąższu płucnego, pomimo, iż chorzy należeli do biedniejszych klas ludności, a zatem pozostawiali wiele do życzenia pod względem higienicznym. W żadnym zaś przypadku nie widział on zupełnej bezskuteczności leku. Jako przypadek który mało na pozór dawał nadziei, przytacza autor spostrzeżenie następujące: Młodzieniec 17-letni, przed 3 laty przechodził ciężką błonicę, następnie szkarlatynę z cierpieniem serca i wodną puchliną, w końcu zapalenie płuc. Przed rokiem zaczął kaszlać. Obecnie mocno wychudły, twarz sina, pierś płaska, przy oddechaniu lewa strona nie porusza się prawie. Stłumienie do 4 żebra z oddźwiękiem bębenkowym u połączenia 3-go żebra z mostkiem, w miejscu tem szorstki oddech oskrzelowy. Wydzielina zawiera laseczniki gruzlicze. Nocne poty, pod wieczor gorączka, apetyt umiarkowany. Rozpoczęto leczenie 2 milligr. p. die w dwóch dawkach. Co dzień o 1 mil. więcej aż do 5 mill. Od 9—22 dnia 7 miligr. od 22—46 po 10 mil., następnie znowu 5 miligr. Po 7 dniach: gorączka i poty mniejsze, tętno silniejsze, twarz nie tak sina, kaszel i wydzielina mniejsza. Po 10 dniach: gorączki nie ma, poty mniejsze, wygląd lepszy. Po 16 dniach: gorączki i potów nie ma, apetyt większy; od tego czasu chory stale przyprowadza się na siłach. Po 46 dniach: wygląd chorego jest zupełnie inny, daleko żywszy i lepszy; kaszel rzadki, wydzielina śluzowa. Sen i apetyt dobry. Mięśnie tęższe. Przy oddechaniu unosi się i lewa połowa klatki piersiowej. Objętość piersi o 3 ctm. większa. Na miejscu dawniejszego stępienia odgłos jasny i prawidłowy oddech pęcherzykowy. Tylko z tyłu nad łopatką znajduje się jeszcze stłumienie i oddech z charakterem oskrzelowym, co prawdopodobnie zależnem jest od stwardnienia miąższu płucnego. Chory czuje się szczęśliwym i ma bardzo wesoły humor. Co się tyczy dawkowania arszeniku autor przyszedł do przekonania, iż należy szybko powiększać dawki, nie tracąc czasu na powolne zwiększanie, gdyż pacjenci, którzy przyjmują bez szkody 2—5 miligr. znoszą równie dobrze 10 mil. która to dawka jest właściwą przy gorączce trawiącej. Radzi prze-

to w pierwszym dniu dać 2 miligr. następnego 5, a gdy te dobrze się znoszą, już nazajutrz 10 miligr. W 8 przypadkach suchot średnio ciężkich zauważył autor przy tej metodzie leczenia najdalej 12 dnia ustąpienie gorączki i potów. Chorzy wskutek tego czuli się silniejszymi, bóle w pierśsiach ustępowały, zjawiał się apetyt, kaszel i wydzielina zmniejszały się, i najczęściej przy dalszem użyciu arszeniku w mniejszej już dawce mogli oddawać się swoim zajęciom. Chorzy ci, którzy dawniej w najrozmaitszy sposób byli leczeni, doznawali uczucia, iż środek powyższy jest właśnie tym, który jedynie w stanie jest poprawić ich zdrowie. Jakkolwiek wyników tych nie można nazwać „wyleczeniem” gdyż o niem możnaby mówić tylko po stwierdzeniu zupełnego rozejścia się nacieczenia, to jednak zdaniem autora nie daje się zaprzeczyć wpływ arszeniku na wstrzymanie się sprawy chorobnej, a co zatem idzie na możność postępującej poprawy, która rozumie się jeszcze znacznieszą by być winna przy dobrych warunkach higienicznych, jako to: pobycie na wsi lub w lecznicy klimatycznej dla chorób piersiowych. Po ustąpieniu gorączki radzi autor zmniejszyć dawkę arszeniku do 5 miligr. ponieważ niekiedy daje się zauważyć przy podawaniu większych ilości podrażnienie błony śluzowej krtani i oskrzeli. Jeszcze lepsze wyniki widział autor przy leczeniu poczynających się suchot. Przy stosowaniu 3—5 miligr. arszeniku przez czas dłuższy, przekonał się, iż szczyty płucne, w których już znajdowały się podejrzone zmiany wrzekomo-nieżytowe, powracały zupełnie do stanu prawidłowego. Jako leczenie następce zaleca autor dalsze używanie małych dawek ale już z przerwami dwutygodniowymi. Arszenik w ogóle bywa dobrze znoszonym wyjątek stanowią jedynie ludzie starzy, cierpiący na żołądek i w ogóle bardzo schorzali, u których pewna ostrożność jest konieczną. Zwracając się jeszcze raz do leczenia klimatycznego, sądzi autor, iż od ścieśnionego powietrza w połączeniu z podawaniem arszeniku spodziewać się należy dobrego wyniku, a to z powodu łagodzącego wpływu wywieranego przez powietrze ścieśnione na podrażnienie oskrzeli, przez co zapobiedz by się dało wspomnianemu powyżej pobocznemu działaniu arszeniku. W artykule następnym przytacza autor ośm spostrzeżeń suchot płucnych pomyślnie leczonych arszenikiem. We wszystkich przypadkach znajdowały się w wydzielinie łaseczniki KOCH'A. Podawano arszenik w postaci roztworu wodnego kwasu arsenowego w stosunku 1:2000, którego 2 ctm. sześciennie odpowiadają 1 miligr. arszeniku. Chorzy otrzymywali miarkę zawierającą 10 ctm. sześciennych, którą napełniano raz lub 2 razy na dzień. Roztwór arszeniku bywał domieszany do napojów nie więcej na raz jak $\frac{1}{3}$ całej dziennej dawki. (*Aerzt. Int.-Bl.* 83—21, 22.—*Allg. med. Ct.-Z.* 83—42—45)

ODCINEK.

SZKICE PSYCHYATRYCZNE.

(Wspomnienia z podróży).

D-ra Alberta Rosenthala, Ordynatora Szpitala Ś-go Jana Bożego.

I.

Powróciwszy z kilkomiesięcznej wycieczki za granicę, spieszę zebrać wiązanek swych wrażeń i podzielić się niemi z ogółem lekarskiej publiczności. Celem mej podróży było przekonanie się na miejscu o stanie urządzeń zagranicznych szpitali i zakładów, niemniej też zapoznanie się z metodą badań naukowych oraz źródłem postępu tej specjalnej gałęzi nauk lekarskich. Zakommunikowanie choćby krótkiego streszczenia mych spostrzeżeń uwa-

zam za tem więcej odpowiednie, iż już dość dawno zajmujący nas przedmiot nie został opracowanym w naszych pismach lekarskich. W tym względzie wspomnę tu opis podróży odbytej w r. 1856 przez sz. prof. PŁASKOWSKIEGO w celu zbadania urządzeń zakładów dla obłąkanych za granicą. Prof. PŁASKOWSKI podaje w swym sprawozdaniu z podróży ¹⁾ szczegółowe dane dotyczące urządzeń, liczby chorych, cyfry wyzdrowień i śmiertelności. Przedmiotem niniejszego sprawozdania nie będzie jednak obznajmienie czytelnika z tego rodzaju danymi — nie pozwala na to charakter pisma, w którym zamieszczonem będzie — ma ono odtworzyć jedynie kilka wizerunków ruchu naukowego w różnych krajach Europy oraz porównawcze tychże zestawienie.

Pierwszą stacją mej podróży był Wiedeń. Szpital powszechny tamże jak wiadomo, ześrodkowuje w sobie prawie cały ruch naukowy lekarski, zawiera on kliniki, pracownie, w nim też odbywają się wszelkie wykłady. Urządzenie to jest bardzo wygodnem dla uczących się, którzy bez straty czasu mogą zwiedzać kilka klinik a prócz tego zajmować się w pracowniach. W tylnej części trzeciego dziedzińca szpitala mieści się oddział psychiatryczny. Składa się on z 2-eh części. t. zw. stacyi obserwacyjnej (*Beobachtungszimmer*) i oddziału. Tylko pierwsza część stanowi klinikę, ale różnica pomiędzy niemi jest czysto administracyjna. Do stacyi obserwacyjnej przyjmują się chorzy bądź oddani przez rodzinę, bądź też umieszczeni przez policję — w ogóle wszelkie nagłe i świeże przypadki choroby. W obu częściach oddziału jest około 120 łózek, przy czem większa połowa dla mężczyzn. Przy oddziale jest też 6 czy 7 pokojów dla pensyonarzy. Dzienny ruch chorych jest tu od 6—12 przeciętnie t. j. że 3—6 chorych przybywa i tyluż wypisuje się; roczny zaś około 1200 chorych. W oddziale pozostają tylko ciężko chorzy lub tacy których termin wyzdrowienia jest kilkodniowy (*Delirium tremens*), nareszcie tacy, którzy nie są obywatelami okręgu Austrii niższej. Ci ostatni w pewnych odstępach czasu odsyłani bywają do zakładów odpowiednich prowincyj. Obywatele zaś m. Wiednia z wyjątkiem powyższych kategorii, odprawiani zostają po kilku dniach pobytu do krajowego zakładu dla obłąkanych, znajdującego się w bliskości szpitala (*Niederösterreichische Landesirrenanstalt*), o którym poniżej. Prymaryuszem oddziału psychiatrycznego jest znany w świecie naukowym prof. MEYNERT. Przy oddziale znajduje się 2-eh asystentów i 3-eh sekundaryuszów. Zewnętrzne urządzenie oddziału pozostawia dużo do życzenia. Znajduje się on w najdawniejszej części szpitala, sale są małe, pokoje izolacyjne ciemne, komunikacja pomiędzy oddzielnymi częściami oddziału niewygodna. Natomiast jest to zaletą oddziału, iż niczem prawie pod względem urządzeń nie różni się on od innych oddziałów szpitalu powszechnego. Możnaaby powiedzieć, iż chorzy, stosując się do tego, zachowują się tak przyzwyczajenie iż użycie środków krepujących jest tu prawie wyłączonem. Pod względem naukowym oddział ten nadzwyczaj jest zajmującym. Jak już wspomniałem powyżej, ruch w nim jest bardzo ożywionym. Codziennie przybywa po kilka wypadków najczęściej świeżych, rzadziej powrotnych. Chorzy tak przybywający jak i wypisywani, bywają przesłuchani w gabinecie prymaryusza. Korzystając z uprzejmości profesora asystowałem prawie codziennie owym badaniom. Rozstrzygają się tu kwestye nadzwyczaj interesujące psychiatrę, pytania odnoszące się do rokowania przywróconego zdrowia, uleczalności, zdolności do pracy, powrotu na urzędowanie i t. p. Jeśli zauważymy, iż podstawą tych wniosków są ściśle ro-

¹⁾ Zdanie sprawy o stanie szpitali dla obłąkanych za granicą 1859.

zumowania naukowe takiego znawcy przedmiotu, jakim jest MEYNERT, zrozumiemy dostatecznie ważność owych posiedzeń.

Klinika posiada materiał bardzo różnorodny i wielce ciekawy. W etiologii obłąkania mieszkańców Wiednia przeważają: nadużycie napojów wysokowych oraz obrażenia głowy. Ostatnie powodują częste przypadki zapalenia opon i kory mózgowej — przypadki czysto somatyczne, których nigdzie w większej ilości nie spotykałem, aniżeli tutaj. Owa łączność podstawy anatomicznej z zaburzeniami psychicznymi, stanowiącymi tylko objaw, leży tu jak na dłoni i ztądto MEYNERT mógł wyrzec zdanie iż „psychozy są cierpieniami przedniego płatu mózgu (*Vorderhirnerkrankungen*)“¹⁾. Obrażenia głowy powodując w dalszym przebiegu zapalenie opon, stwarzają obraz kliniczny bardzo zbliżony do paraliżu ogólnego postępującego, lecz różnią się od tego ostatniego mniejszą wybitnością zaburzeń psychicznych, przejawiają się w postaci przeważnie osłabienia władz umysłowych w połączeniu z różnorodnymi porażeniami i mają przebieg bardzo różnorodny. Obrażenie głowy — *meningitis* i *periencephalitis diffusa* są to ognia ściśle z sobą związane i każą częściej przypuszczać traumatyczną przyczynę w przypadkach porażenia postępującego, aniżeli dotąd zwracano na to uwagę. Wspomnę tu jeszcze, iż pomimo wszelkich usiłowań i prac w tym kierunku paraliż postępujący nie został w rzeczywistości dotąd ściśle odgraniczonym od pokrewnych mu postaci chorobowych (pod ogólnem mianem *dementia cum paralysi* znanych) i że obecnie mając podobny przypadek nie wiemy, czy znajdziemy przy sekcji zapalenie opony twardej, czy miękkiej, czy sklerozę czy też nowotwór mózgu. Mówię tu o większości przypadków i na podstawie mniej własnego ile doświadczeń obcych twierdzę, iż postępy w psychiatrii nowszej polegają więcej na wykazaniu anatomicznej strony chorób umysłowych, kliniczne zaś obrazy nie wykazują równoczesnego postępu w możliwości ich dyferencyowania, przyjmują więc drugorzędną rolę. Częste sekcye, przypadające przy oddziale MEYNERT'A stwierdzają z jednej strony prawdziwość postawionego za życia rozpoznania, usprawiedliwiają zaś prawdziwość słów powyższych. Co zaś do alkoholizmu, jako momentu przyczynowego, to ten przytrafia się tam w większej liczbie przypadków i stwarza bądź postacie samoistne (*Delirium tremens*) bądź też nadaje właściwą cechę innym postaciom chorobowym, często też powoduje obłąd przesładowczy. Ta ostatnia postać chorobna stanowi też jedną z najczęściej spostrzeganych we wspomnionym oddziale. MEYNERT nawet utrzymuje, iż początkowe postacie chorób umysłowych: melancholia i mania stanowiące największą cyfrę statystyczną w innych zakładach, jako czyste formy należą do rzadkości, że częste konstataowanie owych postaci jest wynikiem mylnego rozpoznania przypadków chorobnych, tło których stanowi obłąd przesładowczy lub pomieszanie pierwotne (*Verfolgungswahnsinn, primäre Verriicktheit*¹⁾). Genezę obłądu przesładowczego rozwijającego się zazwyczaj bardzo powoli M. psychologicznie w ten sposób wyjaśnia, iż na dnie każdego umysłu w dzieciństwie jeszcze spoczywają pewne uczucie niezadowolenia, nieufność, nieoceniania przez drugich — które dzięki rozwijającej się asocjacji umysłowej i refleksyi usuniętymi zostają; przy niedostatecznym zaś rozwoju tych ostatnich powstaje obłąd przesładowczy. Choroba ta jest długotrwałą, nieuleczalną ale pozostaje przez długie lata *in statu quo*, nie przechodzi w otępienie władz umysłowych (*dementia*) a to dlatego, iż anatomicznem miejscem cierpienia nie jest pierwotnie kora mózgowa lecz

¹⁾ Meynert, Ueber Fortschritte im Verständniss der krankhaften psychischen Gehirnzustände Psychiat. Centralb. 1877.

ośrodki podkorowe (z kąd powstają złudzenia wzmagające cierpienia), kora zaś mózgowa cierpi wtórnie w skutek zaburzeń naczynioruchowych, ośrodek których umiejscowionym jest w moście WAROLA lub rdzeniu przedłużonym. Melancholia jest cierpieniem bardzo rzadkiem (istotą jej jest zaburzenie w odżywianiu kory) i kończy się albo wyzdrowieniem albo też przechodzi w otępienie władz umysłowych. Mania jako samodzielna postać chorobowa również jest rzadkiem zjawiskiem, częściej już zdarza się jako faza peryodycznie powracającego obłąkania (*Mania periodica*). — Napomknę tu jeszcze o jednym usiłowaniu anatomicznego wyjaśnienia złożeń umysłowych. Wiadomo, iż w ostatnich czasach prócz ośrodka mowy zdołano umiejscowić ośrodek psychiczny słuchu (w płacie skroniowym) oraz wzroku (w płacie potylicowym). Złoczenia powstałe w skutek cierpienia owych ośrodków nazwano głuchotą i ślepotą psychiczną (MUNK). Otóż okazało się, iż pojęcie „*dementia*“ czyli otępienia władz umysłowych zbyt jest figuralnym i że chorzy uchodzący za otępiały są właściwie dotkniętymi bądź afazją bądź ślepotą lub głuchotą psychiczną. Usiłowanie to anatomicznej lokalizacji jest pod względem naukowym niemałej wagi i zostało ono dotąd jeszcze mało uwzględnionem. Wspomniałem zaś tu o niem jako o wyrazie postępu wiedzy, ponieważ wraz z niem wyrodziło się przekonanie uczonych, iż siedliskiem intelligeney nie jest tylko kora zrazów czołowych, lecz cała kora mózgowa a nawet mózg cały, gdyż pokazuje się, iż ograniczone cierpienie części mózgu daje obraz znieszczenia władz umysłowych.

Powyższe uwagi nasunęły mi się tutaj, jakkolwiek zawdzięczam je nietylko Wiedniowi, lecz trudno zaiste o systematyczne wyliczanie tego, co się tu lub gdzieindziej widziało. Zastrzegam sobie jednak z drugiej strony, iż nie wyczerpałem wszystkich kwestyj naukowych, jakie nasuwały mi się we wspomnianym zakładzie wiedeńskim — lecz szersze opracowanie tego przedmiotu odkładam do osobnej pracy.

Dla zupełnego scharakteryzowania opisywanego oddziału jeszcze w kilku słowach wspomnieć muszę o leczeniu. Środki, jakich najczęściej tam używają, są wszystkim dobrze znane a mianowicie: wodan chloralu w małych dawkach (w proszkach 1 — 2 gram), bromek i jodek potassu, przetwory żelaza. W skuteczność bromku potassu bardzo nawet wierzą; MEYNERT wspomina, iż nigdy nie widział przypadku padaczki i t. p., w którym środek ten nie okazałby się skutecznym. Jodek potassu podawanym bywa w przypadkach porażenia postępującego i innych somatycznych cierpieniach mózgu. Z narkotyków używają też morfiny lecz nie podskórnie. Ze środków hydropatycznych używają tylko kąpiele w wannach; natrysków wcale nie.

Na oddziale prócz profesora zajmują się głównie asystenci, którzy są bardzo dzielnymi specjalistami i przyczyniają się do postępu wiedzy. Pismem, w którym pomieszcza się prace szkoły MEYNERT'A są redagowane przez tegoż „*Jarhbücher für Psychiatrie*“.

Pracownia prof. MEYNERT'A przeniesiona dopiero w ostatnich czasach do szpitala powszechnego, mieści się w tylnym budynku tegoż, stanowiącym instytut anatomo-patologiczny. Wyszło z niej niemało już prac, traktujących wyłącznie o anatomii mózgu. Wspomnę tu mimochodem o zasługach MEYNERT'A w dziedzinie budowy mózgu — jako to: odróżnienie 2-eh systemów włókien (projekcyjnych i assocyacyjnych), odkrycie przez niego tylnego pęczka podłużnego t. zw. *Meynerit'sches hinteres Längsbündel*, bliższe zbadanie nóżki mózgowej (*pedunculus*), dokładne zbadanie jąder ośrodkowych i przebiegu torebki wewnętrznej i wiele innych. Cała niemal dokładna anatomia mózgu została z gruntu przekształconą dzięki

niezmordowanej pracy tego dzielnego badacza. Rzecz naturalna, iż pracownia, o której mowa, posiada nieoceniony materiał w postaci skrawków mózgu od lat niemal 15-u przygotowywanych, preparatów, które posłużyły za podstawę wyżej wspomnianych odkryć. Zaznaczyć tu muszę gotowość, z jaką prof. MEYNERT zezwolił na dokładne przejrzenie przezemnie preparatów, nie szczędząc przytem objaśnień, a czynię to i dla tego, by wskazać źródło gruntownego obznajmienia się z anatomią mózgu.

Kilka jeszcze słów o wykładach MEYNERT'A. Wykłada on raz na tydzień anatomię mózgu, 5 razy na tydzień prowadzi klinikę psychiatryczną t. j. czyta systematyczny kurs i demonstrowa odpowiednie przypadki w audytorium, znajdującym się przy oddziale psychiatrycznym. Lekcje te są nadzwyczaj zajmującemi; wykład jego bardzo pouczający nawet dla wykwalifikowanego specjalisty, dla którego może jedynie jest przystępnym, gdyż jedność języka, bogactwo porównań zawsze trafnych i obrazowań pięknych czynią zrozumienie przedmiotu dla początkujących za trudnem. Tem też może tłumaczy się zbyt nieliczne uczęszczanie studentów na lekcje MEYNERT'A a może też nieobowiązkowość psychiatrii jako przedmiotu egzaminacyjnego jest tego przyczyną.

Prócz oddziału psychiatrycznego w szpitalu powszechnym, Wiedeń posiada ogromny zakład dla obłąkanych, zbudowany w r. 1853 i przeznaczony dla mieszkańców Wiednia i Austrii niższej (*Niederösterreich Landesirrenanstalt*). Zakład ten znajduje się w samem mieście w wielkiej odległości od szpitala powszechnego i przeznaczony jest dla 700—750 chorych. Zakład zbudowany jest na wzgórzu i leży wśród obszernego parku, pozostaje więc niedostrzeżonym z ulicy, natomiast z wnętrza jego a szczególnie wyższych pięter roztacza się malowniczy widok na Wiedeń. Składa się on głównie z rozległego 2 piętrowego gmachu, którego obszerny front zwrócony jest ku Wiedniowi, i z którego końców ciągną się ku tyłowi zwrócone boczne również dwupiętrowe skrzydła. Prócz głównego gmachu w niewielkiej odległości znajdują się po obu stronach niesymetrycznie umieszczone 2 budynki, w jednym z których mieszczą się warsztaty, drugi przeznaczony jest dla chorych zanieczyszczających się. Środek gmachu głównego zajmują biura administracji, mieszkanie dyrektora (Dr. SCHLAGER), 2-ch prymaryuszów i urzędników. Bezpośrednio za nimi ciągną się pomieszczenia dla chorych po prawej stronie dla mężczyzn, po lewej dla kobiet. Niepodobna opisywać mi tu dokładnie rozkładu pomieszczeń, ograniczę się więc na wzmiankę, iż idą one w następującym porządku: oddział pensjonarzy spokojnych, mniej spokojnych (*halbruhige*), gwałtownych; potem idzie oddział ogólnych spokojnych, mniejspokojnych i gwałtownych. Oddziałów jest ogółem trzy: oddział mężczyzn (prymaryusz Dr. GAUSTER), oddział kobiet (Dr. HOLLER) i oddział kliniczny dla mężczyzn i kobiet (Dr. LEIDESDORF). Tak oddział ogólny jak i pensjonarski posiadają sale dla dziennego pobytu, w których chorzy zajmują się czytaniem, grywają w bilard lub karty, a kobiety zajmują się szyciem i t. p. Liczba łóżek w pojedynczych salach jest umiarkowaną: nie przenosi 12-u na dość obszerny pokój. Pensjonarze umieszczeni są w oddzielnych mniejszych pokojach pojedynczo lub po dwóch. Szerokie widne korytarze służą także do przechadzki. Latem chorzy korzystają z dość obszernych ogrodów, w których większą część dnia spędzają. W zakładzie, po części w oddzielnem zabudowaniu znajdują się małe warsztaty, przeznaczone dla pożytecznego zajęcia chorych. Najbardziej uprawianem jest introligatorstwo, dalej wyrabianie zabawek dzieciennych, snycerstwo — chorzy pod kierunkiem uzdolnionego majstra zajmują się bardzo pilnie a wyroby ich znajdują stałych odbiorców. Otrzymane ze sprze-

daży wyrobów pieniądze po odtrąceniu wydatków za materyał, stanowią własność chorego, który otrzymuje je przy wypisywaniu się ze szpitala. Prócz powyższych zatrudnień chorzy zajmują się wyrabianiem słomianek, koszykarstwem, pracują też w warsztacie krawieckim i szewskim.

Służbę lekarską prócz dyrektora pełni 3-ch prymaryuszów i 5 — 6 sekundaryuszów. Ci ostatni towarzyszą lekarzom ordynującym podczas rannej wizyty i odbywają wieczorną a także naprzemian spełniają dyżury. Pod względem naukowym zakład ten nie jest tyle zajmującym co poprzedni. Wprawdzie ogromny liczebnie materyał (800 chorych) jest wystarczającym zupełnie dla zapoznania się z praktyczną stroną psychiatrii, ale zatem wyższych celów nie osiągają ani lekarze ani nauka. Różnica pomiędzy obu zakładami jest widoczną: w pierwszym spotykamy się głównie ze świeżymi przypadkami chorób, odegranym zostaje związek dramatu, przytem materyał ten szybko i ciągle się odnawia, — w ostatnim zaś choroba przyjmuje spokojny swój przebieg aż do zupełnego rozwiązania. W pierwszym więc z tych zakładów jest właściwe miejsce dla czynienia spostrzeżeń, zestawiania tychże i wyciągania wniosków. Być też może, iż ogrom materyału jaki posiada tylko co opisywany zakład, wymaga tyle powszedniego zajęcia koło chorych, iż nie starczy czasu na naukowe opracowywanie spostrzeżeń. Z tem zjawiskiem spotykamy się zresztą wszędzie — gdzie mniejsze są zachody, tam częstokroć obfitszy bywa plon. Zresztą prymaryusze zakładu (Dr. GAUSTER, LEIDESDORF) znani są w świecie naukowym, gdyż przyczynili się swemi pracami do wyjaśnienia niektórych kwestyj. Toż samo dyrektor zakładu SCHLAGER wielu pracami przeważnie z psychiatrii sądowej upamiętnił swe imię w nauce. Co zaś do sekundaryuszów, to ci, pozostawając w zakładzie dla obłąkanych tylko przez czas pewien, pełnią swą służbę i nic więcej. Z tem wszystkiem nie pojmuję, dlaczego ogromny ten zakład stosunkowo niewiele zaznaczył się dotąd w nauce. Pomimo bliskiego sąsiedztwa szkoła MEYNERT'A nie wywiera tu żadnego wpływu, jest ona tu wprost negowaną. Zaznaczę tu jeszcze, iż oględziny pośmiertne zmarłych w zakładzie nie odbywają się tamże, lecz w pobliskim szpitalu powszechnym a dokonywa je MEYNERT jako prosektor zakładu.

Do zakładów psychiatrycznych Wiednia zaliczyć należy jeszcze prywatny zakład w Ober-Döbling (przedmieście Wiednia) będący pod zarządywaniem proff: LEIDESDORF'A i OBERSTEINER'A. Znajduje się on w oddaleniu półgodzinem od środka miasta i umieszczony jest śród parku na wysokiem wzgórzu, z kąd piękny roztacza się widok na Wiedeń oraz na okolice (Kahlenberg etc.). Zakład pomieścić może do 100 chorych i przeznaczony jest przeważnie dla uleczalnych. Prócz osobnych pokoi dla chorych znajdujemy tam obszerne sale dla dziennego pobytu, służące miejscem zebrani i rozrywek dla chorych. W samym zakładzie mieszczą też obaj dyrektorowie. W pewnem oddaleniu od głównego gmachu znajdują się 2 niewielkie pawilony dla chorych niespokojnych. Jako zakład prywatny nie ma on znaczenia naukowego, jakkolwiek Dr. OBERSTEINER (jun.) znanym jest ze swych prac z dziedziny anatomii i fizjologii mózgu.

Pod względem neuropatologii właściwej Wiedeńska szkoła nie wywiera obecnie wielkiego wpływu na postępy tej gałęzi wiedzy. Główną przyczyną tego jest brak ogniska, któreby zrędkowowało odpowiedni materyał naukowy t. j. brak szpitala lub kliniki chorób nerwowych. Materyał ten obecnie rozrzuconym jest po klinikach terapeutycznych (Bamberger, Nothnagel), niemniej też po innych oddziałach szpitala powszechnego, po części też dostarcza go poliklinika ogólna. W tem ostatniem

bulatorium dla chorób nerwowych kieruje prof. BENEDIKT. Przesuwa się tu codziennie znaczna ilość chorych z cierpieniami przeważnie ośrodków nerwowych po części też z cierpieniami nerwów obwodowych. Będąc doświadczonym neuropatologiem, BENEDIKT stawia bardzo trafne rozpoznania oraz czyni zadość właściwym wskazaniom leczniczym. Rozpoznanie oraz znalezione u chorego objawy zostają spisywane w osobnej siódce a przy powtórnym zjawianiu się chorego dopisywane zostają mianą zasłże w jego stanie. W przyległym pokoju znajduje się stacya lektroterapeutyczna, w której jeden z assystentów zajmuje się badaniem elektrodyagnostycznym oraz przeprowadza wskazane przez professora lezenie. Jednym z często używanych przez BENEDIKT'A środków jest przyżeganie skóry za pomocą termokauteru. Zastosowaniem ono bywa nie tylko przy cierpieniach ośrodkowych jak: zapalenie opon bądźto mózgu, bądź też rdzenia, w początkowym okresie władu pacierzowego i t. p. Przyżeganie owo stosuje się o ile można *in loco morbi* w bliskości przypuszczalnego ogniska (na głowie, kręgosłupie) i częstokroć bywa na tem samem miejscu powtarzanem. Działanie lecznicze owego środka ma miejsce według wszelkiego prawdopodobieństwa na drodze odruchowej; faktem jest, iż środek ten bywa często skutecznym, o czem miałem sposobność się przekonać.—Ulubioną specyalnością BENEDIKT'A jest badanie wymiarów głowy, szczególnie u osób z dyatezą neuropatyczną, idyotów i epileptyków. U tych ostatnich B. znajduje stale zmniejszenie długości łuku ciemieniowego t. j. części łuku łączącego małe ciemię z punktem skrzyżowania się szwu strzałkowego z wieńcowym. Mniejszej wypukłości czaszki odpowiadać ma słabsze rozwinięcie płatów ciemieniowych, służących za ośrodki psychoruchowe. Przewagą ośrodków podkorowych nad temi ostatnimi tłumaczy B. powstanie padaczki. Naturalnie, że jest to tylko przypuszczenie, oparte wprowadzie na licznych spostrzeżeniach ale wymagające jeszcze potwierdzenia zarówno jak teoria BENEDIKT'A co do atypicznego, wstecznego rozwoju mózgów przestępców. Co do atypiczności mózgów u przestępców, polegającej na rozwoju liczniejszych zawojów (np. 4-ch czołowych) oraz zlewaniu się bezpośredniem brózd—o prawdziwości tych danych miałem sposobność przekonać się przy szczegółowej demonstracyi zbioru BENEDIKT'A. Fakt ten zasługuje na uwagę w nauce i powinien być poważniej traktowanym, aniżeli dotąd. Należy baczniejszą zwrócić uwagę na rozmaiłość konfiguracyi zawojów zarówno mózgów normalnych jak i patologicznych i ustanowić pewne normy dla jednych i drugich. Jest tu jeszcze wielkie pole do pracy — negocować zaś lub wątpić w prawdziwość wskazanych danych jest metodą wprowadzie łatwą ale niegodną prawdziwej nauki. (d. n.)

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne z d. 4 Września 1883 r.

Prezes oświadczył iż stypendya wyznaczone testamentem przez ś. p. KACZOROWSKIEGO zostały przez Ministerium zatwierdzone.

Prezes w dalszym ciągu objawił iż prof. Kosiński z powodu obchodu 25-letniego jubileuszu doktorskiego, ofiarował na rzecz kasy wsparcia podupadłych lekarzy, 8,000 rubli i rapropował żeby mu za to oświadczyć podziękowanie, na co wszyscy obecni jednogłośnie się zgodzili.



Następnie Prezes wniósł kwestyą pracowni Towarzystwa lekarskiego. Kwestya oddawna miała być rozbiegana; obecnie fundusze Towarzystwa pozwalają na wyłożenie na ten cel jednorazowo 1,500 rubli, należy zatem przystąpić do wybrania komitetu, któryby odpowiedni projekt motywowany ułożył.

Kol. DUNIN zapytuje się Prezesa jaką kwotę Towarzystwo może wydawać rocznie na ten cel, a dowiedziawszy się iż summa ta wynosić może tylko 300 rs. rocznie, utrzymuje iż z takimi małemi funduszami nie zrobić nie można. Pracownia bez dyrektora jest niemożliwą; dyrektor jest właściwie wszystkim w pracowni i powinien on dużo czasu jej poświęcić. Zajęcie to należy odpowiednio wynagrodzić, gdyż nikt honorowo takich uciążliwych obowiązków (2—3 godzin dziennie) pełnić nie będzie.

Sekretarz stały twierdzi iż fundusz na opłacenie dyrektora można będzie odnaleźć, gdyż użyć będzie można na ten cel sumę 600 rs. rocznie, przeznaczoną przez Koczowskiemu na stypendya, które żadnej korzyści nikomu nie przynoszą.

Prezes oświadcza iż funduszu tego nie można na pracownię użyć.

Nastąpiła żywa dyskusja w której udział brali oprócz prezesa i sekretarza stałego kol. DUNIN, JASIŃSKI, KONDRATOWICZ, NUSSBAUM i FABIAN. Kol. DUNIN obstawał przy swoim twierdząc, iż nie widział dotychczas nigdy pracowni bez dyrektora, byłoby to niewłaściwe i bezpożyteczne a prezes oraz kol. JASIŃSKI, NUSSBAUM chcieli rozpocząć od małego i wyznaczyć miejsce na pracownię (lokal po lecznicy), sprawić odpowiednie narzędzia i t. p. Pracujący znajdują się w znacznej ilości, a jeżeli będzie kustosz, któryby miał pod swoją opieką owe narzędzia, to na początek nic więcej nie potrzeba.

Po wyczerpaniu dyskusji prezes wezwał obecnych do głosowania tajemnego na członków komitetu, któryby sprawę tę gruntownie rozebrał i gotowy projekt Towarzystwu przedstawił. Skład wybranego komitetu podaliśmy w N-rze 36 Medycyny.

Prezes zawiadomił iż p. Prezydent miasta odesłał projekt pomocy lekarskiej w porze nocnej wypracowany przez komitet sanitarny i załączył inny projekt nadesłany mu przez jakiegoś *Ostrołę*, prosząc Towarzystwo o udzielenie mu swojej opinii. Projekt ten odesłano do komitetu sanitarnego.

Wiadomości bieżące.

— W astrachańskiej dumie (duma—coś w rodzaju municypalności) znalazł się jeden z członków który najzupełniej na serio postawił wniosek „aby od lekarzy zażądać deklaracji na piśmie że cholery nie będzie”. Dziennik który tę wiadomość podaje nie przekazał jednak dla potomności nazwiska tego dostojnego przedstawiciela interesów swego grodu. Tableau.

— Jako nowy dowód, że wydział lekarski niemieckiego ministerium wojny gotuje się do wojny z równą systematycznością jak niemieccy oficerowie i cała armia niemiecka w ogóle, uważa „Wracz” (Nr. 33) cyrkularz rozesłany do lekarzy wojennych w którym postawione zostały do odpowiedzi tymże lekarzom pytania: jakie mianowicie z najnowszych środków opatrunkowych przeciwnieśliwych byłyby najodpowiedniejsze do użycia w ruchomych lazaretach na przypadek wojny, oraz które z nich powinny być zabrane w pochód jako już gotowe, a które na miejscu przyrządzać można.

OGŁOSZENIA.

CHOROBY NERWOWE, LECZENIE ELEKTRYCZNOŚCIĄ.

Prof. Dr. Nawrocki.

Ordynacka Nr. 2, róg Aleksandryi, dom Hr. L. Krasieńskiego, mieszkania Nr. 6 od 4—5 godziny.