

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalii zewnętrznych narządów płciowych u kobiety. Podał Fr. Neugebauer. — Przyczynek do nauki o przepuklinach ściany brzucha. Podał A. Marcinkowski. — Kilka słów o krzywiczy w Warszawie. Napisał M. Kraushar. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 7. Przyczynek do rozpoznawania fizykalnego płynów w opłucnie i osierdziu. 8. O leczeniu czyraków. 9. O znieczuleniu miejscowem. — Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 4 lutego r. b. — **Streszczenia zbiorowe.** Patogeneza kamicy żółciowej w świetle najnowszych badań. Napisał St. Pechkranc. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Fr. Neugebauer — Un cas d'anomalie unique dans son genre des organes génitaux externes chez une femme. 2) D-r A. Marcinkowski — Contribution à l'étude des hernies abdominales. 3) D-r M. Kraushar — Quelques mots sur le rachitisme à Varsovie.

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

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Fr. Neugebauer — Eine in ihrer Art einzig dastehende Beobachtung einer Anomalie der äusseren weiblichen Geschlechtstheile. 2) D-r A. Marcinkowski — Beitrag zur Lehre von den Bauchbrüchen. 3) D-r M. Kraushar — Einige Worte über die englische Krankheit in Warschau.

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

JEDYNE W SWOIM RODZAJU SPOSTRZEŻENIE z dziedziny wrodzonych anomalii zewnętrznych narządów płciowych u kobiety:

„Aut clitoridis hypertrophicae aut penis rudimentarii infra vulvam
mulieris in perinaeo implantatio”.

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER.

Przypadek zrządził, że w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu miałem sposobność zbadania około 15 osobników o wrzekomem obojnactwie. Mimo-woli sprawa zainteresowała mnie tak, że postanowiłem zebrać kazuistykę odpowiednią, aby się zorientować w przeróżnych odmianach tej osobliwej potworności, będącej, niestety, często źródłem nieszczęścia nie tylko dla osobnika, tą wadą ustroju obarczonego, lecz i dla całej jego rodziny. Zestawiłem 666 spostrzeżeń z piśmiennictwa i praktyki i ogłosiłem je w „Przeglądzie chirurgicznym”, wydawanym przez kolegę KRAJEWSKIEGO. Pomimo, że zestawiony w tej mozolnej pracy komplikacyjnej materiał kazuistyczny zawiera przykła-

dy najprzeróżniejszych odmian wrzekomego obojnactwa, jednak nie znalazłem ani jednego przypadku, któryby można porównać z dzisiejszem mojem spostrzeżeniem. Chodzi mianowicie o to, że u kobiety dorosłej, o sromie zupełnie prawidłowym, poniżej otworu sromu, raczej poniżej *frenuli labiorum* znajduje się narząd kształtu prącia lub też przerosłej łechtaczki. W roku zeszłym ogłosiłem w „Pamiętniku Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego“ oraz po niemiecku w czasopiśmie „Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie“ 37 spostrzeżeń podwójności narządów płciowych zewnętrznych, a mianowicie 28 przypadków podwójności prącia, 3 spostrzeżenia podwójności *vulvae* i 6 spo-

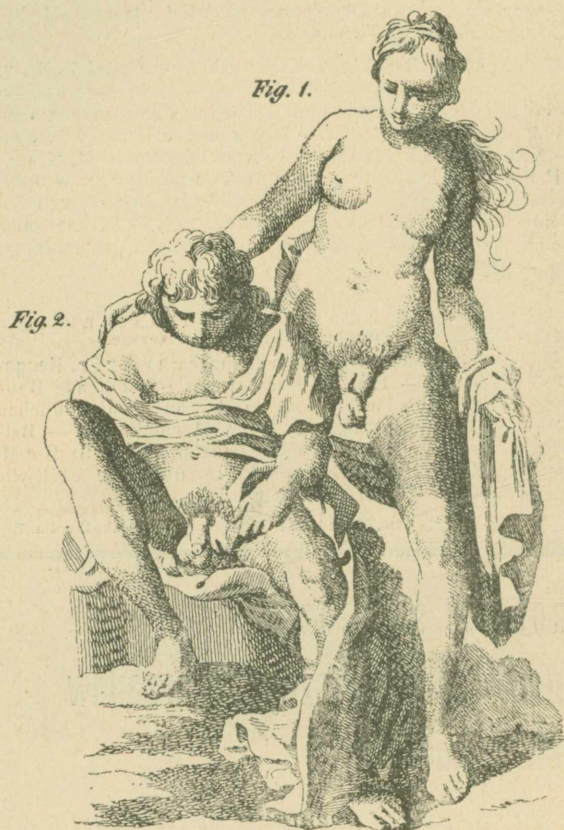


Fig. 1. Obojnacy o narządach płciowych zewnętrznych obojga płci (podług COLUMBUS'a).

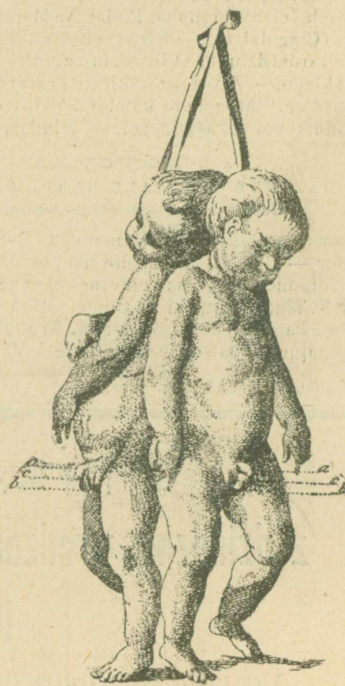


Fig. 2. Bliźnięta grzbietem zrosnięte o narządach płciowych zewnętrznych obojga płci każde (A. PARÉ).

strzeżeń, dotyczących osobników, u których istniała *juxtapositio organorum sexualium utriusque sexus*. W tych to 37 przypadkach narządy te, czy homoseksualne czy heteroseksualne, zawsze leżały tuż obok siebie, ani razu zaś nie skonstatowano, aby jedne leżały poniżej drugich. Podręczniki anatomii patologicznej zarówno jak i zniekształceń wrodzonych względem spostrzeżeń tego rodzaju zachowują się więcej, niż skeptycznie, i poprostu zaliczają spostrzeżenia *juxtapositionis organorum sexualium* różnej płci do bajek, ponieważ nauka nie jest w stanie wytłumaczyć embryologicznie sposobu powstawania takiej anomalii. NAGEL „Entwicklung und Entwicklungsfehler der weiblichen Genitalien“, patrz: VEIT's „Handbuch der Gynaekologie I. Bd. Wiesbaden 1897

pg. 617" pisze: „Ein gleichzeitiges Vorkommen von aeußeren maennlichen und weiblichen Genitalien ist bisher nicht bewiesen, auch nicht, wie es mir scheint, durch den Fall NEUGEBAUER“. MECKEL pisze, że w przypadkach podwójności dolnego końca tułowia i podwójności narządów płciowych zewnętrznych narządy te zawsze są płci jednakowej, i że tam, gdzie je opisano jako płci odmiennej, zachodziła pomyłka, albowiem widziano narządy płciowe heteroseksualne w narządach homoseksualnych o różnym stopniu rozwoju. Ponieważ w żadnym ze 6 spostrzeżeń wyżej wymienionych nie dokonano sekcji oraz odpowiednich badań histologicznych, ma się rozumieć kwestya pozostaje otwartą. ARNAUD na rysunku podług COLUMBUS'a podaje różne formy podwójności heteroseksualnej zewnętrznych organów płciowych. (Fig. 1). PARÉ (patrz fig. 2), podaje rysunek dwojga dzieci, w Heidelbergu urodzonych,

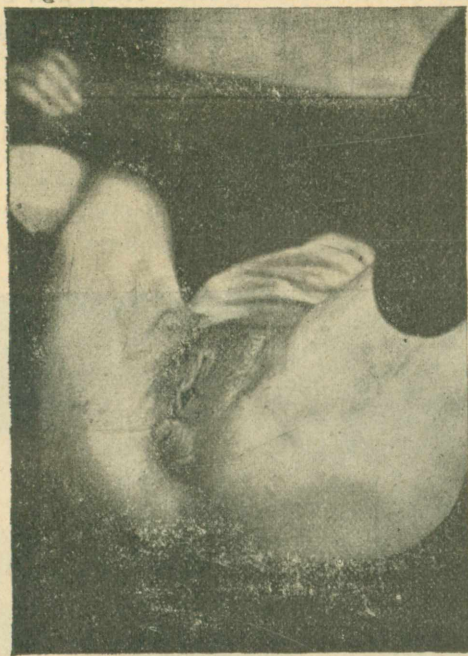


Fig. 3.

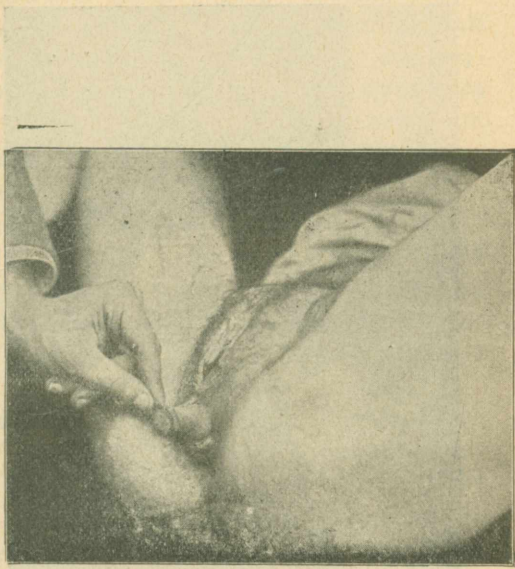


Fig. 4.

dolną częścią grzbietu i miednicą zrosniętych między sobą, z których każde posiadało narządy płciowe zewnętrzne obu płci. Nauka nie przyznaje możliwości istnienia takiej formy wrzekomego obojnactwa, a jednak daje do myślenia, że od czasu do czasu zjawiają się tego rodzaju spostrzeżenia w piśmiennictwie. Najdawniejsze trzy ogłosili COELIUS RHODIGIN, COLUMBUS i PARÉ, następnie opisano urodzonego w roku 1752 w mieście Rouen Ludwika Reinault, dalej opisał spostrzeżenie jedno Mosstakow, ostatniem zaś było moje spostrzeżenie, dotyczące dziecka, dotychczas jako dziewczynka wychowywanego, które w swoim czasie przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskiem.

Jeśli z punktu widzenia nauki zdaje się niemożliwym, aby narządy odmiennej płci u tegoż osobnika istniały równocześnie, leżąc obok siebie, cóż wtedy odpowiedzieć na zapytanie, czy może być, aby poniżej *vulvae* normalnej na kroczu osadzona była druga łechtaczka lub też prącie? Nauka odpowie, że zjawisko takie jest niemożliwe. A jednak!

Otóż dnia 27 grudnia 1898 r. kolega SZNABL zawiadomił mnie o tem, że w kantorze matek p. Trojanowskiego znajduje się mamka o wadliwości wrodzonej narządów płciowych. Sprowadziłem mamkę tę do szpitala, przygotowałem aparat fotograficzny oraz plastycynę dla umodelowania podobizny oczekiwanej osobliwości. Osoba ta, panna, starozakonna, 27-letnia, 7 dni temu powiła szczęśliwie dziecko donoszone płci męskiej, prawidłowo ukształtowane. X. pozornie ukształtowana jest zupełnie prawidłowo. Ogólny wygląd, budowa, głos, owłosienie sutki i t. d. zupełnie kobiece. Wogóle nie zauważonoby nic podejrzanego przy powierzchownych oględzinach. Po odsłonięciu narządów sromu atoli odrazu uderza widok niebywały. Poniżej pagórka Wenera prawidłowego leży prawidłowa *vulva* o większych i mniejszych wargach sromowych oraz łechtaczce. *Frenulum labiorum* i dolna część pochwy noszą jeszcze na sobie ślady porodu, niedawno odbytego. Na jeden centymetr poniżej *frenuli labiorum* znajduje się organ, wyglądający jak prącie



Fig. 5.



Fig. 6.

męskie lub też przerosła łechtaczka. Narząd ten ma około 45—52 milimetrów długości i osadzony jest na linii pośrodkowej ciała. Gdy tylko dotknąć się tego narządu palcem cokolwiek energiczniej, następuje erekcja, przyczem długość wzrasta na niecałe 6 centymetrów. Narząd ten, przedtem wiotki, sztywnieje, napręża się i zdradza ruchy drgające w sagitalnym kierunku. Pacjentka przytem, leżąc na grzbiecie, unosi miednicę ku górze, doznaje uczucia lubieżnego, które sama przyznaje i zdradza wyrazem twarzy. Narząd ten czyni wrażenie prącia o wyraźnej żołądzi, napletku długim i powłoce skórnej, ułożonej w obfite fałdy, jak powłoki moszny. Podczas erekcyi narząd ten prawie że ma grubość małego palca. Część żołądzi przykryta jest *praeputio*, można jednak po bokach cofnąć je aż do *corona glandis*. Położenie narządu tego przy erekcyi jest takie, że podłużny jego wymiar skierowany jest ku

górze i ku przodowi. Przytem jednak przedni koniec narządu lekko zagięty zostaje ku dołowi, podobnie jak prącie w hypospadyi. W miejscu, gdzie *in apice glandis* męskiej otwiera się cewka moczowa, widać dołeczek—ektodermalne zagłębienie—otworu brak. Na dolnej powierzchni narządu nie widać śladów hypospadyi, jak na przerosłej łechtaczce. Przy obmacywaniu członka, gdy sztywnieje *sub erectione*, można wymacać, jak się zdaje, dwa *corpora cavernosa*, z których jedno dochodzi, jak mi się zdawało, aż do kostnego brzoza łuku łonowego, mianowicie prawostronne—po lewej stronie wymacać tego nie mogłem. *Per rectum* badając, nie znalazłem żadnych osobliwości, *per vaginam* nie badałem ze względu na stan puerperalny chorej, a to tem mniej, że sam poród odbyty przecież dowodzi, że posiada ona macicę, jajowody i jajniki. Wargi sromowe nie zawierały żadnych ciałek podejrzanych, również w otworach kanałów pachwinowych nie wymacałem zawartości obcej. Nie śmiałybym twierdzić, że zbyt obfite fałdy powłoki skórnej na dolnej powierzchni narządu, szczególnie około podstawy jego, są szczątkami moszny lub nie. *Summa summarum* narząd ten o nadmiernej wrażliwości czyni więcej wrażenie prącia rudymentarne go bez otworu cewki, niż przerosłej łechtaczki, możebnem jednak jest, że jest to przerosła łechtaczka. Na czterech fotografiach w odmiennych pozach uwidoczni ona jest cała anomalia ustroju. Charakterystyczne są obrazy, zdjęte w pozycji *à la vache*. Na dwóch fotografiach uwidocznilem, o ile napletek *resp.* cały narząd daje się wyciągnąć ku przodowi. (Fig. 3, 4, 5, 6 zdjęć fotograficznych dokonała firma „Conrad“):

Już dawniej, kiedy X. jeszcze dzieckiem była, lekarz zaproponował matce usunięcie zbytecznego narządu, matka jednak na to się nie zgodziła. Również i sama pacjentka dziś nie chciała się zgodzić na moją propozycję usunięcia tego dodatku krocowego. Prawdopodobnie musi on urażać *sub cohabitatione*, przynajmniej częste są przypadki, gdzie albo mąż albo żona żądali usunięcia przerosłej łechtaczki z tego powodu.

Nie jestem w stanie stanowczo rozstrzygnąć kwestyi, czy narząd ten w danym przypadku jest łechtawką, czy prąciem, a cóż dopiero powiedzieć względem objaśnienia embryologicznego tej anomalii? W kazuistyce dotychczasowej, jak już wyżej powiedziałem, analogicznych spostrzeżeń brak, może który z zoologów lub weterynarzy spostrzegał podobną anomalię? W notatkach moich znalazłem tytuł dysertacyi paryskiej pana CHÉROT: „*Du molluscum pendulum de la vulve. Faux Hermaphrodisme par pseudoverge latérale*“. Paris 38. V. 1892. W tej chwili sprowadziłem sobie dziełko to z Paryża, lecz, niestety, zostałem rozczarowany. Chodzi tu o spostrzeżenie MAUCLAIRE'a, dotyczące kobiety, u której pomiędzy wargą sromną większą i mniejszą po lewej stronie osadzone było zwyczajne *molluscum pendulum*, nie mające żadnej a żadnej styczności z wrzekomem obojnactwem, tak że nie rozumiem, jak autor mógł w tytule rozpisywać się o „*pseudoverge*“, czem tylko w błąd wprowadza innych autorów, którzy spostrzeżenie to cytują bez kontroli osobistej.

Fotografie oraz model z plastycyny WINTERNITZ'a, przeze mnie zrobiony, dnia 3. I. 1899 demonstrowałem w Towarzystwie Lekarskiem.

Przyczynek do nauki o przepuklinach ściany brzucha.

Podał

A. MARCINKOWSKI.

Rozpoznawanie przepuklin jest sprawą wielkiej wagi, zwłaszcza dla praktyka prowincjonalnego, jako przedstawiciela wszystkich specjalności. Duże przepukliny zwykłego typu trudności rozpoznawczych przedstawiać nie mogą; małe i nietypowo umiejscowione bywają źródłem częstych pomyłek, zwłaszcza, że objawów stałych nie wywołują, dają natomiast liczne zaburzenia ogólne, niczem nie wskazujące umiejscowienia cierpienia lub wręcz w inną stronę odwracające uwagę badacza.

Doniosłość tej sprawy zachęca mnie do ogłoszenia naszych dwóch przypadków, których opis poprzedzę kilku uwagami, zaczerpniętymi z artykułu KUTTNER'a: „Ueber Verdauungsstörungen, verursacht durch verschiedene Bruchformen, besonders durch Hernien der Linea alba“ (Grenzgebiete d. Medicin und Chirurgie. 1896).

Objawami wszystkich wogóle przepuklin bywają: bóle głowy i brzucha, kolki, występujące nagle i bez widocznego powodu, flatulencya, utrata łaknienia, wymioty i zaparcie stolca. Rozpoznanie polega na wykryciu szorokich biodrowych lub pachwinowych kanałów, lub obecności pętlisy kiszki (innym razem guza o zwartości tłuszczaka) w jednym z miejsc wymienionych.

Kobiety, zwłaszcza starsze wieloródki, odznaczają się największą skłonnością do przepuklin biodrowych. Prócz przepuklin, występujących w miejscach typowych o zmniejszonym oporze, rozróżnia autor przepukliny ściany brzucha (Bauchdeckenbrücke), na które już przed stu laty zwracał RICHTER uwagę lekarzy, wzywając każdego, by o nich wiedział i pamiętał. Te, tak zwane, *Herniae epigastricae*, znajdują się powyżej pępka w smudze (*H. lineae albae*), albo z boku tejże. Są to guzy małe, rzadko większe od wiśni i tylko wyjątkowo przechodzące wielkością orzech włoski. Kształt ich zależy od rozmiarów: małe są okrągłe, większe torbowate albo grzybkowate. Zawartość ich najczęściej stanowi sieć, rzadziej kiszka; ściana żołądka w powstawaniu przepuklin udziału nie ma.

Prócz właściwych przepuklin spotykamy w ścianie brzucha niewielkie guzy tłuszczowe, zrosnięte z otrzewną przy pomocy cienkiej szypuły i mające własność wywoływania tych samych zaburzeń, co i *Herniae propriae*, mieszczą się jednak zazwyczaj tuż ponad pęcherzem moczowym. Przepukliny właściwe mogą zmieniać kształt wskutek parcia i napęśnienia. Specyjalną skłonnością do ich powstawania odznaczają się mężczyźni z klasy roboczej, u dzieci małych zdarzają się one rzadko; ich związek przyczynowy z urazami jest całkiem wyraźny.

Objawy są bardzo różnorodne, typ stanowią napadowe bóle w brzuchu, których siła zależy niekiedy od położenia ciała, np. zmniejsza się podczas leżenia poziomego. Wskutek dłuższego trwania cierpienia, wywiązują się następnie zaburzenia nerwowe — z obrazem neurastenii, hipochondryi albo histeryi.

Powikłania organicznymi cierpieniami żołądka są możliwe, dlatego doradza KUTTNER badanie szczegółowe tego narządu we wszystkich przypadkach, przebiegających przy gastrycznych objawach. Z punktu rozpoznania różniczkowego zasługują na uwagę: nieżyt przewlekły, rozszerzenie, wrzód, rak, nerwobóle żołądka, kamica żółciowa lub nerkowa.

Józef R., ogrodnik, lat 44, *Hernia lineae albae*, przyjęty do oddziału dnia 8 lutego 1898 r. Rodzice zdrowi, doczekali późnej starości; ojciec żył lat 90. Przed kilku laty spostrzegł chory mały guziczek między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym, który, rosnąc powolnie, nie wywoływał początkowo objawów chorobowych. Od sześciu miesięcy napady bólu brzucha, czyniące chorego niezdolnym do pracy. W celach leczniczych płukano mu żołądek, lecz nie osiągnięto polepszenia. Bóle zjawiają się popołudniu. Chorego położono do łóżka.

9. II. Wieczorem silny napad, trwający około godziny.

10. Naczczo płukano żołądek; z wodą odchodzą niewielkie nitki śluzowe. Wieczorem napad.

11. Stan i leczenie jak wyżej.

12. Operacja. Nad guzem cięcie przez ścianę brzucha, w której okazuje się pewien brak, a przezeń wypukła się kawałek sieci, wielkości orzecha laskowego. Ten ostatni podwiązano i wycięto, otwór w ścianie zaszyto trzema szwami z fil de Florence. Szew skórny.

13—22. Bólów nie było, stan bezgorączkowy; rana zagojona przez rychłozrost.

24. R. opuszcza szpital zdrowy.

23 IV. Odszukany R. oznajmia, że przez pierwszy tydzień po powrocie do zwykłego trybu życia czuł się całkiem dobrze. Później wystąpiły dawne napady z tą samą prawie siłą, jak przed operacją. Obecnie bywają rzadsze, słabsze i krótsze, nie odrywają chorego od zajęć obowiązkowych. Według słów R. cierpienia zredukowały się obecnie do $\frac{1}{3}$ ich ogólnej sumy z okresu przedoperacyjnego. Wywoływane bywają przez nadużycia pokarmowe, znużenie fizyczne, nawet irytację i kłopoty życia.

30. IX. Od dłuższego czasu zdrów zupełnie, bólów nie miewa.

Józef G., lokaj, lat 33. *Hernia epigastrica libera*. Rodzice zdrowi, żyją; ojciec ma obecnie lat 80. Rodzeństwo zdrowe; chorób nerwowych ani umysłowych w rodzinie nie było. Chory poważnie nie chorował. Już przed kilku laty zauważył „guzik“, który już to występował, już to ginął. Guzik ów nie powiększał się. Od dwóch miesięcy bóle i zawroty głowy i zwłaszcza przykre uczucie opadania wnętrzości, któremu towarzyszy ustawiczny ból. W smudze powyżej pępka dołek, przepuszczający koniec palca. Od wydymania się występuje guz, wielkości wiśni.

26 II. Operacja. Cięcie, podwiązanie i odcięcie wypadłego kawałka sieci, szew z fil de Florence.

27. Bóle w brzuchu.

28. Bóle w brzuchu, zawrót głowy.

1. III. *Idem*.

2. Zawrót mniejszy; zły smak w ustach.

3. Zawrót zmniejsza się, od operacji nie było uczucia opadania. Chory leżał.

4. Bandaż zdjęty; zagojenie przez rychłozrost. Przebieg bezgorączkowy.

5. Zawrotu nie ma, tylko uczucie opadania.

6. — 9. Uczucie opadania. Chory chodził.

10. Badanie kanałów pachwinowych wykazuje, że są one szeroko rozwarte, i palec wprowadzony wyczuwa nacisk pętlic kiszkowych wskutek kaszlu i wydymania się. Choremu zalecono używać paska na dwie strony.

14. Ambulatoryjnie. Nosi pasek i nie czuje bólu, ani opadania, zawrotu również. Skarży się na palący ból w bliźnie; zgłębnik wypuszcza ropę.

15. *Idem*. Przez kilka dni chory przychodzi do opatrunku, wygląda nerwowo i zaczyna skarżyć się na zawroty głowy. Zapewniony, że niebezpieczeństwa niema, uspakaja się; zawroty ustępują.

1. V. Chory, odszukany, opowiada, że w rance po operacji wciąż jest mały otworek, wydzielający ropę. Napady zawrotu głowy i bólu brzucha zdarzają się, lecz rzadziej i są słabe.

31. X. Pozostała sącząca przetoka; bóle bardzo rzadkie, i chory jest bardzo zadowolony z wyniku operacji.

Po upływie pewnego czasu z przetoki wydzielila się nitka, i wkrótce zagoila się ona doszczętnie.

Wszyscy autorowie, którzy traktowali sprawę przepuklin ściany brzucha, zgadzają się na to, że operacja nie w każdym przypadku usuwa chorobowe objawy. Im dłużej trwało cierpienie, tem niepewniejszy jest skutek zabiegu chirurgicznego. Zapewne zaburzenia nerwowe stają się wtedy nawykowymi, lub stwarza się miejsce mniejszej odporności, przez które działając, bodźce zewnętrzne wywołują te same stałe objawy. Za przykład służyć może nasz przypadek pierwszy: już po zupełnem wyzdrowieniu zjawiły się tu nawroty bólów, którymi reaguje nasz chory na irytację i znużenie. Drugi przypadek zasługuje na uwagę ze względu na współistnienie przepukliny smugi białej z rozszerzeniem kanałów pachwinowych; pierwsza musiała wywoływać zawroty i bóle brzucha, gdyż obadwa te objawy równocześnie po operacji ustąpiły. Uczucie opadania zależało od rozwartych szeroko kanałów pachwinowych, ustępowało, gdy chory leżał, i całkiem zostało usunięte przez użycie paska. Skutek zabiegu nie był w obu naszych przypadkach zupełnie pomyślny, jednak widoczny. Ze zresztą nie mamy innej leczniczej metody, cierpienia omawiane winny być traktowane chirurgicznie, przytem jak można najwcześniej, póki układ nerwowy chorego jest w stanie, że tak powiem, wyzwolić się od wrażeń, jakim podlegał.

Na zakończenie mam sobie za miły obowiązek podziękować szefowi mojemu, d-rowsi RAUMOWI, za tak łaskawe ustąpienie mi materyału ze swego oddziału.

Warszawa, 1 listopada 1898 roku.

Z AMBULATORIUM D-RA JULJANA KRAMSZTYKA PRZY SZPITALU DZIECIĘCYM
IM. BERSONÓW I BAUMANÓW.

Kilka słów o krzywicy w Warszawie.

Napisał

MAKSYMILJAN KRAUSHAR.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 5).

Zastrzegamy w tem miejscu, iż nie rozpoznawaliśmy krzywicy li tylko na zasadzie t. zw. objawów zwiastunowych w postaci długotrwałych zapa-
eń oskr zeli, uporczywych biegunek, brzucha wzdętego, i t. d., albowiem nie

zawsze rozwijała się w następstwie krzywica. Woleliśmy przeto czekać na ukazanie się niewątpliwych jej oznak, czyli „następstw“, jak je nazywa Le GENDRE w postaci: rozmiękczenia kości czaszkowych (*craniotabes*), różańca, O lub X owatego wygięcia kończyn dolnych i t. p.

Nie było też dla nas miarodajnem samo tylko zgrubienie nasad kostnych, może się ono bowiem rozwinąć w granicach fizyologicznych, ani też ledwo wyczuwalny różaniec, nieznaczne bowiem wybijałości na żebrach, w miejscu łączenia się części chrzęstnej z kostną, mogą być następstwem długotrwałych lub ciężkich zaburzeń w narządach oddechowych.

Co się tyczy dzieci powyżej lat 5—6, to ze względu na małą wartość rozpoznawczą niektórych zmian, zależnych od krzywicy przebytej, ponieważ mogły one powstać w następstwie chorób, nie wspólnego z krzywicą nie mających (gruźlica, żółty, zapalenie szpiku kostnego, przymiot, wodogłowie przewlekłe i t. d.), rozpoznawaliśmy krzywicę jedynie na zasadzie wybitnych i wyraźnych oznak cierpienia. Mowa tu, oczywiście, o tych przypadkach, w których wywiady nie uprawniały do żadnego wniosku stanowczego. Być może, iż temu należy przypisać fakt stopniowego zmniejszania się ilości dzieci, dotkniętych krzywicą, wraz z wiekiem. Powiadamy „być może“, ponieważ ŻUKOWSKIJ notuje wśród 808 dzieci w wieku od 4 do 16 lat aż 752 z krzywicą, a tylko 56 bez niej, co stanowi zaledwie 7% dzieci, wolnych w tym wieku od tego cierpienia.

BAGINSKY spostrzegał tylko trzy przypadki krzywicy u dzieci pomiędzy 4 a 13 rokiem życia. Ilość dzieci w wieku od 4 do 13 lat, leczonych w naszym ambulatoryum, wynosiła w r. 1896 — 573, w r. 1897 — 588, w pierwszym zaś półroczu r. 1898 — 290. Pomiedzy niemi było dotkniętych krzywicą w r. 1896 — 19, co stanowi 3,3%, w r. 1897 — 21 czyli 3,6%, w pierwszym zaś półroczu r. 1898 — 24, co wynosi niespełna 8%.

Do podobnych wyników doszli BAGINSKY, COMBY, BRUENNICKÉ i in., konstatując, iż największy rozwój krzywicy przypada na okres ząbkowania. RITTER v. RITTERSHAIN zwraca uwagę na rozwój krzywicy przeważnie w pierwszym roku życia, przyczem jedna trzecia przypada na pierwsze półrocze, a dwie trzecie — na drugie. Istotnie, w pierwszym roku życia mieliśmy za czas ubiegły 1892 dzieci z krzywicą, poniżej zaś 6 miesięcy — 621, co stanowi około 33%.

Przystąpmy obecnie do bardziej szczegółowego rozpatrzenia mniejszej, bo zaledwie 300 przypadków obejmującej, liczby spostrzeżeń, zebranych według specjalnie w tym celu sporządzonych szematów.

Dotyczą one 190 chłopców i 110 dziewcząt; stosunek chłopców, dotkniętych krzywicą, do dziewcząt ma się, jak 63,3 do 36,7. Oparty jednakże na zbyt małej ilości spostrzeżeń wniosek o częstszym zapadaniu na krzywicę chłopców, niż dziewcząt, byłby przedwczesny, gdyby go nie stwierdzał wynik, otrzymany z rozbioru całego naszego materiału ambulatoryjnego za omawiany przeciąg czasu. Przez 2 1/2 roku udzieliliśmy porad 4369 chłopcom i 3937 dziewczętom. Pomiedzy nimi było dotkniętych krzywicą chłopców 2238, dziewcząt zaś 1641, czyli stosunek jednych do drugich ma się, jak 57,7 do 42,3.

Mniej więcej tenże stosunek otrzymamy, gdy uwzględnimy jeno dzieci poniżej lat dwóch, było bowiem w tym wieku chłopców 3164, dziewcząt 2669, z krzywicą zaś 1994 chłopców, a dziewcząt 1532, stosunek przeto stanowi 56,5 do 43,5. W obu więc przypadkach stwierdzamy nadwyżkę po

stronie chłopców, upoważniającą nas do wniosku, iż chłopcy częściej podlegają krzywicy, aniżeli dziewczęta.

EICHHORST utrzymuje, iż płeć nie odgrywa żadnej roli w sprawie nabycia krzywicy, co zdaje się stwierdzać ŻUKOWSKI, który podaje na 3055 dzieci, dotkniętych krzywicą, 1554 chłopców i 1501 dziewcząt. KUTTNER natomiast stwierdza stanowczą przewagę po stronie chłopców; VIERORDT podaje stosunek chłopców do dziewcząt, jak 60 do 40, podług JOHANNESSE'na stosunek ten wynosi 56,9 : 41,1.

Mnie osobiście bardziej trafiają do przekonania dane, oparte na zestawieniu cyfr dzieci z krzywicą i bez niej dla każdej płci oddzielnie. Przyjrzyjmy się wynikom, otrzymanym tą drogą: z ogólnej ilości chłopców (4369) miało krzywicę 2238, co stanowi przeszło 51%, innemi słowy: przeszło połowa chłopców podlega krzywicy; z ogólnej zaś ilości dziewcząt (3937) dotkniętych było krzywicą 1641, co wynosi 41,7%, czyli: przeszło dwie piąte dziewcząt choruje na krzywicę.

U dzieci poniżej lat dwóch stosunki powyższe przedstawiają się nieco odmiennie: z 3164 chłopców krzywicę miało 1994, co stanowi 63%, a z 2669 dziewcząt było krzywicznych 1532, czyli 57,4%. Innemi słowy: wśród dzieci poniżej dwu lat ma krzywicę prawie dwie trzecie chłopców i przeszło połowa dziewcząt.

Rasa również wywiera niewątpliwy wpływ na częstość pojawiania się krzywicy u odnośnych osobników. Śród ogólnej liczby dzieci leczonych było chrześcian 4477 i żydów 3829. Z nich dotkniętych było krzywicą 2428 chrześcian i 1451 żydów; a więc 54,25% pierwszych i 38% drugich miało krzywicę. Stosunek zaś jednych do drugich ma się, jak 62,6 do 37,4.

Do powyższych czynników przyczynowych (płeć i rasa), usposabiających do nabycia krzywicy, dołączyć należy przede wszystkim to, co obniża lub osłabia żywotność i dzielność życiową tkanek ustroju dziecięcego, a więc w pierwszym rzędzie dziedzicznie przekazywane osłabienie sprawności życiowej ustroju wskutek gruźlicy, przymiotu lub krzywicy rodziców. Minęły już bezpowrotnie owe czasy, gdy przypisywano zbyt wielkie znaczenie gruźlicy w sprawie powstawania krzywicy, lub gdy utożsamiano przymiot dziedziczny z krzywicą. Nie ulega już bowiem żadnej kwestyi, iż istnieją dzieci z niewątpliwymi oznakami przymiotu dziedzicznego lub z gruźlicą jelit, płuc i z gruźliczym zapaleniem opon mózgowych bez żadnych zgoła śladów krzywicy. Niejednokrotnie mieliśmy sposobność spostrzegania takich dzieci. Z drugiej strony—niewiele jest dzieci krzywicznych z odziedziczonym przymiotem lub gruźlicą. Z owych 300 dzieci, o których obecnie mowa, było zaledwie czworo z przymiotem (1,3%) i troje z gruźlicą — dwukrotnie od ojca odziedziczoną (1%). Sprawę dziedziczenia bezpośredniego krzywicy od rodziców, którzy w niemowlęctwie przebyli omawiane cierpienie, zdaje się rozstrzygać tabliczka następująca, w której uwzględniliśmy, czy całe rodzeństwo, czy też wreszcie ostatnie tylko dziecko jest krzywicą dotknięte.

Ilość rodzin	59	54	52	30	27	26	24	11	9	3	2	3
Które dziecko leczy się?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Czy inne mają krzywicę?			12	4	3			2	1			1
Czy inne są zdrowe?		35	25	14	8	11	9	4	2	1		
Czy część ma krzywicę?		19	15	12	16	15	15	5	6	2	2	2

Z tabliczki powyższej okazuje się, że zaledwie 23 rodziny, t. j. 8%, dotknięte są pospół krzywicą, natomiast po 109 rodzin (36%) jest bądź to

zupełnie — z wyjątkiem ostatniego dziecka, bądź też w części przeważnej wolnych od tego cierpienia. Gdyby krzywica rodziców była czynnikiem wystarczającym do rozwoju krzywicy u potomstwa, natknęlibyśmy się na znacznie większą ilość rodzin, we wszystkich swych członkach dotkniętych tem cierpieniem. O krzywicy więc rodziców da się to samo powiedzieć, co i o przymiocie i gruźlicy: nie stanowi ona, bynajmniej, *conditio sine qua non* do powstawania krzywicy u dzieci, jeno usposabia je do łatwiejszego zachorowania dzięki osłabionej dzielności tkanek ich węższego zazwyczaj ustroju. Jeżeli zaś kilkoro dzieci zapada na krzywicę w jednej i tej samej rodzinie, jest to raczej dowód ulegania jednakowym wpływom szkodliwym, niż dziedziczności.

W kierunku obniżania sprawności życiowej ustroju dziecięcego działają też niemal wszystkie choroby matki podczas brzemienności i dziecka w pierwszych miesiącach jego życia. Wszystkie też one zajmują miejsce poczesne w szeregu czynników, sprzyjających rozwojowi lub powstaniu krzywicy.

Oddzielną rubrykę zajmuje sprawa mieszkania i żywienia dzieci. Gdy jedni (TROUSSEAU, UFFELMANN i in.) twierdzą, iż nieprawidłowe żywienie dzieci większą przynosi im szkodę, aniżeli mieszkanie, pod względem zdrowotnym nieodpowiednie, przypisują inni (BEYLARD, MAC-EWEN i in.) większe znaczenie mieszkaniom wilgotnym, cuchnącym, pozbawionym światła i powietrza. Na mocy naszych danych trudno się przechylić bądź to do zdania jednych, bądź do drugich. Mieszkań wilgotnych notowaliśmy 133 t. j. 44,3%, ociekających wprost wilgocią — 16, czyli 5,3%, wilgotnych i ciemnych 57, t. j. 19%. Owych 300 rodzin mieszkało przeważnie na parterze (86), na pierwszym piętrze (61), na facyatce (31) i w suterrenach (27). Jeśli weźmiemy pod uwagę, iż są to po większej części mieszkania brudne, ponure, wilgotne, ciemne, niemal wcale nie wietrzone, przez ironię chyba pokojami zwane, że w nich ulegają pogwałceniu wszelkie wymagania higieny, nie zdziwi nas wcale, iż dzieci tych nor ulegają zazwyczaj cięższym postaciom krzywicy, powikłanej wybitnymi objawami ze strony ośrodkowego układu nerwowego.

Do podobnych wyników doszedł LANGE, który zbadał miejsce zamieszkania 176 dzieci, krzywicą dotkniętych. 133 mieszkania były mniej więcej odpowiednie, 28 jako takich, 17 złych i 18 potwornych. I on również skonstatawał łączność pomiędzy stanem mieszkania a ciężkimi postaciami krzywicy.

Współzależności podobnej pomiędzy stopniem krzywicy a żywieniem dzieci niepodobna wykazać, nie zawsze bowiem natężenie krzywicy odpowiadało błędom w dyecie.

Z owych 300 dzieci zaledwie 29, czyli niespełna 10%, żywionych było sztucznie, bądź to różnymi surogatami mleka, bądź też mlekiem krowiem rozcieńczonem; czternaścioro karmiły mamki, przeważną zaś resztę — matki. Niemal wszystkie dzieci dokarmiano mlekiem krowiem, mączką, kleikiem, bawarką, sucharkiem, bułką i t. p. Z 257 dzieci, żywionych piersią matki, dokarmiano 220 i, jak to widać z następujących cyfr, aż nazbyt wcześnie, albowiem od urodzenia 18, od 2 tygodni — 12, od 3 tygodni — 4, od miesiąca 12, od 6 tygodni — 10, od 2 mies. — 13, od 3 mies. — 16, od 4 mies. — 12, od 5 mies. — 22, od 6 mies. — 49, od 7 mies. — 11, od 8 mies. — 8, od 9 mies. — 7, od 10 mies. — 1, od 11 mies. — 6, od 12 mies. — 19. Zaledwie 37, czyli 12,3%, dostawało pierś rok cały.

Przyjrzyjmy się poszczególnym objawom krzywicy.

Na kościach czaszki — przeważnie na kości potylicowej i na krawędziach szwów strzałkowego, węglowego i wieńcowego — spotykamy miejsca

o odporności zmniejszonej, z łatwością pod uciskiem palca ustępujące na podobieństwo karty lub pęcherza suchego. Jest to t. zw. *craniotabes*, *craniomalacia* (miękkogłowie). Rozmiękczenie kości czaszkowych przedstawia się bądź to w postaci rozlanej z gdzieś wyczuwalną tkanką kostną, tak że cała kość, przeważnie potylicowa, otrzymuje konsystencję ciasta lub karty, bądź też w postaci tu i owdzie wyczuwalnych wysepek różnej wielkości, najczęściej na krawędziach szwów. Zależności obszaru rozmiękczenia kości od natężenia i stopnia krzywicy nie należy przesądzać, ciężka bowiem postać krzywicy może przebiegać bez wyraźnego miękkogłowia i odwrotnie.

Na 151 przypadków rozmiękczenia i ścięczenia kości czaszkowych spostrzegaliśmy ośmiokrotnie rozlaną jego postać. Najwcześniej występuje ono w 7 tygodniu życia, najpóźniej u schyłku drugiego roku. O wieku, w którym się ten objaw ukazuje, i o częstości poucza nas następująca tablica.

Wiek dzieci w miesiącach	Ilość dzieci z krzywicą	Z <i>craniot.</i>	Odsetka
Od 1 $\frac{3}{4}$ do 3	10	10	100
„ 3 „ 6	52	49	94
„ 6 „ 9	60	48	80
„ 9 „ 12	63	30	48
„ 12 „ 18	62	12	20
„ 18 „ 24	23	2	10

Okazuje się z powyższego, iż rozmiękczenie kości czaszkowych słusznie uważane bywa za najwcześniejszy objaw krzywicy, występuje bowiem przeważnie w pierwszym półroczu i stanowi przez czas dłuższy niemal jedyny objaw tego cierpienia. Pomimo dość obfitego materiału odnośnego (473 dzieci w wieku do dwóch miesięcy, a pomiędzy nimi 31 z rozmiękczeniem kości czaszkowych powyżej 6 tyg odni) nie spostrzegaliśmy ani razu miękkogłowia poniżej 6 tygodni. Zdaje się to świadczyć przeciwko t. zw. krzywicy wrodzonej, którą kłaść należy na karb Kaufmannowskiej *chondrodystrophia*.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

7. SCHUELE. Przyczynek do rozpoznawania fizykalnego płynów w opłucnie i osierdziu. Autor dowodzi, że niektóre wskazówki rozpoznawcze, dotyczące się płynów w jamie opłucny lub w worku sercowym, podawane w podręcznikach, jako niepodlegające żadnej wątpliwości, nie zawsze mogą być za takie uważane. Mianowicie szmer tarcia jest uważany za nieomylny objaw suchego zapalenia opłucny, gdy według badań S. może on istnieć również przy istnieniu płynu obok bezwzględnej tępości i braku oddechu. Zjawisko to zauważył autor w dwóch przypadkach, sprawdzonych przez BAEUMLER'a za pomocą próbnego przekłucia. Wyłączając możliwość błędnego badania, sztucznego tarcia słuchawką, przenoszenia szmeru tarcia od górnych lub dolnych granic wysięku, będącego złym przewodnikiem dźwięku, autor przychodzi do wniosku, że pomimo obecności płynu pozostają pewne ograniczone części płuc, zbliżone przez zrosty z opłucną klatki piersiowej, które przy oddechanu powodują tarcie. Ztąd praktyczny wniosek, że wo-

bec tarcia przy jednoczesnej tępości tonu opukowego, trzeba mieć na myśli nie tylko zapalenie opłucny i płuca z niedrożnością doprowadzającego oskrzela, ale przy pewnych wskazówkach, dowodzących obecności płynu w jamie opłucny, trzeba robić próbné przekłucie. Dokładne rozpoznanie, np. w otoku ropnym, może mieć wielkie znaczenie.

Tępość na rękojeści mostka uważamy za jeden z najwcześniejszych objawów zbierania się płynu w worku sercowym. S. zgadza się z tem mniemaniem, zwracając jednakże uwagę, że podobny objaw może towarzyszyć obrzmieniu gruczołów śródpiersia, lecz inaczej, niż dotychczas, tłumaczy przyczynę powstawania samego objawu. Robiąc doświadczenia na trupach, autor zauważył, że płyn zbiera się mniej więcej równomiernie, tępość zaś, przeważnie występująca na rękojeści mostka, jest zależna od topograficznego ustroju worka, który przechodzi z serca na główne naczynia w kierunku, zbiegającym się na kształt szyjki butelki, i ma w sąsiedztwie zapasowe komory opłucny, gdzie płyn korzysta z najdogodniejszych warunków do zbierania się. Prawa i lewa granica tępości serca również się oddalają, ale objaw ten schodzi na drugi plan. Tłumaczenie, jakoby płyn, mający ciężar właściwy względnie mniejszy od samego serca, zbierał się u góry, jest pozbawione wszelkiej rzeczywistej podstawy. Również bezpodstawnem wydaje się autorowi twierdzenie, jakoby przy znacznej ilości płynu w osierdziu stępienie dochodziło na prawo do prawej linii sutkowej, na lewo — do linii pachowej, tworząc trójkąt równoramienny. Przy sztucznem napełnianiu worka sercowego, S. przekonał się po pierwsze, że rozszerzalność osierdzia nie jest tak znaczna, jak to dotychczas przyjmowano (*maximum* do 800 ctm. sz.), powtórze że tępość przedstawia trójkąt prostokątny z prostopadłą od rękojeści wzdłuż prawego brzegu mostka z przeciwprostokątną w kierunku do linii pachowej, gdzie tępość przeważnie się powiększa. Autor nie miał możności potwierdzenia swego spostrzeżenia na chorych, ale bezwzględnie przenosi swój wniosek do przypadków nagle powstałych: w podobnych przypadkach znaczna tępość na prawej stronie, jak to wskazał już BIERNACKI, powinna być uważana za zależną od zmian w opłucnie lub płucu.

(*Munch. Medic. Wochens.* Nr 51. 1898.).

R. Gutowski.

8. A. R. 0 **leczeniu czyraków.** Jakkolwiek leczenie czyraków jest w zasadzie dość proste, to jednak postępowanie racjonalne powinno uwzględniać poszczególne cechy każdego przypadku, jako to: liczbę pojedynczych ognisk chorobowych, okres ich rozwoju, umiejscowienie i t. d.

Leczenie może być już to tylko miejscowe, już to i miejscowe i ogólne jednocześnie; to pierwsze w okresie początkowym może być poronne.

Wszystkie dotychczas w tym ostatnim okresie stosowane środki jako to: nalewka jodowa, saletrzan srebra, stężone roztwory środków przciwgnilnych, mające zapobiedz „dojrzewanu“ czyraka, jednakowo prowadzą do celu, t. j. niezależnie dają skutek pożądany. Wtakich razach najlepiej jest utorować ognisku zapalnemu drogę nazewnątrż, lecz nigdy za pomocą noża, a jedynie przez delikatne dotknięcie termolub galwanokauterem. Gdyby to nie pomogło, pozostaje ograniczyć się do okładu wilgotnego np. z roztworu kwasu bornego i pozwolić czyrakowi dojrzewać. Wtym ostatnim okresie również nie należy stosować noża szematycznie. Nacięcie wskazane jest jedynie tam, gdzie ma się do czynienia z czyrakami dużej objętości, o silnem napięciu, pokrytymi skórą grubą, powikłanymi zapaleniem naczyń chłonnych i gorączką, mówiąc, zwięźle, gdzie spostrzega się znacniejszą skłonność do zniszczenia tkanek wszęrz i wgłęb', niż do przebiccia się sprawy na zewnątrż. W przeciwnym przypadku zaleca się postępowanie wyczekujące; a więc stosujemy pokrycie ogniska chorobowego za pomocą kataplazmu,

przygotowanego z masy kartoflanej, ugotowanej do wrzenia w 4% roztworze kwasu bornego i ostudzonej.

Częste powtarzanie się czyraków i skłonność do zlewania się kilku ognisk sąsiednich w jedno zwraca uwagę w kierunku leczenia ogólnego, gdyż tu może być mowa o zakażeniu gronkowcami całej skóry (*staphylococci cutanéi*). Pedantyczna czystość jest tu rzeczą pierwszorzędną wagi, prócz tego kąpiele siarczane i obmywanie całego ciała spirytusem kamforowym. Jeżeli badanie moczu nie wykryje cukru, należy zwrócić uwagę na przewód pokarmowy, mianowicie sprawdzić, czy nie znajduje tu miejsca nadmierna sprawa gnicia. Dobre wyniki otrzymywano za pomocą podawania świeżych drożdży piwnych, w ilości 2—3 łyżeczek dziennie.

(*Gazette des Hôpitaux*. Nr. 117. 1898).

Zd. Markiewicz.

9. BRAUN O znieczuleniu miejscowem. Istnieją trzy odmienne sposoby działania środków znieczulających, wstrzykniętych w tkanki. 1) Dana okolica może być przesiąknięta płynem znieczulającym, wziętym w bardzo słabym roztworze; znieczulenie, w ten sposób osiągnięte, nie przekracza granic nacieczonej tkanki; typem tego znieczulenia jest zwykły sposób SCHLEICH'a, t. j. znieczulenie za pomocą prostego nacieczenia. 2) Ta sama okolica tkanek zostaje znieczuloną, gdy w jej środek wstrzyknięto małą ilość płynu znieczulającego o mocnem stężeniu, np. 10/0 roztwór kokainy; w miejscu wstrzyknięcia takiego roztworu następuje znieczulenie, dzięki prostemu nacieczeniu, zaś do tkanek otaczających przesiąkają małe ilości płynu dość stężonego, by spowodować znieczulenie całej danej okolicy; sposób ten autor nazywa znieczuleniem przez pośrednie nacieczenie. W obu przypadkach znieczulenie jest wynikiem bezpośredniego stykania się czynników znieczulających z czuciowymi zakończeniami nerwów. 3) Wreszcie dany obszar tkanek znieczulamy, wstrzykując w najbliższe sąsiedztwo pniów nerwów czuciowych drobne ilości stężonych roztworów, które, powoli wsiąkając w te właśnie pnie, znośszą ich zdolność przeprowadzania czucia; jest to t. zw. znieczulenie obszarowe lub obwodowe, po raz pierwszy stosowane przez OBERST'a.

Wszystkie roztwory wodne, wstrzyknięte w tkanki, powodują obrzmienie, pęcznienie tychże. Pęcznienie samo przez się początkowo mocno drażni nerwy czuciowe — jest to pierwotne pobudzenie, poczem następuje ich porażenie, znieczulenie od napęcznienia, które może być tak wyraźne i trwałe, jak znieczulenie, powstałe wskutek czynników chemicznych, — wreszcie pęcznienie tkanek może powodować ich zgorzel.

By możliwie zmniejszyć to obrzmienie tkanek, a więc uniknąć pierwotnego pobudzenia, do wstrzykiwań należy używać tylko płynów osmotycznie obojętnych, nagranych do ciepłoty ciała. Osmotycznie obojętnymi płynami dla tkanek ustroju człowieka będą takie, które zamarzają przy tym samym stopniu oziębienia, co i zwykle ciecze ustroju: krew, chłonka, przesięki, wysięki, wszystkie one zamarzają, oziębione do 0, 55° niżej zera. Do takich obojętnych płynów należy, na przykład, 0,9% roztwór soli kuchennej, 9% roztwór cukru trzcinowego, 5,8% roztwór kokainy.

Gdy wypada użyć słabszego roztworu kokainy, to przez dodanie odpowiedniej ilości chemicznie obojętnej soli, np. soli kuchennej, należy stopień zamarzania roztworu obniżyć do — 0, 55°.

Z najrozmaitszych środków znieczulających autor oddaje pierwszeństwo eukainie B, nawet przed kokainą. Eukaina B (*resp. eukainum B muriaticum*), znieczulając miejscowo tak samo, jak i kokaina, pierwotnie pobudza jeszcze mniej, niż ta ostatnia; jej roztwory są bardzo trwałe i dają się wygotować, nie ulegając zepsuciu;

uszkadza tkanki tak mało, jak i kokaina; wreszcie jest daleko mniej jadowita: wstrzykiwać można trzykroć większe ilości, niż kokainy. Z tego powodu autor zaleca zamiast płynu SCHLEICH'a używać następującego roztworu, nagrzanego do wysokości ciepłoty ciała: 1,0 eukainy, 8,0 soli kuchennej na 1000,0 wody. Autor używał do znieczulenia nawet 300 ctm.sz. tego płynu bez żadnych objawów otrucia. Morfina w płynie SCHLEICH'a jest zupełnie niepotrzebna, miejscowo bowiem wcale nie działa, natomiast powoduje obrzmienie w tkance. Jeśli SCHLEICH przypisuje morfinie zniesienie bólów następnych, to jestto działanie ogólne morfiny. Autor tedy wstrzykuje morfinę przed każdą większą operacją podczas znieczulania miejscowego, lecz nie w tkankę, w której zamierza operować.

Zbyteczne jest zamrażanie w celu znieczulenia pierwszego ułknięcia igłą, gdyż samo zamrażanie okolic obficie unerwionych, np. dłoniowej powierzchni palców, jest bardziej bolesne, niż ułknięcie cienką, dobrze wyostrzoną igłą. Najwygodniej jest do pierwszego ułknięcia skóry wybierać miejsca najmniej wrażliwe.

Do wstrzykiwań w tkanki twarde, bliznowate autor używa szprycy objętości 10—15 ctm. której tłoczek porusza się za pomocą szruby, zaś igła, przymocowana do szprycy za pomocą odpowiedniego zamka, jest zakrzywiona pod kątem prostym, by tem lepiej przystawała do niektórych części ciała. W tkanki nie tak zbite można wstrzykiwać zwykłą szprycą. Igły zaleca złocić: kosztą złocenia doskonale wyrównają się trwałością igieł.

Wskazanie do stosowania miejscowego znieczulenia sposobem SCHLEICH'a stanowi bardzo wiele przypadków z dziedziny t. zw. małej chirurgii: usuwanie ciał obcych lub małych guzów, nacięcia wszelkiego rodzaju, przekłucia jam ciała, wymywanie stawów i t. p. Oprócz tego, wskutek zupełnego swego bezpieczeństwa, metoda ta wkracza i do t. zw. chirurgii dużej, zwłaszcza stosowna jest u tych chorych i w takich operacjach, gdzie uspienie nie jest pożądane, a więc do cięcia klatki piersiowej, tchawicy, do operacji na żołądku, kiszkiach, do przepuklin wolnych i uwięźniętych. Operacje brzuszne dają się dobrze wykonywać z tego powodu, że nastrzykiwać wypada tylko ścianę brzucha, albowiem narządy, w jamie brzucha zawarte, są prawie pozbawione wrażliwości. Atoli wszelkie długotrwałe manipulowania w jamie brzucha, wszelkie szarpanie trzew, każde uwalnianie zlepiów bywa znacznie bolesne; dodać należy, że kobiety wogóle, zaś podczas operacji brzusznych w szczególności, bardziej są wytrzymałe od mężczyzn.

Do operacji kostnych, ograniczonych do nieznacznej przestrzeni, wystarcza znieczulenie za pomocą nastrzyknięcia podokostnowego. Autor, stosując to znieczulenie, złamał krzywo zrosnięty obojczyk i nałożył nań szwy, dłułował blizny kostne czaszki, zatokę czołową i szczęki górnej.

Wewnętrzne powierzchnie jam surowiczych, jamę otoczek właściwej jądra lub błonę maziową stawów można znieczulić, wypełniając je płynem SCHLEICH'a. Otóż tu właśnie, wobec użycia dużej ilości płynu, najbardziej odpowiednią gwoili bezpieczeństwu będzie eukanina. Autor używał eukaninę do operacji hydrocoele; znieczulał eukainą stawy grzmicze przed bardzo bolesnem wstrzyknięciem w nie zawiesiny jodoformowej.

W ropniach ostrych, ściśle ograniczonych, wreszcie w wielu przypadkach, skoro chorzy bardzo niechętnie zgadzają się na uspienie, wskazane jest znieczulenie miejscowe.

Niestosowne jest natomiast znieczulenie miejscowe bardzo często u dzieci, u pijaków z osłabionym układem nerwowym, — zawsze tam, gdzie konieczne jest zwolnienie mięśni gdzie są pewne techniczne trudności w samej operacji, gdzie trzeba usunąć guzy rozlane, gruczofy obrzmiałe; dalej użycie termokauteru

w tkance nastrzykniętej znosi znieczulenie miejscowe, gdyż niszczy kokainę lub eukainę; nakoniec nieodpowiednie dla metody SCHLEICH'a są przypadki rozlanych spraw zapalnych, mianowicie ropówek (*phlegmone*) na rękach i palcach.

Druga metoda, obecnie bardzo rzadko używana, w zasadzie mało różni się od poprzedniej. Wskazana mogłaby być tam, gdzie niepożądane lub też niemożliwe jest przepełnienie tkanki większą ilością płynu, a i wtedy bezpieczniej w tym celu byłoby używać 1% eukainy lub tropakokainy.

Sposób OBERST'a obecnie prawie wyłącznie stosowany jest przy operowaniu na palcach rąk i nóg. Podstawę palca przewiązuje się cienką rurką gumową, by wstrzymać dopływ krwi, a tem samem wysysanie się płynu wstrzykniętego i ułatwić wciekanie płynu w nerw. Do wstrzyknięcia bywa używany $\frac{1}{2}$ % kokainy lub tropakokainy, a najlepiej 1% eukainy B w 0,6% roztworze soli kuchennej. Wielokrotne doświadczenia autora, na samym sobie dokonane, wykazały, że i od bardzo słabych roztworów, gdy podwiązany jest palec, następuje znieczulenie, lecz zbyt późno (w pół godziny i dłużej po wstrzyknięciu), że natomiast, gdy palec nie jest podwiązany, trzeba użyć znacznie silniejszych roztworów, niż są wskazane; narzeczcie że nagrzewanie płynu do 55°, zalecane przez COSTA i HACKENBRUCH'a, nie wpływa wcale na zwiększenie znieczulenia, sprawie tylko większe bóle następce. Wstrzykuje się płyn zwykłą szprycą PRAVAZ'a w zdrową tkankę podskórną u podstawy palca, możliwie blisko nerwów, między opaską a polem operacyjnem. Najlepiej jest wykonywać trzy nakłucia, stosownie do anatomicznego położenia cieńszych lub grubszych nerwów, mianowicie: dwa u brzegu grzbietowego palca z każdej strony, skośnie, tuż obok kości, w kierunku do linii pośrodkowej powierzchni dłoniowej palca; skoro koniec igły wyczuje się pod skórą na powierzchni dłoniowej, igłę wysuwamy powoli, wstrzykując kilka kropel danego roztworu; trzecie nakłucie wykonywamy na powierzchni grzbietowej poprzecznie ponad rozginaczem palca (nie wstrzykujemy od strony dłoniowej palca, jako znacznie czulszej). Do znieczulenia palca dosyć jest użyć 1 cm. sz. roztworu (0,005 kokainy lub tropokokainy albo 0,01 eukainy B). Najdłużej w pięć minut po wstrzyknięciu możemy przekonać się o znieczuleniu palca zupełnem: na dotyk, ból, ciepło i do pewnego stopnia położenie. Znieczulonemi stają się wszystkie części palca: skóra, powięź, kości, stawy. Znieczulenie trwa dotąd, dopóki palec pozostaje przewiązanym u podstawy; w parę minut po zdjęciu opaski znieczulenie przemija. [Na tak znieczulonym palcu wykonywać można wszelkiego rodzaju operacje: otwierać rośnie, amputować, wyłuszczać członeczki, usuwać wrośnięte paznogie.

Gdy metoda SCHLEICH'a jest zawsze bezpieczna dla chorych, to stosowanie sposobu drugiego i trzeciego zmusza nas do liczenia się ze stężeniem roztworów i z pewną idyosynkrazją chorych. Stężenie roztworów nie tylko na siłę znieczulenia, lecz i na jakość działania ogólnego ma także znaczenie, jak dawka użyta. Dla kokainy najlepiej ustalić maksymalną dawkę, podaną przez WOELFLER'a t. j. 0,05 *pro dosi*, dla eukainy zaś trzykrotnie większą. Tropokokaina pod względem jadowitości stoi pośrodku między kokainą i eukainą. W bardzo zaś rozcieńczonych roztworach, jak w płynie SCHLEICH'a, bezpieczne są dawki 0,1 dla kokainy i 0,3 dla eukainy.

(*Samml. klin. Vortr. Nr. 228. 1898*).

St. Stanisławski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Ostatnie posiedzenie roku ubiegłego w dniu 12 grudnia zakończyło się, jak corocznie, wyborami. Większością głosów powołani zostali na prezesa kol. Jan WYZGO, na wiceprezesa kol. Ignacy STRZEMIŃSKI. Powtórnie wybrano urzędujących w roku zeszłym: 1-go sekretarza Ludwika CZARKOWSKIEGO, 2-go Feliksa ŚWIEŻYŃSKIEGO, bibliotekarza Maryana KEWLICZA, skarbnika Bernarda HŁASKEJ, kustosza prowizora Kazimierza STEFANOWSKIEGO.

Pierwsze posiedzenie roku bieżącego, dnia 12 stycznia, rozpoczęte zostało mową prezesa, który, zwróciwszy uwagę na wybitnych swoich poprzedników, między którymi byli kiedyś znakomitości europejskie, i na słabe swoje w porównaniu z nimi siły, prosił, aby Towarzystwo pomogło mu wypełnić trudne obowiązki.

Posiedzenie to w znacznej części poświęcone było sprawom administracyjnym, głównie uchwaleniu projektu tworzenia stopniowego funduszu na wybudowanie domu dla Towarzystwa. W tym celu powiększono składkę członkowską z 6 rb. do 8 i postanowiono użyć dochodu z laboratorium chemiczno-mikroskopowego, istniejącego przy Towarzystwie, który to dochód wyniesie rocznie 150—200 rb.

Kol. KOHAN i STEMBO przedstawili chorego ze szpitala starozakonnych z wrodzonym brakiem przedniej części pięciu górnych prawych żeber i słabym rozwinięciem mięśni w ich obrębie; osobnik jest mańkutem. Miękkie części na palcach wszystkich kończyn są znacznie zgrubiałe, co zależy zdaniem kol. STEMBY od zmian w płucach, bliżej nie określonych. Kości palców nie są zgrubiałe, jak tego dowodzi przedstawiona fotografia, zdjęta sposobem ROENTGEN'a; inna fotografia wskazuje żebra z obu stron.

Z powodu pokazanego osobnika kol. STANIEWICZ i SAMSONOW oświadczyli, że spostrzegali każdy po jednym przypadku wrodzonego braku mostka.

Kol. BAGIEŃSKI, zwróciwszy uwagę na niezadawalające warunki sanitarne Wilna, wskutek których śmiertelność z chorób zakaźnych wynosi, według danych urzędu lekarskiego, 35% ogólnej śmiertelności, a cyfra ta prawdopodobnie jest mniejsza od rzeczywistej, uważa za konieczne, aby Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, które zawsze zwracało pilną uwagę na zdrowotność miasta, zajęło się opracowaniem projektu reform sanitarnych, którego główne punkty wskazał prelegent (dostarczenie miastu dobrej wody, wzmocnienie dozoru sanitarnego nad czystością produktów żywności, dezynfekcja używanego ubrania w sprzedaży i lombardach i t. p.).

W rozprawach kol. STANIEWICZ i prezes zwrócili uwagę na komisję sanitarną, utworzoną przez radę miejską z grona jej członków, która pracuje obecnie nad sprawą, poruszoną przez kol. BAGIEŃSKIEGO; miasto tak stare, jak Wilno, potrzebuje wielu reform pod względem sanitarnym; niektóre są już dokonane, dla przeprowadzenia innych potrzeba czasu i pieniędzy.

Towarzystwo uchwaliło polecić sekcji sanitarnej, stale przy niem istniejącej, opracowanie projektu reform sanitarnych i po zatwierdzeniu przez Towarzystwo projekt ten przesłać radzie miejskiej.

Sprawy administracyjne zajęły tyle czasu, że kilka ciekawych odczytów musiano odłożyć do następnego posiedzenia.

Wybrani zostali na członków rzeczywistych Towarzystwa koledzy: BURHARDT, BOROWSKI, WASZKIEWICZ i WOLAŃSKI (ostatni z Petersburga).

J. S.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 4 lutego 1899 r.

Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia, przewodniczący oświadczył, że 67 lekarzy powiatowych nadesłało mu dane, dotyczące sprawy szczepienia ospy; nadto otrzymał także dane od wielu lekarzy fabrycznych, z kilku wsi i miasteczek. Z urzędowych cyfr statystycznych za lata 1892—1894 wynika, że w 6 iu powiatach szczepień średnio bywało zaledwie 1,3—2 na 100 ludności, co znaczyłoby, że połowa ludności (40—60%) nie miała ospy szczepionej. Są to powiaty: Maryampolski, Warszawski (I), Władysławowski, Kutnowski, Kalwaryjski i Radzyński. W 14 powiatach procent szczepień wynosił 2—2½, co wskazywałoby, że blisko trzecia część ludności tych powiatów (25—40%) nie była szczepiona. Są to powiaty: Biłgorajski, Chełmski, Lubelski, Szczuczynski, Pułtowski, Kozienicki, Radomski, Sejneński, Włocławski, Wołkowyski, Słupski, Łaski, Łęczycki i Sandomierski. Natomiast 14 powiatów wykazało procent szczepień wyższy od 4, co znaczyłoby, że dokonywają się tam nawet i szczepienia powtórne (rewakcynacje), i to na dość wielką skalę.

Cyfry urzędowe ściśle być nie mogą, w każdym bądź razie mogą one raczej wykazywać za dużo szczepień, a nie za mało.

Wogóle lud nasz na rewakcynację dzieci patrzy obojętnie, ale dorośli wyjątkowo tylko jej się poddają. W ostatnich jednak latach w niektórych miejscowościach odbywają się masowe rewakcynacje dorosłych. Są to wychodźcy nasi za zarobkiem do Niemiec. Podlegają oni bowiem często szczepieniu na granicy, a nieraz jeszcze i na miejscu zarobkowania, przyczem ściągają z nich za szczepienie markę opłaty. Wygodniej więc im dopełnić szczepienia w kraju za darmo lub za jakieś 5—15 kop.

Niedbalstwo w sprawie szczepienia panuje nie tylko pomiędzy ludem. Z inteligencji warszawskiej 25—30% zaniedbuje szczepienia powtórne, a 10% przebywa ospę. Takie same cyfry znaleziono nawet i w rodzinach lekarskich (lekarze, żony ich i dorastające lub dorosłe dzieci).

Wogóle przy bliższem badaniu sprawa szczepienia wygląda u nas gorzej, niż to było mówione na przeszłym posiedzeniu. Liczba nieszczepionych wynosi pewnie 1½ miliona, a liczba tych, co przebywali ospę, jakieś dwa miliony. Znaczyłoby to, że brakuje między nami przynajmniej ćwierć miliona ludzi, zmarłych z ospy.

Postanowiono rozesłać odezwy do duchowieństwa, do pism peryodycznych i do chlebobawców, mające na celu: zachęcać ludność do szczepienia i rewakcynacji, przestrzegać czystości przy szczepieniu, wcześniej zawiadamiać władze o przypadkach ospy, przy przyjmowaniu robotników, terminatorów, służących, stróżów i t. p., domagać się szczepienia od nich samych i ich rodzin, wyjednywać u gmin większe składki na szczepienie.

D-r POLAK zwraca uwagę, że dla przyjęcia do szkół elementarnych świadectwo szczepienia nie jest dotąd wymagane. W szkołach średnich i wyższych należałoby wymagać świadectwa rewakcynacji. Odezwe w tym względzie do „Przeglądu Pedagogicznego“ i przedsięwzięcie starań u p. Kuratora okręgu naukowego postanowiono przekazać wydziałowi higieny wychowawczej.

Podobnie postanowiono przekazać wydziałowi szpitali sprawę rewakcynacji w szpitalach królestwa, a sprawę szczepienia służby i ludności miejscowej w zdro-

jowiskach i bardziej uczęszczanych mieszkaniach letnich — wydziałowi zdrowisk.

D-r PUŁAWSKI przedstawił przygotowany przez siebie odczyt ludowy o ospie i potrzebie jej szczepienia z pięknymi kolorowanymi tablicami. D-r POŁAK radzi dać w tym odczycie dobry rysunek kolorowy krosty ospowej. P. Brzeziński zwraca uwagę lekarzy na potrzebę odczytu ludowego o alkoholizmie i wskazuje źródła pomocnicze do takiego odczytu. Postanowiono urządzić w Warszawie odczyt ludowy o ospie zaraz po uzyskaniu na to pozwolenia jeszcze przed kampanią tegoroczną szczepienia ospy.

Przystąpiono wreszcie do rozpraw nad projektem d-ra POŁAKA obowiązkowego szczepienia ospy. Po dłuższej dyskusji uchwalono jednomyślnie następujący wniosek: Wydział higieny ludowej jednomyślnie uznaje za konieczny i jedyny środek uwolnienia naszego kraju od ospy — powszechne obowiązkowe szczepienie ospy ochronnej. Wydział sądzi, że niezwłoczne zaprowadzenie obowiązkowego szczepienia byłoby u nas zupełnie możliwe, a stanowiłoby dobrodziejstwo dla kraju. Nawet i obowiązkowa rewakcynacja byłaby i możliwa i niezmiernie pożądana. Wydział wzywa radę zarządzającą do przedsięwzięcia potrzebnych kroków u władz dla poparcia tego wniosku.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

PATOGENEZA KAMICY ŻÓŁCIOWEJ W ŚWIELE NAJNOWSZYCH BADAŃ.

Napisał

STANISŁAW PECHKRANC.

W sprawie patogeny kamicy żółciowej, tak dawniej, jak i obecnie jeszcze ścierają się z sobą dwa poglądy. Jeden z nich upatruje źródło tego cierpienia w zaburzeniach przeróbki materii (teoria dyskrazyjna), drugi natomiast widzi przyczynę kamicy w zmianach miejscowych, dotyczących dróg żółciowych. Pierwsza z tych teorii zawsze więcej trafiała do przekonania lekarzom, skutkiem czego cieszyła się zawsze o wiele większym rozgłosem, niż druga. Pomimo to w różnych czasach podnosiły się przeciw niej głosy poważnych badaczy. Już około 40 lat temu uczony tej miary, co FRERICHS, powstawał przeciw specyalnej dyatezie, mającej prowadzić do wytwarzania się kamieni żółciowych, i wygłaszał pogląd, że tworzy te są następstwem zaburzeń miejscowych. Do poglądu FRERICHS'a przyłączyli się LUTON, NIEMEYEB, BARTH, BESNIER i inni. W OSOBIE BOUCHARD'a teoria dyskrazyjna znalazła znakomitego obrońcę, który doprowadził ją do możliwego stopnia doskonałości. Podług BOUCHARD'a, kamica żółciowa, podobnie jak¹ dna, gościec, otyłość, moczówka i t. d., jest wyrazem stanu dziedzicznego lub nabytego, polegającego na zwolnionej przemianie materii, na opieszaleń odżywianiu. Ta zwolniona przemiana ma w następstwie nadmierne nagromadzenie się cholesteryny, w żółci. Równolegle z nagromadzeniem się cholesteryny ilość substancji, utrzymujących ją w roztworze, jak kwasów tłuszczowych, soli żółciowych, zmniejsza się. Zmniejszenie ilości kwasów tłuszczowych ma być zależne od niedostatecznego przyswajania tłuszczów, zmniejszenie zaś ilości soli żółciowych — od bezwładno-

ści (atonia) wątroby. Do wzmiankowanych przyłączają się jeszcze dwie inne okoliczności, sprzyjające strącaniu się cholesteryny: 1) Kwaśność żółci, odpowiadająca ogólnej kwaśności wszystkich soków ustroju w tej dyskrazyi; 2) nadmiar wapna w żółci zależny od nadmiernej zawartości kwasów w sokach ustroju. Wszystkie te przyczyny mają prowadzić do wypadania cholesteryny z roztworu wedle łatwo zrozumiałego mechanizmu chemicznego.

Na zjeździe w Wiesbaden w r. 1891 NAUNYN przedstawił bardzo szczegółową i uwagi godną krytykę teorii BOUCHARD'a. Wytoczył on przeciw niej dwa ważne argumenty: 1) stałą, niezmienną zawartość cholesteryny i wapna w żółci, niezależnie od rodzaju pożywienia; 2) obecność w żółci substancji, sprzyjających rozpuszczeniu cholesteryny, w ilości o wiele większej od tej, jaka potrzebna jest do utrzymania cholesteryny w roztworze. NAUNYN dawał psom ogromne ilości soli wapiennych i pomimo to nie mógł wywołać zwiększenia ilości ich w żółci. Nadmienić tu jeszcze wypada, że kwaśność żółci w tej dyskrazyi nie została jeszcze dotychczas ani razu stwierdzona. Wreszcie stała obecność zmian zapalnych, starych lub świeżych, w drogach, żółć wyprowadzających, nie może być za pomocą tej teorii wytłomaczona. Widzimy zatem, na jak chwiejnych podstawach spoczywa ponętna, wprawdzie, na pierwszy rzut oka teorya BOUCHARD'a.

Do ostatnich prawie lat znajomość przyczyn, wywołujących kamice żółciową, nie wiele różniła się od zapatrywań w tej mierze autorów z przed 100—150 lat. Aż nadto oczywista była niedostateczność zwykle przytaczanych momentów przyczynowych kamicy, jak zastój i zagęszczenie żółci, spowodowane wiekiem, podszłym, siedzący i bezczynny tryb życia, zwolnienie krwi obiegu, utrudnienie ruchów klatki piersiowej i brzucha wskutek ciasnego ubrania lub ciąży, zależna od tego częstość kamicy u kobiet i t. d. Rozbiór krytyczny wszystkich tych czynników prowadzi do ustalenia jedyne go, nie ulegającego zaprzeczeniu faktu, a mianowicie: wszystko to, co sprzyja zwolnieniu obiegu żółci, sprzyja tem samem wytwarzaniu się kamieni żółciowych.

Prace nowoczesne, dotyczące patogenezy kamicy żółciowej, wykazują, że jest to choroba miejscowa, stanowiąca następstwo cierpienia dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego i niezależna od zaburzeń w odżywianiu. Widzieliśmy wyżej, że pogląd ten bynajmniej nowy nie jest. Ostatnimi czasy najgorętszym rzecznikiem tej teoryi stał się NAUNYN. Badacz ten, najwięcej też przyczynił się do zwrotu w poglądach na sposób powstawania kamieni żółciowych.

Z punktu widzenia chemicznego kamica żółciowa sprowadza się do strącania pewnych normalnych składowych części żółci: cholesteryny, utrzymywanej w roztworze dzięki obecności soli żółciowych i kwasów tłuszczowych, i bilirubiny, która tworzy z wapnem związek nierozpuszczalny. A zatem rozstrzygnąć należy następujące pytanie: jakie warunki wywołują wypadanie tych normalnych składników żółci z roztworu?

Przeważająca większość kamieni żółciowych składa się z cholesteryny i bilirubiny w połączeniu z wapnem. Cholesteryna w wyjątkowych tylko przypadkach tworzy jądro kamieni; najczęściej rola ta przypada na sól wapienną bilirubiny. Pierwszy więc strącony zostaje bilirubinian wapnia, a dopiero później naokoło tego jądra odkłada się cholesteryna, bądź w stanie czystym, bądź zmieszana z wapiennymi połączeniami bilirubiny. Niekiedy złogi żółciowe składają się jedynie tylko ze związku bilirubiny z wapnem (głównie w kanałach wewnątrz-wątrobowych). Fakty te dowodzą, że warunki, wśród których powstają kamienie żółciowe, sprowadzają się do tych, które sprzyjają strącaniu połączenia bilirubiny z wapnem.

Normalnie bilirubina nie znajduje się w żółci w związku (chemicznym) z wapnem. Nawet dodanie nadmiaru wapna nie prowadzi do wytwarzania się tego

związku. Natomiast obecność białka wywołuje wypadanie bilirubiny, jeśli dodać do roztworu kilka kropel wody wapiennej (doświadczenia NAUNYN'a). Obecność więc białka w drogach żółciowych sprzyja wytwarzaniu się złożeń bilirubinianu wapnia. Warunek ten znajdujemy w przypadkach nieżyty dróg żółciowych, gdzie rozpad nabłonka dostarcza niezbędnego białka.

Co się tyczy cholesteryny, to i ta również stanowi wytwór destrukcji komórek. Znajdujemy ją we wszystkich tworach ateromatycznych, rakowych, gruźliczych, w ropie, szczególnie zaś w wydzielinach błon śluzowych (plwocina w nieżytych oskrzeli, gruźlica płucnej i t. d.). Zdaniem NAUNYN'a, pochodzenie cholesteryny w żółci jest takie same.

Z przytoczonych danych wynika, że warunki, w jakich zachodzi strącanie się cholesteryny i bilirubiny, mają charakter miejscowy i prowadzą do rozpadu komórek nabłonkowych, towarzyszącego stanom zapalnym pęcherzyka i dróg żółciowych.

Wyżej już była mowa o tem, że rozmaite czynniki, które były niegdyś uważane za momenty, wywołujące kamice, działają tylko w tym kierunku, że sprzyjają zastojowi żółci w pęcherzyku. Lecz zastój ten sam przez się nie jest w stanie wywołać zapalenia błony śluzowej dróg żółciowych. To ostatnie dochodzi do skutku dzięki temu, że stagnacja żółci znakomicie sprzyja zakażeniu dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego. Zakażenie więc błony śluzowej pęcherzyka i przewodów żółciowych i powstająca ztąd sprawa nieżyty tej błony stanowią niezbędne warunki rozwoju kamicy żółciowej (NAUNYN).

Teoria bakteryjna, do której obecnie przechodzimy, stanowi, jak widzimy, tylko uzupełnienie teorii miejscowego pochodzenia kamicy żółciowej. Jest ona, rzec można, prawie tak stara, jak sama bakteriologia. Od początku swego istnienia aż do lat ostatnich teoria pasorzytniczego pochodzenia kamicy nie przestaje spotykać się z nieufnością zarówno ze strony szerokich kół lekarzy, jak i wśród uczonych badaczy. Wyniki wszakże, osiągnięte w tym kierunku w ciągu paru lat ostatnich, głównie zaś wyniki badań GILBERT'a i MIGNOT'a (1898 r.), dostarczają tej teorii podstaw o wiele trwalszych.

Gdy w r. 1886 GALIPPE, stwierdziwszy obecność drobnoustrojów w kamieniach ślinowych, wygłosił zdanie, że wszystkie kamienie, napotymane w ustroju zwierzęcym, zawdzięczają swe powstawanie działaniu chemicznemu, wywieranemu przez drobnoustroje na płyny ustroju, znalazł, szczególnie w zastosowaniu do patogenazy kamicy żółciowej, mało zwolenników. Lekarze, oraz fizyologowie ówcześni mieli niezachwianą wiarę we własności przeciwnilne żółci. Wydawało się wówczas niemożliwem, ażeby drobnoustroje mogły przeniknąć do żółci normalnej, żyć tam i rozmnażać się. Wkrótce jednak NETTER dowiódł, że ostatni odcinek przewodu żółciowego (*d. choledochus*) nie jest zwykle wolny od drobnoustrojów, a później stwierdzonem zostało (VIGNAL, COPEMAN i WINSTON, BERNABEL), że żółć nie posiada wcale własności przeciwnilnych. W r. 1891 LÉTIENNE dochodzi na mocy długiego szeregu badań bakteriologicznych do wniosku, że rozwój drobnoustrojów w drogach żółciowych wywołuje zawsze strącenie składników żółci. Lecz jaka jest przyroda drobnoustrojów, napotykanych w kamieniach żółciowych, jak często bywają one tam napotymane, czem się to dzieje, że jeden kamień zawiera drobnoustroje, inny nie, czy znajdujące w kamieniach żółciowych bakterye są żywe lub martwe, kiedy bakterye przenikają do wnętrza kamieni, oto szereg pytań, na które wówczas nie można było jeszcze dać żadnej odpowiedzi; a tymczasem od rozstrzygnięcia tych pytań zależało rozwiązanie kwestyi zasadniczej: czy kamica żółciowa jest pochodzenia bakteryjnego?

Wyświetleniem tych stron patologii wątroby zajął się GILBERT początkowo przy współudziale DOMINICI'ego (1894), później (1896) — FOURNIER'a. Badacze ci wykazali, że drobnoustrojem kamieni żółciowych jest zazwyczaj lasecznik okrężnicy (*b. coli*), t. j. ten sam drobnoustroj, który najczęściej wywołuje zapalenie pęcherzyka i przewodów żółciowych. Przekonano się wkrótce, że i inne drobnoustroje napotymane bywają w kamieniach żółciowych, jak *b. Eberthi*, *staphylococcus*, *streptococcus* i t. d. Lasecznik ESCHERICH'a (t. j. *bac. coli*) znaleziony został, w stanie żywym lub martwym, w $\frac{1}{3}$ części ogólnej liczby badanych przypadków (70). Dalej ustalono, że kamienie, zamieszkiwane przez drobnoustroje żywe, są to twory młode, gdy kamienie stare są albo jałowe, albo też zawierają tylko trupy drobnoustrojów. Wreszcie, na mocy bardzo dokładnych i szczegółowych poszukiwań, wzmiankowani badacze wykazali, że z pomiędzy młodych kamieni jedne są przenikliwe dla drobnoustrojów, inne nie, skąd wynika, że drobnoustroje istniały w żółci jeszcze przed wytworzeniem się kamieni.

Te nowe zdobycze na polu bakteriologii kamicy żółciowej zyskały rychło szeroki rozgłos, lecz wkrótce też spostrzeżono się, że ich wartość dowodowa została znaczna przeceniona. I rzeczywiście, wszak wszyscy zwolennicy teorii dyskrazycznej przyjmują, że obecność kamieni w drogach żółciowych znakomicie sprzyja zakażeniu tych ostatnich; gdy drogi żółciowe uległy zakażeniu, sam kamień może zostać zakażony: najmniejsza szczelina, najmniejsze starcie warstw zewnętrznych może przyczynić się do tego, ażeby drobnoustroje, przybyłe z przewodu kiszkowego, przedostały się do wnętrza kamieni. To przedostanie się wtórne drobnoustrojów może zresztą zachodzić przy zupełnie nieuszkodzonych kamieniach, jak np. w kamieniach cholesterynowych, nie osłoniętych skorupą bilirubinowo-wapienną; może ono także doświadczalnie zostać wywołane (GILBERT et FOURNIER). Przypuściwszy zresztą, że wszystkie kamienie są bezwzględnie nieprzepuszczalne dla drobnoustrojów, czego dowodziłaby obecność tych ostatnich we wnętrzu złągów żółciowych? Tego jedynie, że drobnoustroje te istniały w żółci w chwili tworzenia się kamieni, lecz bynajmniej nie tego, że przyczyniły się do tej sprawy. Nie dość tego: częsta jałowość środka kamieni (43 razy na 70) mogłaby sama przez się dostarczyć dowodu przeciwnikom teorii pasorzytniczej. Nadto okoliczność, że wszystkie usiłowania, dążące do doświadczalnego wywołania kamicy żółciowej spełzły na niczem (FOURNIER, 1896), zdaje się przeciw tej teorii przemawiać.

A zatem w r. 1896 teoria bakteryjna kamicy żółciowej nie wielkie zrobiła postępy w porównaniu z r. 1891, po pracach NAUNYN'a i LÉTIENNE'a.

Nareszcie w początku r. 1897 GILBERT, przy współpracownictwie DOMINICI'ego i FOURNIER'a, u psa, zakażonego lasecznikiem okrężnicy, znalazł w pęcherzyku żółciowym dobrze uformowany kamień. Wkrótce to samo znalezione zostało w pęcherzyku świnki morskiej i królika. GILBERT'owi i FOURNIER'owi udało się w tym samym roku otrzymać w drodze doświadczalnej kamicę żółciową, przez zakażenie pęcherzyka lasecznikiem EBERTH'a.

Kamica żółciowa doświadczalna stanowi dla teorii bakteryjnej fakt wielkiej doniosłości. Przypisać jednakże należy, że wyniki doświadczeń były w rękach GILBERT'a i jego uczniów czysto przypadkowe. Dopiero MIGNOT do tego stopnia wydoskonalili technikę doświadczeń, że to, co pierwaj było jedynie wynikiem szczęśliwego zbiegu okoliczności, stało się odtąd następstwem zwykłym lub stałym.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ZIMMERMANN przekonał się z doświadczeń na królikach, że tuberkulina KOCH'a jest dobrym środkiem w gruźlicy oka. Z. wywoływał gruźlicę oka i, gdy ta rozwinęła się należycie, wstrzykiwał do oka co trzeci dzień tuberkulinę w dawce od 0,00002 do 0,02 stopniowo; wyleczenie następowało nawet wówczas, gdy przed rozpoczęciem leczenia występowały początkowe objawy zaniku oka. Dobre działanie tuberkuliny stwierdził autor również w jednym przypadku u człowieka. (Arch. d'ophtalm. VII. 98).

= BLUM zaleca w kamicy żółciowej w celu wzmożenia odpływu żółci eunatrol w następującej mieszance: Rp. *Natrii oleinici purissimi* 25,0, *Glycerini*, *Terr. silic. aa q. s. ad pil.* N. 100 S. 2 razy dziennie po pigułce. (Aerzbt. Pract. Nr 8. 69).

= Ze względu na wygłaszane często zdanie, że należałoby upoważnić akuszerki do stosowania w przypadkach pilnych kleszczy, SCHÖNBERG zebrał statystyczne dane dla Norwegii co do ilości kobiet, umierających podczas porodu przed rozwiązaniem. Na 10000 ciężarnych umarło od r. 1853—1860 r. 3,5, od 61—70 r. 4,1, od 71—80 r. 1,9, od 81—90 r. 1,0, od 91—95 r. 0,54. Dane te podług autora nie przemawiają za powierzeniem kleszczy akuszerkom. (Norsk. Mag. f. Laeg. XI. 98).

= NICOLL, uważając wyleczenie przestrostu gruczołu krokowego za pomocą kastracyi lub wycięcia sznurka nasennego za wątpliwe, proponuje wywłuszczenie gruczołu od strony krocza, przyczem wypukła gruczoł ku kroczu palcami, wprowadzonymi do pęcherza przez cięcie nadłonowe. Prawie cały gruczoł daje się wywłuszczyć na tępo. (Brit. med. Jour., 29 paźdz.).

= Celem wyjaśnienia przyczyny śmierci po oparzeniach PARASCONDOLO badał u psów i królików zmiany w ukła-

dzie nerwowym i znalazł zwyrodnienie tylnych rogów rdzenia, które objaśnia działaniem ptomain, zjawiających się we krwi, mięśniach i t. d. Wstrzykiwania tych ptomain miały jakoby wywoływać w układzie nerwowym zmiany podobne do zmian w oparzeniach (Arch. de Physiol., Lancet 5 list.).

= STUMPF stosuje z powodzeniem glinę (*argilla alba*) w leczeniu ropiejących wrzodów i ran oraz ran czystych, zszywanych lub niezszywanych. Opatrunek polega na zasypaniu rany sproszkowaną gliną i nałożeniu kawałka gazy. Główną zaletą gliny jest nader silna własność wchłaniania i wysuszania tkanek. Aby opatrunek był bezgnilny, przepala S. glinę przy 150° C. (Münch. med. Woch. 15. XI. 98).

= W jednym przypadku gruźlicy we wczesnym okresie zastosował GALLOT z powodzeniem podskórne zastrzykiwanie jodoformu przeciwko krwiopluciu. Krwioplucie ustało w przeciągu trzech dni i wznowiło się po roku; wówczas zastrzyknięcie jodoformu miało również pomyślny skutek. (Wien. med. Bl. 25. VIII. 98).

M. B.

= ABBA przeprowadził szereg doświadczeń nad trwałością jadu błoniczego oraz surowicy przeciw błoniczej. Jad błonicy, przechowywany w ciemnym miejscu, przy niskiej ciepłocie i z dodatkiem fenolu, zachowuje swe własności przeszło 2 lata. Skuteczność zaś surowicy trwa bardzo długo i dopiero po upływie kilku lat powoli się zmniejsza; surowica opiera się działaniu zarówno światła i ciepłoty, jakoteż wpływowi różnych mikrobow. Surowicę przeto stosować można u ludzi nawet w 1½ roku po jej przygotowaniu. (Centralbl. f. Bakt., Parasitenkunde u. Infkrht. 4 czerw.).

P.

Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd chirurgów polskich. W ostatnich dwóch latach nie odbyły się nasze zjazdy, jak to zwykle bywało co roku. Przyczyną tego było: raz zmiana dyrektorów kliniki chirurgicznej w Krakowie, drugi raz zakaz przez władze pruskie ogólnego zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu. Przyszły zjazd odbędzie się, jak zwykle, w pierwszej połowie lipca w Krakowie.

— Wyszedł z druku zeszyt IX i X Wydawnictwa podręczników chirurgicznych z zapomogi Kasy MIANOWSKIEGO. Zeszyt IX zawiera zeszyt 3 wykładu chirurgii ogólnej BILLROTH-WINIWARTER'a, w przekładzie kol. Witolda ŻURAKOWSKIEGO; zeszyt X zawiera zeszyt 5 wykładu chirurgii szczegółowej HUETER-LOSSEN'a w przekładzie kolegów SŁAWIŃSKIEGO i GROSGLIKA.

— Wyszedł z druku podręcznik rozpoznawczo-leczniczy dla użytku lekarzy i studentów, zestawiony przez d-rów H. SCHMIDT'a, A. LAMHOFFER'a, L. FRIEDHEIM'a i J. DONAT'a w tłumaczeniu z 2 wydania niemieckiego przez d-ra Aleksandra FRUCHTMANA.

— Posiedzenie wydziału higieny miast i mieszkań odbędzie się w d. 10 lutego r. b. o godzinie 8 wieczorem. Porządek dzienny: 1) odczytanie programu działań wydziału; 2) d-r POLAK — O brukach; 3) d-r TCHÓRZNICKI — Uwagi co do budowy ulic.

— Posiedzenie wydziału higieny wychowawczej odbędzie się dnia 11 lutego o godz. 8 wieczorem. Porządek dzienny: 1) d-r DOLIŃSKI — Tekst regulaminu higieny szkolnej; 2) kwestya układu podręcznika higieny i dyetetyki wychowawczej (referent d-r DOLIŃSKI).

— W miasteczku Ejszyszkach (gub. Wileńska) żądają lekarza. Szczegółów udziela miejscowy aptekarz p. Aleksander WOŁSKI.

— Za pracę dotyczącą patologii i terapii padaczki wyznaczoną została nagroda 100 dolarów przez prezydenta „Board of managers of Craig Colony“ w Nowym Jorku. Rękopisy z odpowiednim „motto“ winny być nadsyłane do d-ra Fr. PETERSON'a, 4 West, Fifth-Street, New-York. City. Termin ostateczny składania prac 1 sierpnia r. b.

— Podczas XVII zjazdu internistów, który ma mieć miejsce w roku bieżącym w Karlsbadzie od 11 do 14 kwietnia pod przewodnictwem QUINCKE'go (Kiel) mają być omawiane pomiędzy innemi następujące tematy: 1) Niedomoga mięśnia sercowego; 2) Leukemia i leukocytoza. Podczas zjazdu odbędzie się wystawa nowych przyrządów lekarskich, instrumentów, środków i t. p. Zgłoszenia w tym względzie przyjmuje L. MATTONI w Karlsbadzie.

— Na tegorocznym zjeździe chirurgów niemieckich mają mieć miejsce wystawa wszystkiego, co dotąd ukazało się w kwestyi odkrycia promieni RÖNTGEN'a.

— Lord Iveagh ofiarował instytutowi imienia JENNER'a 250,000 funtów szterlingów na rozszerzenie badań bakteriologicznych i wogóle biologicznych, mających na celu zapobieganie chorobom. Drugie 250,000 funtów szterlingów tenże lord ma zamiar ofiarować na asenizację śródkowych dzielnic Dublina, znajdujących się w złych warunkach zdrowotnych.

Od Administracyi.

„Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1899 oraz o uregulowanie zaległych rachunków

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою. Варшава, 28 Января 1899 г. Друк К. Ковалевскаго. Варшава, М. Лозовицка 8.