

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Uwagi nad fizyologią i patologią żółci. Przez Dra J. Hoene (z Płocka). Notatki ze szpitala- Podał Dr Kazimierz Gurbcki, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku. (Dalszy ciąg).—Kronika zagraniczna. Wścieklizna, wodowstręt (*rabies, hydrophobia, lyssa*). Przez prof. Redera. Podał Dr Pogorzelski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus. (Dalszy ciąg). Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego za rok 1873 zebrał Dr Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu.—Wiadomości bieżące. O wpływie wiewióra na położowe stany kobiety.—Dodatek. Akuszeryi T. III, ark. 13. Choroby zaraźliwe ostre ark. 7.

Uwagi nad fizyologią i patologią żółci.

Przez Dra J. Hoene (z Płocka).

Zawikłana czynność i budowa organów żółc wydzielających, pewien indyferentyzm znacznej części jej składników, utrudniają niezmiernie dokładne zapoznanie się z fizyologią tej części organizmu. Dla tego też zapewne, pomimo licznych prac na tem polu, fizyologia żółci należy do kwestyj niezupełnie zadawalniająco przez naukę rozstrzygniętych. Nie wdając się w rozbiór hipotez o udziale żółci przy trawieniu, miałem głównie na myśli, pisząc niniejsze uwagi, wessanie lub zupełne wydzielenie żółci, ilość jej u człowieka, a następnie na mocy danych fizyologicznych faktów, spróbowanie wyjaśnienia niektórych patologicznych objawów w ścisłym związku z powyższemi pytaniami zostających.

Rzecz o wessaniu żółci po jej przejściu do dwunastnicy była już niejednokrotnie opracowywana. Z licznych autorów, zajmujących się tą kwestyą, wymienię tu tylko Lehmana, Biddera i Schmidta, Hoppe Seylera, Bischoffów, Kühnego i Leydena, Naunyna; w naszej literaturze medycznej ubogiej w naukowe monografie mamy sumienne opracowanie tego pytania przez Dr Al. Wolffa.

Pominawszy literaturę dawniejszą pierwsze naukowe rozstrzygnięcie tego pytania dał nam Lehman, wykazując przez prace swoje, że przy zwyczajnych warunkach, we krwi nie znajdujemy śladów nawet części składowych żółci. Zdanie to potwierdzonem zostało znanemi powszechnie doświadczeniami Kundego i Moleschotta a w ostatnich czasach przez Hoppego. Na tych więc danych opierając się, zarzuciła znaczna część fizyologów wessanie żółci po przejściu jej do dwunastnicy, przyjmując, że żółć z kałem wydzieloną zostaje, a to co ulegnąć mogło rezorbeyi tak poprzednio rozłożonem zostało, że nie może być poczytanem jako część składowa żółci. Jako kryterjum żółci zgodzono się na kwasy żółciowe, gdyż te jedynie odznaczają się pewną odrębnością chemiczną i fizyologiczną. Zachodzi jednak pytanie, jaki los spotkał żółć wydzieloną, a której w kale odnaleźć nie było można. Bidder i Schmidt z obliczenia ilości siarki w kwasie taurocholowym i porównania tej ilości ze znalezioną w kale dochodzą do przekonania, że znaczne części kwasów żółciowych są napowrót z przewodu pokarmowego wessane. Ilościowe oznaczenia samychże kwasów żółciowych w kale również do takiego wniosku doprowadzają. I tak według obliczenia Bischoffa (jun.) wypada dziennie wydzielanej żółci suchej u człowieka około 17 grm, a z tych 17 grm zaledwie $\frac{1}{3}$ część, bo tylko 5 grm daje się wykazać w kale, — poszukiwania Hoppego dały podobny rezultat. Oznaczenie ilości kwasu cholowego w ekskrementach psa z 24 godzin dało 0,36 grm kwasu cholowego = 0,45 gr. kwasu taurocholowego, kiedy w tymże czasie powinno było być wydzielonem około 5 grm kwasu taurocholowego. Przypuściwszy nawet, że pewna część kw. żółciowych uległa rozkładowi, to jednakże niepodobna zaliczać tak znacznej różnicy na karb processów rozkładowych, tem bardziej, że kwasy żółciowe okazują pewną stałość chemiczną. Za taką stałością przemawiają doświadczenia tegoż Hoppego, według których kwasy żółciowe zmieszane z rozmaitemi fermentami, wystawione na oddziaływanie warunków najbardziej rozkładowi przychylnych, okazały się jednakże w znacznej części niezmiennymi. Również obecność kw. glykocholowego w kale krowim (Hoppe) jest dowodem niewielkiej zmienności kwasów żółciowych. W poniżej opisanych doświadczeniach miałem także sposobność przekonania się o tej własności kwasów żółciowych.

Sprzeczności powyższych faktów nie łatwo było wytłomaczyć, to też kwestya ta spoczęła na pewien czas w tece uczonych i dopiero hipotezą Frerichsa o przechodzeniu kw. żółciowych w barwniki, napowrót została wywołaną. Rezultata jednak podjętych prac nie doprowadziły do stanowczego rozstrzygnięcia tej kwestyi. Oto głównejsze wyniki tych prac: Kühne o-

pierając się na doświadczeniach swoich, których słuszność w części i przez innych autorów potwierdzoną została, a mianowicie: 1) że kwasy żółciowe, w niewielkich nawet ilościach do krwi wstrzyknięte, wywołują znaczne przemiany w objawach życiowych; 2) że kw. żółciowe we krwi nie ulegają rozkładowi i 3) że we krwi, w moczu i innych płynach organizmowi właściwych kw. żółciowych wykazać nie można, zaprzecza zupełnie wessaniu fizyologicznemu kw. żółciowych. Doświadczenie Biddera i Schmidta tłumaczy on rozkładem kwasu taurocholowego w kiszkiach na kw. cholowy i taurynę, z których ta ostatnia tylko wessaną została, ztąd też i owe różnice w ilości siarki.

Sam Hoppe nawet pomimo bijących w oczy wyżej opisanych rezultatów nie znalazłszy w lymfie składników żółci, zaprzecza wessaniu większych ilości niezmiennych kwasów żółciowych.

Bischoff, niezadawalniający się dowodami Kühnego, oznaczył ilość kw. żółciowych wydzielonych w przeciągu 24 godzin z moczem przy żółtaczce w czasie bezbarwności stolca na przecięciowo 0,3 gm, odpowiadające 0,5 gm żółci suchej. Z liczby tej wykazuje się, że z obliczonych dla człowieka 17 gm żółci suchej na dobę w stanie normalnym, przy żółtaczce tylko $\frac{1}{34}$ część z moczem wydzieloną zostaje.

Gdyby nawet przy żółtaczce (*Jcterus catarrhalis*) ilość wytwarzanej żółci mniejszą być miała, to niepodobna jednak przypuścić, aby to zmniejszenie było tak znacznem ($\frac{1}{34}$ część normalnie wydzielanej żółci). Należy więc przypuszczać, że znaczna część kw. żółciowych uległa rozkładowi we krwi. W ten sposób rozumując a następnie opierając się na ilościowym oznaczeniu kw. żółciowych w kale przyjmuje Bischoff normalne wessanie żółci do krwi. Nie odnalezienie kw. żółciowych w moczu tłumaczy on spaleniem się tychże w stanie normalnym, a żółtaczkę wyprowadza z większego nagromadzenia się tychże w obiegu, wskutek czego część mniej lub więcej znaczna nie ulega rozkładowi.

Chwiejne podstawy tej teorii, zwłaszcza w zastosowaniu jej do nauki o żółtaczce, skłoniły Leydena do nowego opracowania tego interesującego pytania. Założywszy psu przetokę żółciową z wycięciem przewodu dokiszkowego i zebrawszy ilość dziennie wydzielonej żółci, przy czem wszelkie ostrożności zachowanemi były, dochodzi Leyden do przekonania, że dotychczasowe obliczenia żółci są zanadto wygórowanemi. Według niego wydziela dorosły i zupełnie normalny człowiek od 2-ch do 4-ch gm kw. żółciowych na dobę, a że ta ilość mniej więcej odpowiada ilości znalezionej przez Bischoffa w kale, wessanie przeto kwasów żółciowych do krwi w stanie normalnym staje się zupełnie nieprawdopodobnem. Jadowite działanie kw. żółciowych, o którym dowodnie nas uczą doświadczenia samego Leydena, jak również i doświadczenia Buissona, Duscha, Röhriga, Kühnego, Traubego i innych, stwierdza w zupełności powyższe zdanie.

Wolff, chcąc przeciąć te spory, obmyślił doświadczenie, rzeczywiście niezmiernie przekonujące, które powinno było kwestyę tę stanowczo rozstrzygnąć. Wykazuje on najprzód zgodnie z Leydenem, że rzeczywiście ilości

wydzielanej na dobę żółci przez autorów podawane są znacznie większe, a ni-
żeli ilość doświadczalnie otrzymana. Następnie założył on psu przetokę żół-
ciową, nie wycinając jednak przewodu dokiszkowego. Część prowadząca do
wątroby została podwiązana, do części zaś połączonej z dwunastnicą wpro-
wadza Wolff rurkę, za pośrednictwem której wstrzykiwał w dwunastnicę pe-
wną oznaczoną ilość żółci, a następnie zebrawszy kał oznaczył w tymże ilości
kw. żółciowych. Tym sposobem z 2,73 grm kw. cholalowego wstrzykniętych
do dwunastnicy, otrzymał Wolff przy rozbiórce kału 2,097 grm, pozostałe
zatem 0,633 grm czyli w przybliżeniu $\frac{1}{5}$ część została albo do krwi wessaną
lub też wykazać się nie daje według znanych dotychczas metod rozbijania
kału. Tak więc i to tak dobrze obmyślane doświadczenie nie rozstrzygnęło
stanowczo kwestyi i więcej by przemawiało za zupełnem wydzieleniem żółci.

Porównawszy ilości żółci przez Leydena i Wolffa podane z ilościami
podawanymi przez innych autorów, znajdujemy rzeczywiście ogromne różnice.
Oto parę wybitniejszych sposobów obliczania ilości żółci i rezultata z tych obli-
czeń otrzymane. Pierwsze naukowo-doświadczalne obliczenie daje nam Bid-
der i Schmidt. Z ilości wypadającej na 1 killogram psa lub kota obliczają
oni ilość żółci u człowieka na 54 grm suchej żółci dziennie. Liczba ta jest
bezwątpienia za wysoka, nie można bowiem przypuścić, żeby organizm dwa ra-
zy cięższy wytwarzał w podwójnych ilościach wydzieliny swoje, zawsze wypa-
dną one w mniejszych ilościach. Poprawniejszem jest już obliczenie Bischof-
fa i Voita. Biorą oni jako normę nie ilość przypadającą na 1 kilogram zwie-
rzęcia, ale stosunek wagi ciała do ilości wydzielonej żółci. Otrzymali oni
u psów 20—22 kilogram. ważących za pośrednictwem przetoki żółciowej od
4—12 grm suchej żółci, a więc wypadaloby na człowieka około 60 kilogram.
ważącego od 12 do 32 grm suchej żółci dziennie. Ludwig opierając się na
wadze wątroby przyjmuje u człowieka 20 grm suchej żółci na dobę. Bischoff
(jun.) posługuje się za poradą Voita ilością wydzielonego przez skórę i płuca
węgla do obliczenia przypadającej na dobę żółci.

Poszukiwania Voita i Pettenkoffera wykazują mianowicie ilości wy-
dzielonego węgla przez psa głodzonego na 78 grm—przy najobfitszem posile-
niu 220 grm na dobę. Oznaczanie ilości żółci w tychże samych warunkach
dało w pierwszym razie 4 grm, w drugim 12 grm żółci suchej na dobę. Z liczb
tych widocznem jest, że istnieje pewien stosunek pomiędzy ilością wydzielonego
węgla a żółcią. Z obliczenia stosunku tego wypada na człowieka w zwyczajnych
warunkach około 17 grm suchej żółci, odpowiadającej 11 grm kwasów żół-
ciowych

Wolff podaje nam jeszcze jeden sposób obliczania ilości żółci przez u-
względnienie stosunku wagi ciała do wagi wątroby. Sposób ten okazał się w do-
świadczeniach na psach czynionych jako dający dość zbliżone ilości. Zastoso-
wanie jednak tego sposobu do obliczenia ilości żółci przez człowieka wydzie-
lanej daje nam liczby zupełnie nieprawdopodobne, jak to nas uczy następują-
ce obliczenie. Według Frerichsa ważyła wątroba u człowieka 30-letniego
mającego 55,5 kilogramów 1,5 kilogr.—czyli stosunek wagi wątroby do wagi

ciała jak $1:37=0,027$. Przy stosunku $1:20=0,05$ wydzielal pies przez przetokę 2,926 grm suchej żółci, a więc wypadaloby na czlowieka ilosc żółci $X=2,926 \cdot 0,025$ Ilosc żółci u czlowieka wynosilaby zaledwie 1,78 grm co bynajmniej sie nie zgadza z iloscia znajduwana w kale.

Ranke zbieral u czlowieka, z przypadkowa przetoka żółciowa, wydzielona w ciagu 24 godzin żółc i otrzymal przecięciowo przez kilkodniowe oznaczenie 652 grm żółci płynnej, w których znajdowalo sie okolo 11 grm kwasów żółciowych. Ilosci te zgadzaja sie zupełnie z liczba na drodze deduktywnej przez Bischoffa (jun.) otrzymana. Jezeli wiec dotychczas nie jesteśmy jeszcze w stanie oznaczyc z wszelka dokladnoscia ilosci dziennie wydzielonej przez czlowieka żółci, to wydaje sie nam jednak zupełnie uprawnionem przyjecie 11 grm kwasów żółciowych na dobe jako ilosc nie nazbyt przesadzona.

Oznaczenie ilosci żółci przez zakladanie przetok nie moze dac dokladnych rezultatow. Liczby tak otrzymywane wypadaja zawsze za male, mechanizm bowiem wydzielania staje sie cokolwiek odmiennym. Niezbadanym jest dotad sposob napełniania pecherza żółciowego, wydaje sie jednak bardzo prawdopodobnem, ze wydzielona żółc dostaje sie do kiszek bez koniecznego przejścia przez pecherz żółciowy. Przy sztucznem zakladaniu przetoki droga do kiszek przez wycięcie przewodu dokiszkowego zostaje zamknieta, wszystka żółc przechodzi do pecherza za pośrednictwem znacznie węższego przewodu dopecherzowego. Skutkiem tego musi nastapic zwiększone ciśnienie we włoskowatych naczyniach żółci pociągajace za soba modyfikacje w wydzielaniu, polegajace naturalnie na zmniejszeniu tegoz. Ze taki zastój rzeczywiście istnieje, dowodzi nam podana przez Leydena sekcyja psa, któremu przetokę zakladal, przy której okazal sie przewód dopecherzowy znacznie rozszerzonym z zapalnem opuchnięciem błony śluzowej. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

Notatki ze szpitala.

Podal Dr Kazimierz Gurbcki, lekarz szpitala starozakonnych w Plocku.

(Dalszy ciąg).

VII. Przewlekłe zapalenie stawu kolanowego prawego (*arthrophlogosis genu chronica dextra*), zesztynienie (*ankylosis*), złamanie kości biodrowej prawej (*fractura femoris dextri*). H. Sz. Ch. chłopiec, lat 7 liczący, dobrze zbudowany i odżywiany, od roku już cierpiący na kolano prawe, zostal przyprowadzony przez ojca do szpitala, który przyczyny cierpienia opowiedziec nie umial, wspomniat tylko, ze kolano coraz bardziej puchlo i bylo bolesnem.

Stan obecny. Objętość stawu w dwójnasób powiększona, kształtu okrągłego guza, konsystencyi miękkiej, ciastowatej, dosyć sprężystej; na górnej

wewnętrznej części rzepki uczucie chęłbotania, skóra na kolanie napięta, biała i połyskująca. Kończyna w stawie znajduje się w położeniu nieco zgiętem, goleń skierowana ku wewnątrz, a stopa brzegiem zewnętrznym opiera się o łóżko. Ruchy wyprostne niemożliwe, usiłowanie wyprostowania wywołuje silny ból. Przy dotykaniu mocniejszym chory skarży się na ból, chociaż utrzymuje, że ból samodzielnie występuje tylko od czasu do czasu i że wtedy czuje się daleko słabszym. Chodzić chory może z trudnością z powodu bólu przy opieraniu podeszwy. Mięśnie prawego uda i goleni daleko słabiej rozwinięte jak kończyny lewej. Po stronie wewnętrznej dolnej rzepki znajduje się otwór, z którego przy ucisku sączy się gęsta ropa; zgłębnik przez rzeczony otwór wchodzi z łatwością w głąb, przy manewrowaniu nim trafiamy wszędzie na masy miękkie, podatne, kości nieobnażone z okostnej. Po wyjęciu zgłębnika obfite krwawienie

Mieliśmy więc do czynienia z okresem sprawy, w którym obficie bujająca ziarnina rozpycha wnętrze stawu. Ziarnina nie mogąc się pomieścić przerwała torebkę stawową.

Ponieważ końce stawowe, ile o tem przekonać się można było, jeszcze były zachowane, zatem nie ulega wątpliwosci sprawa chorobowa wzięła swój początek od błony maziowej. Cierpienie nie rozpoczęło się ostro (wspomniał o tem ojciec dziecka), ale powoli, nieznacznie i zrazu niewyraźnie dla chorego i otaczających. Prawdopodobnie przyczyną mogło być uderzenie (o czem dziecko mogło zapomnieć, a rodzice niewiedzieć) lub zaziębienie, a cała sprawa nie zwracała uwagi, dopóki znakomicie rozwinięta ziarnina nie zaczęła rozpychać stawu.

Rokowanie co do życia chorego postawiliśmy bezwarunkowo dobre, bacząc na budowę i dobre odżywianie ustroju. Mając na widoku też same względy, rokowanie co do chorej kończyny nie przedstawiało nam się zbyt niepomyślnie. W obec długotrwałego cierpienia zachowane końce stawowe kości, ustrój chorego niewyniszczony rokowały nadzieję względnie pomyślnego zejścia.

Plan leczenia ułożyliśmy też odpowiednio do stanu chorego. Obok pozytywnej diety, spokój kończyny, poprawienie położenia, utrzymanie następnie w tem położeniu i zmniejszenie ciśnienia wewnątrzstawowego przez powiększenie pojemności stawu, raz dla uniknięcia tarcia chrząstek, a powtórnie dla swobodniejszego odpływu ropy i możności dokładniejszego przestrzykiwania jamy stawowej.

W miejscu najwyrazniejszego chęłbotania wykonaliśmy cięcie, poczem wypłynęła znaczna ilość ropy; ropień nie łączył się wcale z wnętrzem stawu

Następnego dnia przystąpiliśmy do poprawienia położenia kończyny, co jak Busch¹⁾ wykazał jest koniecznym przed założeniem opatrunku. Ponieważ

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift. 1870. pg. 233 i Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie. Bd. XIV.

staw nie był zbyt silnie wypełniony, ciśnienie wewnątrzstawowe także zmniejszone z powodu pęknięcia torebki, zatem postanowiliśmy poprawić położenie za pomocą wyciągania gwałtownego, co po zachloroformowaniu chorego wykonaliśmy z łatwością.

Chodziło teraz o zastosowanie rodzaju opatrunku dla utrzymania kończyny w odpowiednim położeniu i postawienie cierpiącego stawu w najkorzystniejszych warunkach. W ostatnich czasach pilniej zwrócono uwagę na warunki mechaniczne, wśród jakich stawy znajdują się w stanie fizyologicznym i patologicznym. Niejednokrotnie też liczne w tym kierunku wykonywano doświadczenia na trupach i żywych osobnikach. Bonnet¹⁾ i Guérin²⁾ robili doświadczenia na trupach i przekonali się, że staw kolanowy ma największą pojemność i ciśnienie w nim najmniejsze, jeżeli zboczenie goleni od położenia wyprostowanego wynosi około 60°. Doświadczenia robili na stawach nie okrytych częściami miękkimi, ztąd wkradły się pewne niedokładności, nie umieli też na zasadzie swych doświadczeń wytłomaczyć wielu zjawisk klinicznych.

Volkmann³⁾ przyswoił aparat do wyciągania i przeciwwyciągania za pomocą ciężarów, wychodząc z zasady, że mięśnie są wyciągnięte biernie i napięte, że ciśnienie wewnątrzstawowe i wzajemny ucisk końców stawowych i pokrywających je chrząstek się zmniejsza i nareszcie, że końce stawowe na podobieństwo odłamków od siebie się oddalają. Hueter⁴⁾ zapatruje się nieco inaczej na działanie wyciągania; twierdzi on, że sposób działania wyciągania stalego zmienia się stosownie do sposobu założenia opatrunku. Jeżeli założymy zwyczajną pończochę ściągającą aż po za kostki i wyciągniemy, wtedy nastąpi rzeczywiste oddalenie od siebie końców stawowych, a ztąd i zmniejszenie ciśnienia wewnątrzstawowego, jeżeli wyciąganie skuteczniamy za pomocą pętli plastru lepkiego, przyczepionych do $\frac{2}{3}$ części dolnych goleni, wtedy jak powiada Hueter⁵⁾ „*der Extensionszug an der Haut spannt die Hautdecken des Gelenks an und übt so nicht Distraction, sondern eine Compression des Gelenks.*” Reyher⁶⁾ licznymi doświadczeniami na trupach starał się rozjaśnić kwestyę wyciągania przy różnych zapaleniach i następnych cierpieniach stawu kolanowego, jak również chciał wykazać fałszywość zasady Hueter'a, że przy opatrunku za pomocą plastru lepkiego, o którym dopiero co wspominaliśmy, skóra nie wywiera nacisku i takiego wpływu na stosunki mechaniczne stawu, jak to chce widzieć Hueter. Kilkakrotnie sami mieliśmy sposo-

1) Traité des maladies des articulations I. pg. 64. II. pg. 154.

2) Gazette médicale de Paris 1840. pg. 33 i 321.

3) Neue Beiträge zur Pathologie und Therapie der Krankheiten der Bewegungsorgane. pg. 49.

4) Klinik der Gelenkkrankheiten. pg. 49.

5) l. c. pg. 499.

6) Zur Behandlung der Kniegelenkentzündungen mittelst der permanenten Distraction. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. H. I. 1873. pg. 26.

бноść przekonać się, ile nieodpowiednie zrobienie opatrunku wpływa na napięcie skóry, a ztąd na powiększenie ciśnienia wewnątrzstawowego, ztądto jesteśmy do pewnego stopnia w prawie orzeknąć, że Reyher nie ma słuszności, jak również, że doświadczeniami swemi nie zbił wcale poglądu Huetera, opartego na licznych eksperymentach klinicznych. Reyher'owi¹⁾ należy się jednak zasługa wykazania, że staw kolanowy, pokryty częściami miękkimi, ma największą pojemność, jeżeli zboczenie goleni od położenia wyprostowanego wynosi około 30° (więc nie 60° Bonnet-Guérin), że dalej pojemność tę w stanie zdrowym warunkuje torebka stawowa, i mięśnie otaczające (o czym Bonnet zapomniał), głównie mięsień czworogłowy uda i ikrowy.

Jeżeli w danym wypadku cierpienia stawu kolanowego stosujemy odpowiednio sposób wyciągania, to łatwo pojąć z tego co już wyżej powiedzieliśmy, jakie ztąd osiągamy korzyści. Jeżeli w stawie jest ropienie, to w obec zastosowania wyciągania, końce stawowe ze sobą się nie stykają, nie powstają więc odleżyny chrząstek, a w ślad za nim idące próchnienie, zmniejsza się ciśnienie i przeciwcisnienie, utrudniające odżywianie chrząstki, owrzodzenia kostne mogą wydawać dobrą ziarninę, która ma miejsce przy powiększonej pojemności stawu do ropienia i pomieszczenia wydzielonej ropy. W końcu przy powiększonej jamie stawowej można stosować ciągłe przestrzykiwanie i drenowanie, umozebniony jest swobodny odpływ wydzieliny rany. Przy tym sposobie postępowania osiągamy więc w części to, co przy wypitowaniu. Volkmann²⁾ też wygłosił: „*Dass die Distraction vielleicht in manchen Fallen die Resection verdrängen wird.*”

Co się tyczy ciężaru użytego do wyciągania, to jedni radzą używać większych inni mniejszych ciężarów. Lee³⁾ u dzieci radzi 12 funtów, Czerny⁴⁾ 2—7 funtów. Ogólnie wielkości ciężaru oznaczyć nie podobna, zależy to od danego wypadku. Rozumie się, musi być wtedy uwzględniony wiek chorego osobnika i stan stawu, mianowicie czy mamy do czynienia ze sprawą ostrą lub przewlekłą.

Bacząc na to co powyżej powiedzieliśmy, na stan przewlekły cierpiącego stawu, postanowiliśmy u naszego chorego zastosować sposób wyciągania stałego. Ponieważ zaś ciśnienie wewnątrzstawowe nie było znaczne, osobnik w wieku dziecięcym, mięśnie jego słabo rozwinięte, zatem i użyta siła wyciągowa nie powinna była być wielką. Opatrunek założono w myśl sposobu Huetera, siła wyciągowa 5 funtów, aparat do wyciągania przez nas używany (w braku lepszego) już wyżej opisaliśmy⁵⁾. W tym opatrunku, z odpowiednimi przerwami czasu, chory leżał blisko przez cztery miesiące. Z po-

1) l. c. pg. 30 i sq.

2) l. c. pg. 50.

3) Med. and Surgery Reporter. Philadelphia. January. 30. 1869.

4) Berliner Klinische Wochenschrift. 1870. pg. 233.

5) Gazeta Lekarska T. XVII. R. IX. Nr 4. pg. 52. 1874.

czątku skarżył się na bóle w kończynie, w krzyżu, powoli przyzwyczał się jednak do swego położenia. W drugim miesiącu pobytu w szpitalu dostał gorączki, połączonej z dreszczami i w miejscu, gdzie był pierwszy ropień okołostawowy, utworzył się drugi. W 10 dni po przecięciu ropnia rana się zabiłżniła. W ciągu pierwszego miesiąca objętość kolana widocznie się zmniejszyła, jak również ilość ropy, wydzielającej się z przetoki dostawowej. W trzecim miesiącu przy opatrunku rannym i wieczornym bardzo małą znajdowano ilość ropy, ruchy zgięcia były bardzo utrudnione—zaczynało się zeszywnienie. W czwartym miesiącu w początkach Czerwca r. u. wysłaliśmy chorego do Ciechocinka, z kąd gdy wrócił, znaleźliśmy u niego zupełne zeszywnienie kostne, przetokę zupełnie zabiłżnioną. Chory chodził swobodnie, kończyna prawa była prawie o jeden cal skrócona.

W końcu Sierpnia r. u. ojciec przywiózł znowu chorego do szpitala, oświadczając, że takowy upadł, i prawą kończyną wcale władać nie może. Okazało się, że prawa kość biodrowa w $\frac{2}{3}$ częściach dolnych była poprzecznie złamaną. Zachloroformowaliśmy chorego i założyliśmy opatrunek gipsowy, w którym pozostawał dni 37. Przez ten przeciąg czasu zdołała się wytworzyć kostnina, wypisaliśmy też chorego ze szpitala. Widzieliśmy go odtąd kilka razy, kończyna prawa o $1\frac{1}{2}$ " krótsza od lewej; staw kolanowy prawy w stanie zupełnego zeszywnienia kostnego.

Na zakończenie kazuistyki chirurgicznej podajemy spis wykonanych operacyj w szpitalu w ciągu roku ubiegłego.

N.	Rodzaj operacyj	Ilość	Śmierć	Wyzdrowienie
1	Wyłuszczenie gałki ocznej	1	—	1
2	Wycięcie sztucznej źrenicy	1	—	1
3	Częściowe wypiłow. brzegu zębodołowego szczęki górnej	1	—	1
4	Wypiłowanie lewej połowy żuchwy wraz z wyłuszczeniem w stawie żuchwoskroniowym	1	—	1
5	Wyłuszczenie przerodzonych gruczołów szyjowych	1	—	1
6	Wycięcie migdałków	2	—	2
6	Ukłucie brzucha (2 razy przy raku wątroby, raz przy białaczce śledzionowej).	3	3	—
8	Ukłucie pęcherza moczowego	1	1	—
9	Operacya hydrocele	1	—	1
10	Odgniecenie guzów krwawicowych odbytnicy	1	—	1
11	Wyciąganie gwałtowne stawu kolanowego	1	—	1
12	Wyłuszczenie paznokcia palucha	2	—	2
13	Wypiłowanie kości łokciowej	1	—	1
14	Wyłuszczenie wskaziciela z częściowem odpiłowaniem kości dłoniowej	1	—	1
15	Wyłuszczenie pierwszego członka palcowego wskaziciela	1	—	1
		19	4	15

(Dalszy ciąg nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Wścieklizna, wodowstręt (*rabies, hydrophobia, lyssa*).

Przez prof. Redera.

Podał Dr Pogorzelski,
lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Dalszy ciąg).

Niekiedy przedstawia się choremu straszny obraz, mianowicie zdaje mu się, że spostrzega wściekle zwierzę. Ztęm wszystkim złudzenie szybko przechodzi; czasami tylko mózg do tego stopnia jest zajęty, że chory złudzenie uważa za rzeczywistość, i otaczających osob nie poznaje.

Stan ten trwa 1 — 2 dni, rzadko dłużej. Potem następuje zwolnienie, albo raczej zamiana objawów, która zwykle skutecznia się tak szybko, że powszechnie używany podział przebiegu choroby na 2 okresy: na okres podrażnienia lub wścieklizny i następujący po nim okres porażenia, zdaje się być usprawiedliwionym. Napady stają się częstsze, ale coraz słabsze, kurcze rzadziej występują; siły przytęm słabną, a tętno i oddechanie znacznie przyspieszone. Nakoniec udaje się także choremu cośkolwiek przyjąć płynu, leży on teraz spokojnie, osłabiony, ciężko oddecha, twarz ma zapadłą potem okrytą, wargi sinę, oczy nastrzyknięte, czasami następują wymioty przyczem oddaje nieco brunatnego płynu. Ciągłe jednak przytomność się zachowuje i zupełna świadomość zbliżającej się śmierci. Chorzy są zwykle bardzo rzewnie usposobieni, żegnają się z otaczającymi, i najczęściej spokojnie umierają 1 lub 2 dnia po pierwszym napadzie.

Nakreślony powyżej przebieg wścieklizny często znacznym ulega zmianom, tak że z trudnością nam przychodzi ściśle oznaczyć typ wskazać. Każdego pojedynczego objawu, a nawet charakterystycznego wodowstrętu i występowania napadów może brakować.

To dało powód do przyjmowania rozmaitych rodzajów cierpienia, i rozróżniania jak u psa szalonej i spokojnej wścieklizny; przejścia jednak tego rodzaju odbywają się stopniowo, i podobnego rozróżnienia ściśle przeprowadzić nie można. Ocenienie pojedynczych objawów i zbieżności w występowaniu tychżc. Zmiany w bliźnie przy wybuchu choroby lub w okresie zwiastunów często występują, jednak trudno jest oznaczyć, jakieśmy to już wyżej wspomnieli, jaki ma udział leczenie w powstawaniu tychże, czasami w znacznej liczbie wypadków zmian tych nie spotykamy, i blizna podczas całego przebiegu zachowuje zwykle wejrzenie (Schuh, Bergeron, Zwinger, Bonnet, Fothergill i inni. Zmiany jakim ulega, jako też wystąpienie pęcherzyków na bliźnie, lub powstanie wału dokoła tejże było już wspomniane powyżej. Należałoby tylko jeszcze zwrócić uwagę na powstawanie bujającej ziarniny, wyrwanie której miało nawet w jednym wypadku Handera, jak przytacza Virchow, już rozwinięte objawy wścieklizny usunąć.

Nierównie stalszém jest występowanie bólów, lub innych zbieżeń czuciowych, które zwykle z miejsca ukąszenia wychodzą i przebiegają dośrodkowo ku klatce piersiowej i głowie. W rzadkich wypadkach bóle te nie wychodzą z rany, a tylko od nerwu, który koło miejsca zranionego przebiega, lub mają siedlisko więcej ośrodkowe i rozpromieniają się ku zranionemu miejscu (Fabert). Według Schuha występują one niekiedy po przeciwniej stronie, jednak w niewielkim stopniu. Jeżeli było zranienie obustronne, lub gdy jest kilka ran z ukąszenia, to często się zdarza, że tylko jedna z nich jest punktem wyjścia bólów. W innych wypadkach występują drgania mimowolne, albo lekka sztywność zranionych kończyn, lub części sąsiednich (Virchow).

Jednym z najwcześniejszych i najstalszych objawów wścieklizny jest uczucie strachu, któremu towarzyszy ściskanie w piersiach, jak to w ogóle przy strachu ma miejsce. Bardzo często spotykamy się z przypuszczeniem, że uczucie strachu nie zależy od zmiany somatycznej, a tylko od przedstawienia sobie wybuchu choroby

by, który jako następstwo ukąszenia powszechnie jest znany. Że tak nie jest, przemawiają za tem następane spostrzeżenia:

1) Brak uczucia przestachu w okresie utajenia, który jednak co do czasu bliższym jest zranienia.

2) Występuje on także u osób, które wcale o zranieniu nie pamiętają, lub nie sądzą, aby cierpienie z temże mogło być w związku, lub wreszcie u których zastanawianie się nad możliwymi skutkami zranienia nie ma miejsca, albo jest niemożliwe np. u dzieci i idiotów. W roku zeszłym zmarła w klinice O p p o l z e r'a młoda dziewczyna wskutek wścieklizny, która dopiero po wielokrotnych zapytywaniach przypomniała sobie, że od znajomego psa lekko została ukąszona, a u której głęboki przestach i niespokojność przedstawiała najwybitniejszy objaw choroby.

Uczucie strachu u dotkniętych wścieklizną w niektórych wypadkach jest całkiem nieoznaczone, w innych razach ściągają się do pewnych przedmiotów. Zdają się być zagrożeni niebezpieczeństwem i lekają się przy każdym mocniejszym poruszeniu. Przestach jest tak dalece męczącym objawem przy wściekliznie, że chorzy często życzą sobie śmierci, a niekiedy posuwają się nawet do samobójstwa.

Naturalnym skutkiem owego przestachu jest ciągła n i e s p o k o j n o ś c. Okazuje się ona w szybkim mówieniu i ruchach, nie pozwala chorym nawet przez czas krótki pozostawać na jednym miejscu, i zmusza ich bezustannie do zmiany położenia. Ztądto dotknięci wścieklizną prawie nigdy nie mogą pozostawać w łóżku. Chętniej siedzą, albo też bezustannie zmieniają miejsce. Inni znowu starają się ukryć w rozmaitych kątach i odpowiadają niechętnie na pytanie.

Bezwątpienia różnica co do zachowania się chorych bardzo wiele zależy od własności charakteru, która przez chorobę bywa spotęgowana, i wyraźniej występuje. Prócz tego dołączają się tu także warunki zewnętrzne i otoczenie chorego. Łagodnym obchodzeniem się i stosowną namową przynajmniej w początkach choroby większa część chorych daje się uspokoić, mianowicie gdy i w zdrowym stanie były to osoby rozumne i powolne, gdy tymczasem przez szorstkie obchodzenie się i przymus w największe rozdrażnienie popadają.

Obok uczucia strachu i ściskania występuje także czasami uczucie gniewu w wysokim stopniu, które towarzyszy napadom wścieklizny, a nawet może dochodzić do szaleństwa. Uczucie to odbija się na twarzy i w zachowaniu się chorego. Spojrzenie bywa niepewne, błędne, badawcze, jakby co chwila oczekujące zbliżającego się niebezpieczeństwa, mięśnie twarzy drgające, mowa krótka, pośpieszna, ciągła niespokojność i ruchliwość, niedowierzanie pewnym osobom, czulość dla drugich, wszystkie te objawy są następstwem dręczącej bojazni, która w pewnych chwilach aż do rozpaczki dochodzi, a potem jak u szeszanych zwierząt zamienia się w bezwładny ślepo-gwałtowny gniew.

Nigdy się nie przytrafia właściwa b e z p r z y t o m n o ś ć; jeżeli też czasami straszliwe przywidzenia dręczą chorych, to są one tylko chwilowe, i ustępują rzeczywistym wrażeniom zmysłów. Zawsze chory okazuje pewną skłonność do uspokojenia, i nawet w czasie najgwałtowniejszych napadów szaleństwa oszczędza otaczające osoby, przynajmniej dopóki łagodnie się z nim obchodzą.

Dwa objawy, które często jako charakterystyczne dla wścieklizny były przytaczane, w wspomnianych powyżej zaburzeniach psychicznych znajdują dostateczne wyjaśnienie jako to: s k ł o n n o ś ć d o k ą s a n i a i w y c i e l u b s z e z e k a n i e podobne psiemu. O pierwszej rzadko wspominają i w ogóle występuje tylko w tych wypadkach, gdzie chorzy byli ostro traktowani lub wiązani, tak że swej chęci szalenia w żaden inny sposób nie mogli zaspokoić. Zmieniony dźwięk głosu, chrypka prawie do bezgłosu jest częstym zjawiskiem i łatwym do wytlómaczenia przy ogólnych zaburzeniach w innerwacyi, jak to ma miejsce przy wściekliznie. Jeżeli więc chorzy w rozpaczki i zatchnieniu wydają nieregularne głosy, to one mogą przedstawiać najrozmaitszą formę dźwięków, i nie jest nic nienaturalnego, że podniesiona fantazyja lekarzy chciała upatrywać w tem pewien rodzaj zezwierzęcenia. V i r c h o w słuszną robi uwagę, że właściwe wycie psa również można objaśnić zaburzeniami psychicznymi i innerwacyi.

Drugą istotną i charakterystyczną własnością wścieklizny jest t r u d n o ś ć l u b z u p e ł n a n i e m o ż e b n o ś ć p o ł y k a n i a p ł y n ó w. Ile razy chory

usiłuje przełknąć lub dotknie tylko wargami lub językiem płynnych substancji, następuje bolesny kurcz i robi połknięcie niemożliwym.

Trudno tu jest wyrzec, jaką rolę odgrywają przytém mięśnie polykania. Wiodocznym jest tylko szybkie i mocne kurczenie się wszystkich mięśni wdechowych od m. poprzecznego nosa (*m. transversus nasi*) aż do przepony. Otwory nosowe się rozszerzają, połączenia warg naprężają, dźwigacze klatki piersiowej (*mm. scaleni*), m. mostko-obojęczyko-sutkowy (*m. sterno-cleido-mastoideus*) kurczą się, ściany brzucha i klatki piersiowej unoszą, wszystkie mięśnie przez kilka sekund pozostają w skurczeniu, i w tym czasie oddechanie wstrzymuje się, lub szybko po sobie następują liczne skurcze jak przy lkanii i płaczu. Z początku okazują się te objawy przy istotnym usiłowaniu polykania, mianowicie płynów, gdy tymczasem stałe substancje jeszcze przez długi czas polykać mogą. *Nesemann* wspomina o chłopcu dotkniętym wścieklizną, który wzbraniał się pić, jadł jednak bułkę zmaczaną w mleku. Później występują kurcze przy prostym tylko wyobrażeniu polykania, lub na widok wody, a nawet z powodu tylko szmeru płynącej wody, lub na widok błyszczących przedmiotów. Objaw ten jest tak wybitny i stały, że dał powód do nazwania choroby. Obecnie nie potrzebuje to prawie dowodu, że wstręt do płynów jest tylko wynikiem przeświadczenia o przykrych owych kurczach, które przy polykaniu występują, nie zaś istotną odrazą do płynów skutkiem zmienionego smaku, jak pospolicie dawniej przyjmowano. Przeciwnie bowiem, chorych dręczy nieznośne pragnienie, nieustannie żądają napojów, często dają się nawet namówić, aby spróbowali przełknąć, chociaż o przykrych tego skutkach już się przekonali. *Van Swieten* wspomina o pewnym chłopcu wścieklizną dotkniętym, który zażądał szklankę świeżego piwa i pomimo ciągłych, bezskutecznych usiłowań połknięcia, przez długi czas nie chciał szklanki z rąk puścić. Objaw ten nie jest zupełnie stałym, u niektórych chorych brakuje go zupełnie podczas całego przebiegu. Inni doznają gwałtownych kurczów przy polykaniu i oddechaniu, mogą jednak pod wpływem siły moralnej parę razy płyn przełknąć (*Vaughan, Spanner*). *Schröder* nawet wspomina o chorym, który w celu przekonania, że nie jest chorym, wypił przeszło 30 kubków wody przy bezustannem kszuszeniu się i kurczach.

Chorzy w takim wypadku usiłują przechylić głowę ku tyłowi, drżącą ręką zbliżają naczynie do ust i lękają, a w pośród tego głowę znowu raptem zginają ku przodowi (*Schuh*). U innych ruchy przy polykaniu przyjmują postać, jakby znacznej objętości ciało chcieli połknąć. Niektórzy chorzy zupełnie płynów polykać nie mogą, jednak zetknięcie innej powierzchni ciała z wodą doskonale znoszą, mogą sobie myć ręce, lub wziąć kąpiel, inni znowu mogą przyjmować letnie tylko płyny, a zimnych zupełnie nie znoszą.

Stosownie do tego co powyżej było powiedziane, wstręt do płynów nie jest właściwie stałym objawem wścieklizny u człowieka, ale tylko straszne wzruszenia ruchowe przy polykaniu, i te ostatnie są częściowym objawem podniesionej drażliwości nerwów zmysłów w ogóle i nadzwyczajnie pobudzonej czynności odruchowej. Wszystkie nerwy zmysłów mniej więcej są zajęte, gdyż nie tylko rzeczywiste wrażenia zmysłów przejmują z niezwykłą subtelnnością, ale nawet chwilami fałszywe wrażenia oddają i złudzenia powodują.

Najwyraźniej dotyczy to czuciowych nerwów skóry, których najłżejsze pobudzenie często wystarcza do spowodowania gwałtownych napadów. Często jednak wszystkie inne nerwy zmysłów współcześnie są dotknięte: niektórzy chorzy nie znoszą zapachu wody, lub niektórym substancjom przypisują pewien zapach, które dla zdrowych zmysłów zachowują się obojętnie. Inne znowu osoby z powodu swego wyziewu skórniego są im wstrętne. Światło, kolor jasny, przedmiot błyszczący, a przede wszystkim wrażenia słuchu, głośna rozmowa, szmer raptowny i t. p. wystarczają do wywołania gwałtownych napadów kurczu. Również mocne uderzenia mogą je także spowodować (*Gonatt, Bright*). Ztądto po większej części pochodzi ostrożne, krótkie oddechanie u tego rodzaju chorych.

Z powodu tej niezwyklej drażliwości nerwów zmysłowych, zależne jest mianowicie u mężczyzn i chłopców wyraźne, mocne pobudzenie popędu płciowego. Wielu zwraca uwagę na tę okoliczność, że na krótki czas przed wybuchem choroby częściej i gwałtowniej objawia się spółkowanie, niż zwykle. Wielu też chorych podczas całego przebiegu choroby ogólnej doznaje silnych erekcyj,

a u niektórych nawet zdarza się wyciek nasienia. U kobiet objaw ten mniej bywa wydatny i niektórzy tylko autorowie jak Portal i Martin o nim wspominają. Z tem zostaje w związku trudne wydzielanie moczu na wysokości choroby spotykane. Często przy wielkich bólach odpływa nieznaczna tylko ilość moczu przy naprężeniu członka. Sądono że to pochodzi od użycia much hiszpańskich, jednak objaw ten występuje i u takich chorych, którym wcale wspomnianego środka nie stosowano. Czasami znowu bywa mocz z krwią zmieszany, albo podczas całego przebiegu mocz się nie wydziela. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego

za rok 1873

zebrał Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu.

(Ciąg dalszy).

Na tak znaczną śmiertelność składały się następujące okoliczności: 1) brak odpowiedniej w właściwym czasie pomocy lekarskiej, albowiem w czasie trwania epidemii, w całym powiecie było tylko dwóch lekarzy; 2) znaczna odległość wielu dotkniętych cholera miejscowości od miejsca zamieszkania lekarzy t. j. od m. Grójca, skutkiem czego, pomimo pierwszej pomocy udzielonej na miejscu przez miejscowe władze lub felczera, lekarz po przybyciu niejednokrotnie zastawał chorego konającym lub już zmarłym; 3) niedyetetyczne zachowanie się włościan i lekceważenie biegunki zapowiedniej, jak również zabobony i niechęć do leczenia się środkami aptecznymi z porady lekarskiej. Większość włościan, uważając cholera jako karę zesłaną od Boga za grzechy, opuszcza ręce ze wschodnią prawdziwie obojętnością, zasłaniając się tem, że niektórzy chorzy wyzdrowieli bez pomocy lekarskiej i że „*jak Bóg zechce*” to i bez leczenia choroba przejdzie, w przeciwnym zaś razie, żadna pomoc lekarska nie jest w stanie uratować tego, komu wyższe wyroki śmierć przeznaczyły. Ta wiara naszych włościan w fatalizm, pochłania corocznie wiele ofiar nie tylko z epidemicznych, lecz w ogóle z wszelkich chorób; 4) że dotychczasowe, dorywcze leczenie na prowincyi nie może wydać dobrych rezultatów, gdyż lekarz częstokroć raz tylko widzi chorego, zapisuje lekarstwo, zostawia ustne polecenia dalszego postępowania i śpieszy dalej do innych chorych a osobnik dotknięty cholera do czasu widocznej poprawy powinien być pod okiem lekarza lub doświadczonego felczera, któren by śledził za postępem choroby i ściśle wypełniał wszystkie wskazówki lekarza; dla tego też dla ludzi ubogich a także dla włościan, choć względnie dostatnich, lecz stojących na niskim stopniu oświaty, leczenie li tylko w szpitalach cholerycznych może wydać dobre rezultata, dla tego też pożądanem by było, aby w następnych epidemiach, we wszystkich miejscowościach dotkniętych cholera, zakładano czasowe szpitale choleryczne a przynajmniej obszerne oddzielne izby i w nich pomieszczano włościan natychmiast po wystąpieniu pierwszych objawów cholery. Ponieważ u nas w kraju nie ma dostatecznej liczby lekarzy, do obsadzenia niemi czasowo wszystkich takich miejscowości, można by więc było obsadzić je delegowanymi felczerami, kilkanaście lub kilka, stosownie do liczby ludności i odległości takich wsi stanowiło by rewir lekarski, któren delegowany lekarz powinien zwiedzać codziennie a w punkcie najwięcej zagrożonym pozostawać nawet na pewien czas i ztamtąd robić wycieczki do innych miejsc; w ten sposób i rezultata leczenia mogłyby być względnie pomyślniejsze; z drugiej zaś strony, natychmiastowe usunięcie z mieszkania osoby dotkniętej cholera, przy zachowaniu odpowiednich środków profilaktycznych, mogłoby zabezpieczyć pozostałych członków rodziny; 5) w czasie największego natężenia epidemii, liczne były wypadki tak zwanej cholery asfiktycznej, w której zaraz na początku występował paraliż żołądka i kiszki (tak zwana cholera sucha—*cholera sicca*) i chory w kilka godzin kończył życie; 6) blisko czwarta część zmarłych na cholera, przypada na dzieci do lat pięciu wieku.

Nazwisko miejscowości z których rozpoczęła się cholera	Data pojawienia się cholery	W wielu miejscowościach panowała cholera	Kto pierwszy zachorował, czy miejscowy mieszkaniec, czy przybyły?	Nazwisko miejscowości w której był ostatni wypadek cholery	Data pojawienia się cholery	Liczba mieszkańców	Liczba chorych	Procent chorych w stosunku do liczby mieszkańców	Zmiana												Ogólna liczba chorych	Procent śmiertel.								
									Do lat 5-ciu wieku		Od lat 5-ciu do 10-ciu		Od lat 10-ciu do 15-tu		Od lat 15-tu do 25-ciu		Od lat 25-ciu do 40-tu		Od lat 40-tu do 60-ciu				Od lat 60-ciu do 90-ciu							
W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby mieszkańców		W stosunku do liczby chorych								
„Gim. Kobylin w. Kacim . . .	21 czerw.	14	—	„Kosmin . . .	6 wrzesn.	8797	186	4,9	2,0	6,6	18	0,4	9,6	4	0,1	12,1	6	0,15	3,2	38	1	20,1	28	0,7	14,5	6	0,15	3,2	136	3,67
M. Grojec w domu Nr 45	28 czerw. w 53d.	—	—	„Kosmin . . .	24 sierpn.	4000	133	3,3	11,0	9,7	8	0,2	6	—	—	—	3	0,07	2,5	18	0,4	13,5	14	0,3	10,5	3	0,07	2,2	69	1,44
Gim. Komor. os. Tarczyn	19 lipca	12	—	„Kotoradz	18 wrzes.	5990	157	2,7	20,6	19,1	16	0,2	10,1	5	0,08	3,1	9	0,15	5,7	24	0,4	15,2	23	0,38	14,6	10	0,16	6,3	117	1,9
„Bielsk. w. Zaborówek	30 lipca	7	—	„Mała wieś	20 wrzes.	3649	103	2,8	10,4	14,6	9	0,24	8,7	4	0,1	3,8	4	0,1	3,8	12	0,3	11,6	16	0,4	15,5	7	0,19	6,8	67	1,8
„Błędów os. Błędów	2 sierpn.	3	—	„Błędów	30 wrzes.	6522	69	1,3	10,1	11,5	4	0,07	5,6	3	0,05	4,3	4	0,07	5,6	7	0,1	10,1	9	0,16	13	3	0,05	4,3	38	0,6
„Lipie. w. Machnaka	5 sierpn.	5	—	„Machnaka	19 wrzes.	3020	113	3,7	9,6	17,5	3	0,09	2,6	3	0,09	2,6	4	0,1	3,5	25	0,8	22,1	17	0,5	15	4	0,1	3,5	76	3,5
„Mogieln. os. Mogielnica	5 sierpn.	—	—	„Mogieln.	22 wrzes.	2754	15	0,5	9,7	13,3	1	0,03	6,6	—	—	—	1	0,03	6,6	2	0,08	2,6	2	0,07	13,5	—	—	7	0,2	
„Jasieniec w. Wolka-Tur.	14 sierpn.	3	—	„Lychow	15 wrzes.	3380	37	1	9,8	8,1	1	0,02	2,7	—	—	—	1	0,02	2,7	9	0,3	21,9	4	0,1	9,7	1	0,04	2,4	27	1,1
„Pronna w. Palenica	19 sierpn.	2	—	„Zimosz.-M.	10 paźdz.	2230	41	1,6	10,2	12,1	4	0,1	9,7	1	0,04	2,4	3	0,1	7,3	9	0,3	21,9	4	0,1	9,7	1	0,04	2,4	27	1,1
„Bykaly w. Długowola	27 sierpn.	3	—	„Długowola	13 wrzes.	3362	22	0,5	10,1	22,7	2	0,02	4,5	—	—	—	—	—	—	7	0,08	31,8	6	0,15	27,2	1	0,02	4,5	20	0,5
„Borowe w. Borowe	4 wrzesn.	4	—	„Pawow	19 wrzes.	6124	22	0,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,05	13,6	7	0,1	31,8	1	0,01	4,3	11	0,2
„Konie. w. Zajeze-Duze	14 wrzesn.	2	—	„Zajeze-D	29 wrzes.	3594	42	2,1	10,1	9,5	1	0,02	2,3	1	0,02	2,3	7	0,1	16,6	10	0,25	2,3	7	0,1	16,6	1	0,02	2,3	31	0,8

w Powiecie	wies Kacim	21 czerw.	57	miejscowy w. Zbros.-M.	10 paźdz.	47182	940	1,9	13	Zmiana		Zmiana		Zmiana		Zmiana		Zmiana		Zmiana		Ogólna liczba chorych	Procent śmiertel.
										0,2	13,9	66	0,1	7,2	1	0,04	2,2	42	0,08	4,4	156		
Z powyższej tabeli widzimy, że największy procent śmiertelności przypada na dzieci do pięciu lat (13,9%), co przypisać należy tej okoliczności, że w tym okresie jest największe sposobienie do biegunek w ogóle; co się zaś tyczy jaszczki większego procentu śmiertelności w wieku od 25-go do 40 roku (16,5%) to zdaje mi się, że pod tym względem należy mieć na uwadze że w tym okresie życia, człowiek jest w pełnym rozwoju sił fizycznych i umysłowych, mężczyźni stosownie do swego położenia towarzyskiego, należą do wszystkich siły dla zabezpieczenia bytu swojego i swojej rodziny a tem samem więcej podlega wpływom zewnętrznym, częstokroć skłoniwie dla najemnym na jego organizm; kobieta zaś mając słabsze siły fizyczne, łatwiej się wyziępuje tak pod ciężką i skutkiem poroków i przez to organizm jej staje się mniej odpornym na przyjęcie zaraka. Z drugiej strony, w tym okresie życia, wszystkie namiętności silnie się burzą, co także ma wpływ na wywołanie się większej wrażliwości organizmu a tem samem i usposobieniu do przyjęcia pierwotnego zakaznego; wiadomo bowiem że przyzwoity moralnie człowiek nie podkopywa gównem i przyzwyczajają się do mniejszej odporności tegoż na wpływy zewnętrzne. Za najmniejszą procent śmiertelności przypada na okres pomiędzy 10 i 15 rokiem życia, to zdaje się zależeć od tego, że w tym okresie sposobienie do zaraziwych i w ogóle do wszelkich chorób znacznie jest mniejsze i procent śmiertelności w ogóle chorób wypadła mniejszy, niż w innych okresach życia, o czym doświadczenie i dane statystyczne przekonywają nas. Zdawało by się że procent śmiertelności w wieku od 60 do 90 lat powinien być bardzo mały, albowiem choroba natrafia już na organizm osłabiony wiekiem przelatywnymi chorobami, tymczasem widzimy że procent ten jest bardzo umiarkowany (4%). Czym to dzieje, czy dylematy czyniących zachowaniem się starców, czy zmniejszoną wrażliwością — a przez to zlegania tylko łatwiejszym napadom cholery, tego orzeczek nie mam, dopóki dalsze w tym względzie badania nie rzucą jakiegoś światła.																							

W czwarto urzędowym szpitalu dla cholegrycznych w m. Grojec, byli następujący chorzy:		Liczba chorych.		Procent śmiertelności.		Liczba dni przeżytych.	
Wiek	Liczba	Wiek	Liczba	Wiek	Liczba	Wiek	Liczba
0-5	12	0-5	2	0-5	16,6%	0-5	112
6-10	1	6-10	1	6-10	100%	6-10	3
11-15	1	11-15	1	11-15	100%	11-15	2
16-20	3	16-20	1	16-20	33,3%	16-20	18
21-25	9	21-25	2	21-25	33,3%	21-25	36
26-30	1	26-30	1	26-30	100%	26-30	2
Kazem	26	Kazem	9	Kazem	34,6%	Kazem	173

Chorzy ci, odpowiednio do wieku dadzą się podzielić w następujący sposób:

Wiek.	Liczba chor.	Liczba zmarł.	Procent śmierteln.	Liczba dni przebyt.
od 5 do 10 lat	1	1	100%	2
„ 15 — 25 „	4	1	25%	38
„ 25 — 40 „	18	5	2,77%	132
„ 40 — 60 „	3	2	66,6%	11

W czasie panowania karbunkułu pomiędzy bydłem rogatym we wsi Bystrzanowie (gm. Komorniki), soltys tejże wsi Marcin Bis, skutkiem nieostrożnego obchodzenia się z chorą bydłem, zachorował na czarną krostę (*pustula maligna*) na szyi, 29 Lipca i umieszczony na kuracyi w szpitalu Sgo Piotra w Grójcu, zmarł tamże w dniu 1 Sierpnia.

Operacyi akuszeryjnych wykonano w ciągu roku 26, a mianowicie: użyto kleszczy do wydobycia główki dziecięcia u 7 rodzących (u 5 dla niestosunku główki płodu do prawidłowej miednicy, u 1 dla przyspieszenia porodu przy eclampsii i u 1 przy rachitycznie zwężonej miednicy); obrót na nóżki wraz z wydobyciem dziecięcia u 8 rodzących (we wszystkich wypadkach, położenia poprzeczne zaniedbane, z wklinowaniem barku i wypadnięciem rączki); *extractio* przy ustawieniu płodu dolnym końcem ciała, wykonano u 3 rodzących: przyrośnięte łożysko wydobyto u 8. W powyższej liczbie wypadków, wydobyto dzieci nieżywych 5, zmarło wkrótce po wydobyciu dzieci 2, zmarła wskutek krwotoku 1 rodzająca.

W całym powiecie znajdowało się koni 4930, muł 1, osłów 6, bydła rogatego sztuk 21047, owiec 47665, kóz 118 i świń 9353. (Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— O wpływie wiewióra na płożowe stany kobiety (Dr Hennig, Sitzungsbericht der Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig 1873). Pierwszą pobudką dla mówcy do dokładniejszego zbadania tego wpływu były prace Nöggeratha i Macdonalda, umieszczone w Edinb. Journ. Juni 1873. Chociażby się prawdziwą okazała tylko czwarta część wypadków opowiedzianych przez N., to, dodawszy do tego należycie ugruntowane spostrzeżenia Macdonalda i trzy przez H. ogłoszone wypadki, to skutki wiewióra macicy i jajowodu są dosyć poważne, ażeby wystąpić przeciwko lekkomyślności, z jaką się traktuje wiewiór mężów w stosunku ich do żon swoich. Pod wpływem przewlekłego wiewióra lub nieuleczonego zupełnie pojawiają się zapalenia naokoło macicy, często powtarzające się zapalenie jajników i przewlekły niezbyt w częściach rodnym. Do tego przystępują jeszcze *dysmenorrhoea*, *menorrhagia*, *peritonitis*, *pyämia*, *septicaemia*, mianowicie w okresie płożowym, wreszcie nieplodność. Nadto przyczynia się wiewiór nieraz do częstych poronień u młodych, poprzednio zupełnie zdrowych kobiet, a po krwawych zacięciach ust macicznych jad wiewiórowy ściekając po ranach powoduje nieraz nieszczęśliwe zejście. Większa część obecnych wystąpiła przeciwko wywodom Henniga i częściowo także przeciw jego spostrzeżeniom. Credé zwraca uwagę na owe tak częste znachodzenie ziarnistej pochwy u ciężarnych, mniema jednakże co twierdzenie Henniga zbija głównie ta okoliczność, że ta sama choroba zachodzi nie rzadko u notorycznie nietkniętych jeszcze dziewic. (Allgem. med. Zentral-Zeitung. 1874. Nr 61).

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Uwagi nad fizyologią i patologią żółci. Przez Dra J. Hoene (z Płocka). Notatki ze szpitala- Podał Dr Kazimierz Gurbcki, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku. (Dalszy ciąg).—Kronika zagraniczna. Wścieklizna, wodowstręt (*rabies, hydrophobia, lyssa*). Przez prof. Redera. Podał Dr Pogorzelski, lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus. (Dalszy ciąg). Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego za rok 1873 zebrał Dr Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu.—Wiadomości bieżące. O wpływie wiewióra na położowe stany kobiety.—Dodatek. Akuszeryi T. III, ark. 13. Choroby zaraźliwe ostre ark. 7.

Uwagi nad fizyologią i patologią żółci.

Przez Dra J. Hoene (z Płocka).

Zawikłana czynność i budowa organów żółc wydzielających, pewien indyferentyzm znacznej części jej składników, utrudniają niezmiernie dokładne zapoznanie się z fizyologią tej części organizmu. Dla tego też zapewne, pomimo licznych prac na tem polu, fizyologia żółci należy do kwestyj niezupełnie zadawalniająco przez naukę rozstrzygniętych. Nie wdając się w rozbiór hipotez o udziale żółci przy trawieniu, miałem głównie na myśli, pisząc niniejsze uwagi, wessanie lub zupełne wydzielenie żółci, ilość jej u człowieka, a następnie na mocy danych fizyologicznych faktów, spróbowanie wyjaśnienia niektórych patologicznych objawów w ścisłym związku z powyższemi pytaniami zostających.

Rzecz o wessaniu żółci po jej przejściu do dwunastnicy była już niejednokrotnie opracowywana. Z licznych autorów, zajmujących się tą kwestyą, wymienię tu tylko Lehmana, Biddera i Schmidta, Hoppe Seylera, Bischoffów, Kühnego i Leydena, Naunyna; w naszej literaturze medycznej ubogiej w naukowe monografie mamy sumienne opracowanie tego pytania przez Dr Al. Wolffa.

Pominawszy literaturę dawniejszą pierwsze naukowe rozstrzygnięcie tego pytania dał nam Lehman, wykazując przez prace swoje, że przy zwyczajnych warunkach, we krwi nie znajdujemy śladów nawet części składowych żółci. Zdanie to potwierdzonem zostało znanemi powszechnie doświadczeniami Kundego i Moleschotta a w ostatnich czasach przez Hoppego. Na tych więc danych opierając się, zarzuciła znaczna część fizyologów wessanie żółci po przejściu jej do dwunastnicy, przyjmując, że żółć z kałem wydzieloną zostaje, a to co ulegnąć mogło rezorbeyi tak poprzednio rozłożonem zostało, że nie może być poczytanem jako część składowa żółci. Jako kryterjum żółci zgodzono się na kwasy żółciowe, gdyż te jedynie odznaczają się pewną odrębnością chemiczną i fizyologiczną. Zachodzi jednak pytanie, jaki los spotkał żółć wydzieloną, a której w kale odnaleźć nie było można. Bidder i Schmidt z obliczenia ilości siarki w kwasie taurocholowym i porównania tej ilości ze znalezioną w kale dochodzą do przekonania, że znaczne części kwasów żółciowych są napowrót z przewodu pokarmowego wessane. Ilościowe oznaczenia samychże kwasów żółciowych w kale również do takiego wniosku doprowadzają. I tak według obliczenia Bischoffa (jun.) wypada dziennie wydzielanej żółci suchej u człowieka około 17 grm, a z tych 17 grm zaledwie $\frac{1}{3}$ część, bo tylko 5 grm daje się wykazać w kale, — poszukiwania Hoppego dały podobny rezultat. Oznaczenie ilości kwasu cholowego w ekskrementach psa z 24 godzin dało 0,36 grm kwasu cholowego = 0,45 gr. kwasu taurocholowego, kiedy w tymże czasie powinno było być wydzielonem około 5 grm kwasu taurocholowego. Przypuściwszy nawet, że pewna część kw. żółciowych uległa rozkładowi, to jednakże niepodobna zaliczać tak znacznej różnicy na karb processów rozkładowych, tem bardziej, że kwasy żółciowe okazują pewną stałość chemiczną. Za taką stałością przemawiają doświadczenia tegoż Hoppego, według których kwasy żółciowe zmieszane z rozmaitemi fermentami, wystawione na oddziaływanie warunków najbardziej rozkładowi przychylnych, okazały się jednakże w znacznej części niezmiennemi. Również obecność kw. glykocholowego w kale krowim (Hoppe) jest dowodem niewielkiej zmienności kwasów żółciowych. W poniżej opisanych doświadczeniach miałem także sposobność przekonania się o tej własności kwasów żółciowych.

Sprzeczności powyższych faktów nie łatwo było wytłomaczyć, to też kwestya ta spoczęła na pewien czas w tece uczonych i dopiero hipotezą Frerichsa o przechodzeniu kw. żółciowych w barwniki, napowrót została wywołaną. Rezultata jednak podjętych prac nie doprowadziły do stanowczego rozstrzygnięcia tej kwestyi. Oto głównejsze wyniki tych prac: Kühne o-

pierając się na doświadczeniach swoich, których słuszność w części i przez innych autorów potwierdzoną została, a mianowicie: 1) że kwasy żółciowe, w niewielkich nawet ilościach do krwi wstrzyknięte, wywołują znaczne przemiany w objawach życiowych; 2) że kw. żółciowe we krwi nie ulegają rozkładowi i 3) że we krwi, w moczu i innych płynach organizmowi właściwych kw. żółciowych wykazać nie można, zaprzecza zupełnie wessaniu fizyologicznemu kw. żółciowych. Doświadczenie Biddera i Schmidta tłumaczy on rozkładem kwasu taurocholowego w kiszkiach na kw. cholowy i taurynę, z których ta ostatnia tylko wessaną została, ztąd też i owe różnice w ilości siarki.

Sam Hoppe nawet pomimo bijących w oczy wyżej opisanych rezultatów nie znalazłszy w lymfie składników żółci, zaprzecza wessaniu większych ilości niezmiennych kwasów żółciowych.

Bischoff, niezadawalniający się dowodami Kühnego, oznaczył ilość kw. żółciowych wydzielonych w przeciągu 24 godzin z moczem przy żółtaczce w czasie bezbarwności stolca na przecięciowo 0,3 gm, odpowiadające 0,5 gm żółci suchej. Z liczby tej wykazuje się, że z obliczonych dla człowieka 17 gm żółci suchej na dobę w stanie normalnym, przy żółtaczce tylko $\frac{1}{34}$ część z moczem wydzieloną zostaje.

Gdyby nawet przy żółtaczce (*Jcterus catarrhalis*) ilość wytwarzanej żółci mniejszą być miała, to niepodobna jednak przypuścić, aby to zmniejszenie było tak znacznem ($\frac{1}{34}$ część normalnie wydzielanej żółci). Należy więc przypuszczać, że znaczna część kw. żółciowych uległa rozkładowi we krwi. W ten sposób rozumując a następnie opierając się na ilościowym oznaczeniu kw. żółciowych w kale przyjmuje Bischoff normalne wessanie żółci do krwi. Nie odnalezienie kw. żółciowych w moczu tłumaczy on spaleniem się tychże w stanie normalnym, a żółtaczkę wyprowadza z większego nagromadzenia się tychże w obiegu, wskutek czego część mniej lub więcej znaczna nie ulega rozkładowi.

Chwiejne podstawy tej teorii, zwłaszcza w zastosowaniu jej do nauki o żółtaczce, skłoniły Leydena do nowego opracowania tego interesującego pytania. Założywszy psu przetokę żółciową z wycięciem przewodu dokiszkowego i zebrawszy ilość dziennie wydzielonej żółci, przy czem wszelkie ostrożności zachowanemi były, dochodzi Leyden do przekonania, że dotychczasowe obliczenia żółci są zanadto wygórowanemi. Według niego wydziela dorosły i zupełnie normalny człowiek od 2-ch do 4-ch gm kw. żółciowych na dobę, a że ta ilość mniej więcej odpowiada ilości znalezionej przez Bischoffa w kale, wessanie przeto kwasów żółciowych do krwi w stanie normalnym staje się zupełnie nieprawdopodobnem. Jadowite działanie kw. żółciowych, o którym dowodnie nas uczą doświadczenia samego Leydena, jak również i doświadczenia Buissona, Duscha, Röhriga, Kühnego, Traubego i innych, stwierdza w zupełności powyższe zdanie.

Wolff, chcąc przeciąć te spory, obmyślił doświadczenie, rzeczywiście niezmiernie przekonujące, które powinno było kwestyę tę stanowczo rozstrzygnąć. Wykazuje on najprzód zgodnie z Leydenem, że rzeczywiście ilości

wydzielanej na dobę żółci przez autorów podawane są znacznie większe, a ni-
żeli ilość doświadczalnie otrzymana. Następnie założył on psu przetokę żół-
ciową, nie wycinając jednak przewodu dokiszkowego. Część prowadząca do
wątroby została podwiązana, do części zaś połączonej z dwunastnicą wpro-
wadza Wolff rurkę, za pośrednictwem której wstrzykiwał w dwunastnicę pe-
wną oznaczoną ilość żółci, a następnie zebrawszy kał oznaczył w tymże ilości
kw. żółciowych. Tym sposobem z 2,73 grm kw. cholalowego wstrzykniętych
do dwunastnicy, otrzymał Wolff przy rozbiórce kału 2,097 grm, pozostałe
zatem 0,633 grm czyli w przybliżeniu $\frac{1}{5}$ część została albo do krwi wessaną
lub też wykazać się nie daje według znanych dotychczas metod rozbijania
kału. Tak więc i to tak dobrze obmyślane doświadczenie nie rozstrzygnęło
stanowczo kwestyi i więcej by przemawiało za zupełnem wydzieleniem żółci.

Porównawszy ilości żółci przez Leydena i Wolffa podane z ilościami
podawanymi przez innych autorów, znajdujemy rzeczywiście ogromne różnice.
Oto parę wybitniejszych sposobów obliczania ilości żółci i rezultata z tych obli-
czeń otrzymane. Pierwsze naukowo-doświadczalne obliczenie daje nam Bid-
der i Schmidt. Z ilości wypadającej na 1 killogram psa lub kota obliczają
oni ilość żółci u człowieka na 54 grm suchej żółci dziennie. Liczba ta jest
bezwątpienia za wysoka, nie można bowiem przypuścić, żeby organizm dwa ra-
zy cięższy wytwarzał w podwójnych ilościach wydzieliny swoje, zawsze wypa-
dną one w mniejszych ilościach. Poprawniejszem jest już obliczenie Bischof-
fa i Voita. Biorą oni jako normę nie ilość przypadającą na 1 kilogram zwie-
rzęcia, ale stosunek wagi ciała do ilości wydzielonej żółci. Otrzymali oni
u psów 20—22 kilogram. ważących za pośrednictwem przetoki żółciowej od
4—12 grm suchej żółci, a więc wypadaloby na człowieka około 60 kilogram.
ważącego od 12 do 32 grm suchej żółci dziennie. Ludwig opierając się na
wadze wątroby przyjmuje u człowieka 20 grm suchej żółci na dobę. Bischoff
(jun.) posługuje się za poradą Voita ilością wydzielonego przez skórę i płuca
węgla do obliczenia przypadającej na dobę żółci.

Poszukiwania Voita i Pettenkoffera wykazują mianowicie ilości wy-
dzielonego węgla przez psa głodzonego na 78 grm—przy najobfitszem posile-
niu 220 grm na dobę. Oznaczanie ilości żółci w tychże samych warunkach
dało w pierwszym razie 4 grm, w drugim 12 grm żółci suchej na dobę. Z liczb
tych widocznem jest, że istnieje pewien stosunek pomiędzy ilością wydzielonego
węgla a żółcią. Z obliczenia stosunku tego wypada na człowieka w zwyczajnych
warunkach około 17 grm suchej żółci, odpowiadającej 11 grm kwasów żół-
ciowych

Wolff podaje nam jeszcze jeden sposób obliczania ilości żółci przez u-
względnienie stosunku wagi ciała do wagi wątroby. Sposób ten okazał się w do-
świadczeniach na psach czynionych jako dający dość zbliżone ilości. Zastoso-
wanie jednak tego sposobu do obliczenia ilości żółci przez człowieka wydzie-
lanej daje nam liczby zupełnie nieprawdopodobne, jak to nas uczy następują-
ce obliczenie. Według Frerichsa ważyła wątroba u człowieka 30-letniego
mającego 55,5 kilogramów 1,5 kilogr.—czyli stosunek wagi wątroby do wagi

ciała jak $1:37=0,027$. Przy stosunku $1:20=0,05$ wydzielal pies przez przetokę 2,926 grm suchej żółci, a więc wypadaloby na czlowieka ilosc żółci $X=2,926 \cdot 0,025$ Ilosc żółci u czlowieka wynosilaby zaledwie 1,78 grm co bynajmniej sie nie zgadza z iloscia znajduwana w kale.

Ranke zbieral u czlowieka, z przypadkowa przetoka żółciowa, wydzielona w ciagu 24 godzin żółc i otrzymal przecięciowo przez kilkodniowe oznaczenie 652 grm żółci płynnej, w których znajdowalo sie okolo 11 grm kwasów żółciowych. Ilosci te zgadzaja sie zupełnie z liczba na drodze deduktywnej przez Bischoffa (jun.) otrzymana. Jezeli wiec dotychczas nie jesteśmy jeszcze w stanie oznaczyc z wszelka dokladnoscia ilosci dziennie wydzielonej przez czlowieka żółci, to wydaje sie nam jednak zupełnie uprawnionem przyjecie 11 grm kwasów żółciowych na dobe jako ilosc nie nazbyt przesadzona.

Oznaczenie ilosci żółci przez zakladanie przetok nie moze dac dokladnych rezultatow. Liczby tak otrzymywane wypadaja zawsze za male, mechanizm bowiem wydzielania staje sie cokolwiek odmiennym. Niezbadanym jest dotad sposob napełniania pecherza żółciowego, wydaje sie jednak bardzo prawdopodobnem, ze wydzielona żółc dostaje sie do kiszki bez koniecznego przejscia przez pecherz żółciowy. Przy sztucznem zakladaniu przetoki droga do kiszki przez wyciecie przewodu dokiszkowego zostaje zamknieta, wszystka żółc przechodzi do pecherza za posrednictwem znacznie węższego przewodu dopecherzowego. Skutkiem tego musi nastapic zwiększone cisnienie we włoskowatych naczyniach żółci pociagajace za soba modyfikacje w wydzielaniu, polegajace naturalnie na zmniejszeniu tegoz. Ze taki zastoj rzeczywiscie istnieje, dowodzi nam podana przez Leydena sekcyja psa, któremu przetoke zakladal, przy której okazal sie przewod dopecherzowy znacznie rozszerzonym z zapalnem opuchnięciem błony sluzowej. *(Dalszy ciag nastapi).*

Notatki ze szpitala.

Podal Dr Kazimierz Gurbcki, lekarz szpitala starozakonnych w Plocku.

(Dalszy ciag).

VII. Przewlekłe zapalenie stawu kolanowego prawego (*arthrophlogosis genu chronica dextra*), zesztynienie (*ankylosis*), złamanie kości biodrowej prawej (*fractura femoris dextri*). H. Sz. Ch. chłopiec, lat 7 liczący, dobrze zbudowany i odżywiany, od roku już cierpiący na kolano prawe, zostal przyprowadzony przez ojca do szpitala, który przyczyny cierpienia opowiedziec nie umial, wspomniat tylko, ze kolano coraz bardziej puchlo i bylo bolesnem.

Stan obecny. Objętość stawu w dwójnasób powiększona, kształtu okrągłego guza, konsystencyi miękkiej, ciastowatej, dosyc sprężystej; na górnej

wewnętrznej części rzepki uczucie chęłbotania, skóra na kolanie napięta, biała i połyskująca. Kończyna w stawie znajduje się w położeniu nieco zgiętem, goleń skierowana ku wewnątrz, a stopa brzegiem zewnętrznym opiera się o łóżko. Ruchy wyprostne niemożliwe, usiłowanie wyprostowania wywołuje silny ból. Przy dotykaniu mocniejszym chory skarży się na ból, chociaż utrzymuje, że ból samodzielnie występuje tylko od czasu do czasu i że wtedy czuje się daleko słabszym. Chodzić chory może z trudnością z powodu bólu przy opieraniu podeszwy. Mięśnie prawego uda i goleni daleko słabiej rozwinięte jak kończyny lewej. Po stronie wewnętrznej dolnej rzepki znajduje się otwór, z którego przy ucisku sączy się gęsta ropa; zgłębnik przez rzeczony otwór wchodzi z łatwością w głąb, przy manewrowaniu nim trafiamy wszędzie na masy miękkie, podatne, kości nieobnażone z okostnej. Po wyjęciu zgłębnika obfite krwawienie

Mieliśmy więc do czynienia z okresem sprawy, w którym obficie bujająca ziarnina rozpycha wnętrze stawu. Ziarnina nie mogąc się pomieścić przerwała torebkę stawową.

Ponieważ końce stawowe, ile o tem przekonać się można było, jeszcze były zachowane, zatem nie ulega wątpliwosci sprawa chorobowa wzięła swój początek od błony maziowej. Cierpienie nie rozpoczęło się ostro (wspomniiał o tem ojciec dziecka), ale powoli, nieznacznie i zrazu niewyraźnie dla chorego i otaczających. Prawdopodobnie przyczyną mogło być uderzenie (o czem dziecko mogło zapomnieć, a rodzice niewiedzieć) lub zaziębienie, a cała sprawa nie zwracała uwagi, dopóki znakomicie rozwinięta ziarnina nie zaczęła rozpychać stawu.

Rokowanie co do życia chorego postawiliśmy bezwarunkowo dobre, bacząc na budowę i dobre odżywianie ustroju. Mając na widoku też same względy, rokowanie co do chorej kończyny nie przedstawiało nam się zbyt niepomyślnie. W obec długotrwałego cierpienia zachowane końce stawowe kości, ustrój chorego niewyniszczony rokowały nadzieję względnie pomyślnego zejścia.

Plan leczenia ułożyliśmy też odpowiednio do stanu chorego. Obok pozytywnej diety, spokój kończyny, poprawienie położenia, utrzymanie następnie w tem położeniu i zmniejszenie ciśnienia wewnątrzstawowego przez powiększenie pojemności stawu, raz dla uniknięcia tarcia chrząstek, a powtórnie dla swobodniejszego odpływu ropy i możności dokładniejszego przestrzykiwania jamy stawowej.

W miejscu najwyrazniejszego chęłbotania wykonaliśmy cięcie, poczem wypłynęła znaczna ilość ropy; ropień nie łączył się wcale z wnętrzem stawu

Następnego dnia przystąpiliśmy do poprawienia położenia kończyny, co jak Busch¹⁾ wykazał jest koniecznym przed założeniem opatrunku. Ponieważ

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift. 1870. pg. 233 i Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie. Bd. XIV.

staw nie był zbyt silnie wypełniony, ciśnienie wewnątrzstawowe także zmniejszone z powodu pęknięcia torebki, zatem postanowiliśmy poprawić położenie za pomocą wyciągania gwałtownego, co po zachloroformowaniu chorego wykonaliśmy z łatwością.

Chodziło teraz o zastosowanie rodzaju opatrunku dla utrzymania kończyny w odpowiednim położeniu i postawienie cierpiącego stawu w najkorzystniejszych warunkach. W ostatnich czasach pilniej zwrócono uwagę na warunki mechaniczne, wśród jakich stawy znajdują się w stanie fizyologicznym i patologicznym. Niejednokrotnie też liczne w tym kierunku wykonywano doświadczenia na trupach i żywych osobnikach. Bonnet¹⁾ i Guérin²⁾ robili doświadczenia na trupach i przekonali się, że staw kolanowy ma największą pojemność i ciśnienie w nim najmniejsze, jeżeli zboczenie goleni od położenia wyprostowanego wynosi około 60°. Doświadczenia robili na stawach nie okrytych częściami miękkimi, ztąd wkradły się pewne niedokładności, nie umieli też na zasadzie swych doświadczeń wytłomaczyć wielu zjawisk klinicznych.

Volkmann³⁾ przyswoił aparat do wyciągania i przeciwwyciągania za pomocą ciężarów, wychodząc z zasady, że mięśnie są wyciągnięte biernie i napięte, że ciśnienie wewnątrzstawowe i wzajemny ucisk końców stawowych i pokrywających je chrząstek się zmniejsza i nareszcie, że końce stawowe na podobieństwo odłamków od siebie się oddalają. Hueter⁴⁾ zapatruje się nieco inaczej na działanie wyciągania; twierdzi on, że sposób działania wyciągania stalego zmienia się stosownie do sposobu założenia opatrunku. Jeżeli założymy zwyczajną pończochę ściągającą aż po za kostki i wyciągniemy, wtedy nastąpi rzeczywiste oddalenie od siebie końców stawowych, a ztąd i zmniejszenie ciśnienia wewnątrzstawowego, jeżeli wyciąganie skuteczniamy za pomocą pętli plastru lepkiego, przyczepionych do $\frac{2}{3}$ części dolnych goleni, wtedy jak powiada Hueter⁵⁾ „*der Extensionszug an der Haut spannt die Hautdecken des Gelenks an und übt so nicht Distraction, sondern eine Compression des Gelenks.*” Reyher⁶⁾ licznymi doświadczeniami na trupach starał się rozjaśnić kwestyę wyciągania przy różnych zapaleniach i następnych cierpieniach stawu kolanowego, jak również chciał wykazać fałszywość zasady Hueter'a, że przy opatrunku za pomocą plastru lepkiego, o którym dopiero co wspominaliśmy, skóra nie wywiera nacisku i takiego wpływu na stosunki mechaniczne stawu, jak to chce widzieć Hueter. Kilkakrotnie sami mieliśmy sposo-

1) Traité des maladies des articulations I. pg. 64. II. pg. 154.

2) Gazette médicale de Paris 1840. pg. 33 i 321.

3) Neue Beiträge zur Pathologie und Therapie der Krankheiten der Bewegungsorgane. pg. 49.

4) Klinik der Gelenkkrankheiten. pg. 49.

5) l. c. pg. 499.

6) Zur Behandlung der Kniegelenkentzündungen mittelst der permanenten Distraction. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. IV. H. I. 1873. pg. 26.

бноść przekonać się, ile nieodpowiednie zrobienie opatrunku wpływa na napięcie skóry, a ztąd na powiększenie ciśnienia wewnątrzstawowego, ztądto jesteśmy do pewnego stopnia w prawie orzeknąć, że Reyher nie ma słuszności, jak również, że doświadczeniami swemi nie zbił wcale poglądu Huetera, opartego na licznych eksperymentach klinicznych. Reyher'owi¹⁾ należy się jednak zasługa wykazania, że staw kolanowy, pokryty częściami miękkimi, ma największą pojemność, jeżeli zboczenie goleni od położenia wyprostowanego wynosi około 30° (więc nie 60° Bonnet-Guérin), że dalej pojemność tę w stanie zdrowym warunkuje torebka stawowa, i mięśnie otaczające (o czym Bonnet zapomniał), głównie mięsień czworogłowy uda i ikrowy.

Jeżeli w danym wypadku cierpienia stawu kolanowego stosujemy odpowiednio sposób wyciągania, to łatwo pojąć z tego co już wyżej powiedzieliśmy, jakie ztąd osiągamy korzyści. Jeżeli w stawie jest ropienie, to w obec zastosowania wyciągania, końce stawowe ze sobą się nie stykają, nie powstają więc odleżyny chrząstek, a w ślad za nim idące próchnienie, zmniejsza się ciśnienie i przeciwcisnienie, utrudniające odżywianie chrząstki, owrzodzenia kostne mogą wydawać dobrą ziarninę, która ma miejsce przy powiększonej pojemności stawu do ropienia i pomieszczenia wydzielonej ropy. W końcu przy powiększonej jamie stawowej można stosować ciągłe przestrzykiwanie i drenowanie, umozebniony jest swobodny odpływ wydzieliny rany. Przy tym sposobie postępowania osiągamy więc w części to, co przy wypitowaniu. Volkman²⁾ też wygłosił: „*Dass die Distraction vielleicht in manchen Fallen die Resection verdrängen wird.*”

Co się tyczy ciężaru użytego do wyciągania, to jedni radzą używać większych inni mniejszych ciężarów. Lee³⁾ u dzieci radzi 12 funtów, Czerny⁴⁾ 2—7 funtów. Ogólnie wielkości ciężaru oznaczyć nie podobna, zależy to od danego wypadku. Rozumie się, musi być wtedy uwzględniony wiek chorego osobnika i stan stawu, mianowicie czy mamy do czynienia ze sprawą ostrą lub przewlekłą.

Bacząc na to co powyżej powiedzieliśmy, na stan przewlekły cierpiącego stawu, postanowiliśmy u naszego chorego zastosować sposób wyciągania stałego. Ponieważ zaś ciśnienie wewnątrzstawowe nie było znaczne, osobnik w wieku dziecięcym, mięśnie jego słabo rozwinięte, zatem i użyta siła wyciągowa nie powinna była być wielką. Opatrunek założono w myśl sposobu Huetera, siła wyciągowa 5 funtów, aparat do wyciągania przez nas używany (w braku lepszego) już wyżej opisaliśmy⁵⁾. W tym opatrunku, z odpowiednimi przerwami czasu, chory leżał blisko przez cztery miesiące. Z po-

1) l. c. pg. 30 i sq.

2) l. c. pg. 50.

3) Med. and Surgery Reporter. Philadelphia. January. 30. 1869.

4) Berliner Klinische Wochenschrift. 1870. pg. 233.

5) Gazeta Lekarska T. XVII. R. IX. Nr 4. pg. 52. 1874.

czątku skarżył się na bóle w kończynie, w krzyżu, powoli przyzwyczał się jednak do swego położenia. W drugim miesiącu pobytu w szpitalu dostał gorączki, połączonej z dreszczami i w miejscu, gdzie był pierwszy ropień okołostawowy, utworzył się drugi. W 10 dni po przecięciu ropnia rana się zabiłżniła. W ciągu pierwszego miesiąca objętość kolana widocznie się zmniejszyła, jak również ilość ropy, wydzielającej się z przetoki dostawowej. W trzecim miesiącu przy opatrunku rannym i wieczornym bardzo małą znajdowano ilość ropy, ruchy zgięcia były bardzo utrudnione—zaczynało się zeszywnienie. W czwartym miesiącu w początkach Czerwca r. u. wysłaliśmy chorego do Ciechocinka, z kąd gdy wrócił, znaleźliśmy u niego zupełne zeszywnienie kostne, przetokę zupełnie zabiłżnioną. Chory chodził swobodnie, kończyna prawa była prawie o jeden cal skrócona.

W końcu Sierpnia r. u. ojciec przywiózł znowu chorego do szpitala, oświadczając, że takowy upadł, i prawą kończyną wcale władać nie może. Okazało się, że prawa kość biodrowa w $\frac{2}{3}$ częściach dolnych była poprzecznie złamaną. Zachloroformowaliśmy chorego i założyliśmy opatrunek gipsowy, w którym pozostawał dni 37.. Przez ten przeciąg czasu zdołała się wytworzyć kostnina, wypisaliśmy też chorego ze szpitala. Widzieliśmy go odtąd kilka razy, kończyna prawa o $1\frac{1}{2}$ " krótsza od lewej; staw kolanowy prawy w stanie zupełnego zeszywnienia kostnego.

Na zakończenie kazuistyki chirurgicznej podajemy spis wykonanych operacyj w szpitalu w ciągu roku ubiegłego.

N.	Rodzaj operacyj	Ilość	Śmierć	Wyzdrowienie
1	Wyłuszczenie gałki ocznej	1	—	1
2	Wycięcie sztucznej źrenicy	1	—	1
3	Częściowe wypiłow. brzegu zębodołowego szczęki górnej	1	—	1
4	Wypiłowanie lewej połowy żuchwy wraz z wyłuszczeniem w stawie żuchwoskroniowym	1	—	1
5	Wyłuszczenie przerodzonych gruczołów szyjowych	1	—	1
6	Wycięcie migdałków	2	—	2
6	Ukłucie brzucha (2 razy przy raku wątroby, raz przy białaczce śledzionowej).	3	3	—
8	Ukłucie pęcherza moczowego	1	1	—
9	Operacya hydrocele	1	—	1
10	Odgniecenie guzów krwawicowych odbytnicy	1	—	1
11	Wyciąganie gwałtowne stawu kolanowego	1	—	1
12	Wyłuszczenie paznokcia palucha	2	—	2
13	Wypiłowanie kości łokciowej	1	—	1
14	Wyłuszczenie wskaziciela z częściowem odpiłowaniem kości dłoniowej	1	—	1
15	Wyłuszczenie pierwszego członka palcowego wskaziciela	1	—	1
		19	4	15

(Dalszy ciąg nastąpi).

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Wścieklizna, wodowstręt (*rabies, hydrophobia, lyssa*).

Przez prof. Redera.

Podał Dr Pogorzelski,
lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Dalszy ciąg).

Niekiedy przedstawia się choremu straszny obraz, mianowicie zdaje mu się, że spotrząga wściekle zwierzę. Ztęm wszystkim złudzenie szybko przechodzi; czasami tylko mózg do tego stopnia jest zajęty, że chory złudzenie uważa za rzeczywistość, i otaczających osob nie poznaje.

Stan ten trwa 1 — 2 dni, rzadko dłużej. Potem następuje zwolnienie, albo raczej zamiana objawów, która zwykle skutecznia się tak szybko, że powszechnie używany podział przebiegu choroby na 2 okresy: na okres podrażnienia lub wścieklizny i następujący po nim okres porażenia, zdaje się być usprawiedliwionym. Napady stają się częstsze, ale coraz słabsze, kurcze rzadziej występują; siły przytęm słabną, a tętno i oddechanie znacznie przyspieszone. Nakoniec udaje się także choremu cośkolwiek przyjąć płynu, leży on teraz spokojnie, osłabiony, ciężko oddecha, twarz ma zapadłą potem okrytą, wargi sinie, oczy nastrzyknięte, czasami następują wymioty przyczem oddaje nieco brunatnego płynu. Ciągłe jednak przytomność się zachowuje i zupełna świadomość zbliżającej się śmierci. Chorzy są zwykle bardzo rzewnie usposobieni, żegnają się z otaczającymi, i najczęściej spokojnie umierają 1 lub 2 dnia po pierwszym napadzie.

Nakreślony powyżej przebieg wścieklizny często znacznym ulega zmianom, tak że z trudnością nam przychodzi ściśle oznaczyć typ wskazać. Każdego pojedynczego objawu, a nawet charakterystycznego wodowstrętu i występowania napadów może brakować.

To dało powód do przyjmowania rozmaitych rodzajów cierpienia, i rozróżniania jak u psa szalonej i spokojnej wścieklizny; przejścia jednak tego rodzaju odbywają się stopniowo, i podobnego rozróżnienia ściśle przeprowadzić nie można. Ocenienie pojedynczych objawów i zbieżności w występowaniu tychże. Zmiany w bliźnie przy wybuchu choroby lub w okresie zwiastunów często występują, jednak trudno jest oznaczyć, jakieśmy to już wyżej wspomnieli, jaki ma udział leczenie w powstawaniu tychże, czasami w znacznej liczbie wypadków zmian tych nie spotykamy, i blizna podczas całego przebiegu zachowuje zwykle wejrzenie (Schuh, Bergeron, Zwinger, Bonnet, Fothergill i inni. Zmiany jakim ulega, jako też wystąpienie pęcherzyków na bliźnie, lub powstanie wału dokoła tejże było już wspomniane powyżej. Należałoby tylko jeszcze zwrócić uwagę na powstawanie bujającej ziarniny, wyrwanie której miało nawet w jednym wypadku Handera, jak przytacza Virchow, już rozwinięte objawy wścieklizny usunąć.

Nierównie stalszém jest występowanie bólów, lub innych zbieżeń czuciowych, które zwykle z miejsca ukąszenia wychodzą i przebiegają dośrodkowo ku klatce piersiowej i głowie. W rzadkich wypadkach bóle te nie wychodzą z rany, a tylko od nerwu, który koło miejsca zranionego przebiega, lub mają siedlisko więcej ośrodkowe i rozpromieniają się ku zranionemu miejscu (Faber). Według Schuha występują one niekiedy po przeciwnej stronie, jednak w niewielkim stopniu. Jeżeli było zranienie obustronne, lub gdy jest kilka ran z ukąszenia, to często się zdarza, że tylko jedna z nich jest punktem wyjścia bólów. W innych wypadkach występują drgania mimowolne, albo lekka sztywność zranionych kończyn, lub części sąsiednich (Virchow).

Jednym z najwcześniejszych i najstalszych objawów wścieklizny jest uczucie strachu, któremu towarzyszy ściskanie w piersiach, jak to w ogóle przy strachu ma miejsce. Bardzo często spotykamy się z przypuszczeniem, że uczucie strachu nie zależy od zmiany somatycznej, a tylko od przedstawienia sobie wybuchu choroby

by, który jako następstwo ukąszenia powszechnie jest znany. Że tak nie jest, przemawiają za tem następane spostrzeżenia:

1) Brak uczucia przestachu w okresie utajenia, który jednak co do czasu bliższym jest zranienia.

2) Występuje on także u osób, które wcale o zranieniu nie pamiętają, lub nie sądzą, aby cierpienie z temże mogło być w związku, lub wreszcie u których zastanawianie się nad możliwymi skutkami zranienia nie ma miejsca, albo jest niemożliwe np. u dzieci i idiotów. W roku zeszłym zmarła w klinice O p p o l z e r'a młoda dziewczyna wskutek wścieklizny, która dopiero po wielokrotnych zapytywaniach przypomniała sobie, że od znajomego psa lekko została ukąszona, a u której głęboki przestach i niespokojność przedstawiała najwybitniejszy objaw choroby.

Uczucie strachu u dotkniętych wścieklizną w niektórych wypadkach jest całkiem nieoznaczone, w innych razach ściągają się do pewnych przedmiotów. Zdają się być zagrożeni niebezpieczeństwem i lekają się przy każdym mocniejszym poruszeniu. Przestach jest tak dalece męczącym objawem przy wściekliznie, że chorzy często życzą sobie śmierci, a niekiedy posuwają się nawet do samobójstwa.

Naturalnym skutkiem owego przestachu jest ciągła n i e s p o k o j n o ś c. Okazuje się ona w szybkim mówieniu i ruchach, nie pozwala chorym nawet przez czas krótki pozostawać na jednym miejscu, i zmusza ich bezustannie do zmiany położenia. Ztądto dotknięci wścieklizną prawie nigdy nie mogą pozostawać w łóżku. Chętniej siedzą, albo też bezustannie zmieniają miejsce. Inni znowu starają się ukryć w rozmaitych kątach i odpowiadają niechętnie na pytanie.

Bezwątpienia różnica co do zachowania się chorych bardzo wiele zależy od własności charakteru, która przez chorobę bywa spotęgowana, i wyraźniej występuje. Prócz tego dołączają się tu także warunki zewnętrzne i otoczenie chorego. Łagodnym obchodzeniem się i stosowną namową przynajmniej w początkach choroby większa część chorych daje się uspokoić, mianowicie gdy i w zdrowym stanie były to osoby rozumne i powolne, gdy tymczasem przez szorstkie obchodzenie się i przymus w największe rozdrażnienie popadają.

Obok uczucia strachu i ściskania występuje także czasami uczucie gniewu w wysokim stopniu, które towarzyszy napadom wścieklizny, a nawet może dochodzić do szaleństwa. Uczucie to odbija się na twarzy i w zachowaniu się chorego. Spojrzenie bywa niepewne, błędne, badawcze, jakby co chwila oczekujące zbliżającego się niebezpieczeństwa, mięśnie twarzy drgające, mowa krótka, pośpieszna, ciągła niespokojność i ruchliwość, niedowierzanie pewnym osobom, czulość dla drugich, wszystkie te objawy są następstwem dręczącej bojazni, która w pewnych chwilach aż do rozpaczki dochodzi, a potem jak u szeszanych zwierząt zamienia się w bezwładny ślepo-gwałtowny gniew.

Nigdy się nie przytrafia właściwa b e z p r z y t o m n o ś ć; jeżeli też czasami straszliwe przywidzenia dręczą chorych, to są one tylko chwilowe, i ustępują rzeczywistym wrażeniom zmysłów. Zawsze chory okazuje pewną skłonność do uspokojenia, i nawet w czasie najgwałtowniejszych napadów szaleństwa oszczędza otaczające osoby, przynajmniej dopóki łagodnie się z nim obchodzą.

Dwa objawy, które często jako charakterystyczne dla wścieklizny były przytaczane, w wspomnianych powyżej zaburzeniach psychicznych znajdują dostateczne wyjaśnienie jako to: s k ł o n n o ś ć d o k ą s a n i a i w y c i e l u b s z e z e k a n i e podobne psiemu. O pierwszej rzadko wspominają i w ogóle występuje tylko w tych wypadkach, gdzie chorzy byli ostro traktowani lub wiązani, tak że swej chęci szalenia w żaden inny sposób nie mogli zaspokoić. Zmieniony dźwięk głosu, chrypka prawie do bezgłosu jest częstym zjawiskiem i łatwym do wytłómaczenia przy ogólnych zaburzeniach w innerwacyi, jak to ma miejsce przy wściekliznie. Jeżeli więc chorzy w rozpaczki i zatchnieniu wydają nieregularne głosy, to one mogą przedstawiać najrozmaitszą formę dźwięków, i nie jest nic nienaturalnego, że podniesiona fantazyja lekarzy chciała upatrywać w tem pewien rodzaj zezwierzęcenia. V i r c h o w słuszną robi uwagę, że właściwe wycie psa również można objaśnić zaburzeniami psychicznymi i innerwacyi.

Drugą istotną i charakterystyczną własnością wścieklizny jest t r u d n o ś ć l u b z u p e ł n a n i e m o ż e b n o ś ć p o ł y k a n i a p ł y n ó w. Ile razy chory

usiłuje przełknąć lub dotknie tylko wargami lub językiem płynnych substancji, następuje bolesny kurcz i robi połknięcie niemożliwym.

Trudno tu jest wyrzec, jaką rolę odgrywają przytém mięśnie polykania. Wiodocznem jest tylko szybkie i mocne kurczenie się wszystkich mięśni wdechowych od m. poprzecznego nosa (*m. transversus nasi*) aż do przepony. Otwory nosowe się rozszerzają, połączenia warg naprężają, dźwigacze klatki piersiowej (*mm. scaleni*), m. mostko-obojęczyko-sutkowy (*m. sterno-cleido-mastoideus*) kurczą się, ściany brzucha i klatki piersiowej unoszą, wszystkie mięśnie przez kilka sekund pozostają w skurczeniu, i w tym czasie oddechanie wstrzymuje się, lub szybko po sobie następują liczne skurcze jak przy lkanii i płaczu. Z początku okazują się te objawy przy istotnem usiłowaniu polykania, mianowicie płynów, gdy tymczasem stałe substancje jeszcze przez długi czas polykać mogą. *Nesemann* wspomina o chłopcu dotkniętym wścieklizną, który wzbraniał się pić, jadł jednak bułkę zmazaną w mleku. Później występują kurcze przy prostem tylko wyobrażeniu polykania, lub na widok wody, a nawet z powodu tylko szmeru płynącej wody, lub na widok błyszczących przedmiotów. Objaw ten jest tak wybitny i stały, że dał powód do nazwania choroby. Obecnie nie potrzebuje to prawie dowodu, że wstręt do płynów jest tylko wynikiem przeświadczenia o przykrych owych kurczach, które przy polykaniu występują, nie zaś istotną odrazą do płynów skutkiem zmienionego smaku, jak pospolicie dawniej przyjmowano. Przeciwnie bowiem, chorych dręczy nieznośne pragnienie, nieustannie żądają napojów, często dają się nawet namówić, aby spróbowali przełknąć, chociaż o przykrych tego skutkach już się przekonali. *Van Swieten* wspomina o pewnym chłopcu wścieklizną dotkniętym, który zażądał szklankę świeżego piwa i pomimo ciągłych, bezskutecznych usiłowań połknięcia, przez długi czas nie chciał szklanki z rąk puścić. Objaw ten nie jest zupełnie stałym, u niektórych chorych brakuje go zupełnie podczas całego przebiegu. Inni doznają gwałtownych kurczów przy polykaniu i oddechaniu, mogą jednak pod wpływem siły moralnej parę razy płyn przełknąć (*Vaughan, Spanner*). *Schröder* nawet wspomina o chorym, który w celu przekonania, że nie jest chorym, wypił przeszło 30 kubków wody przy bezustannem kszuszeniu się i kurczach.

Chorzy w takim wypadku usiłują przechylić głowę ku tyłowi, drżącą ręką zbliżają naczynie do ust i lękają, a w pośród tego głowę znowu raptem zginają ku przodowi (*Schuh*). U innych ruchy przy polykaniu przyjmują postać, jakby znacznej objętości ciała chcieli połknąć. Niektórzy chorzy zupełnie płynów polykać nie mogą, jednak zetknięcie innej powierzchni ciała z wodą doskonale znoszą, mogą sobie myć ręce, lub wziąć kąpiel, inni znowu mogą przyjmować letnie tylko płyny, a zimnych zupełnie nie znoszą.

Stosownie do tego co powyżej było powiedziane, wstręt do płynów nie jest właściwie stałym objawem wścieklizny u człowieka, ale tylko straszne wzruszenia ruchowe przy polykaniu, i te ostatnie są częściowym objawem podniesionej drażliwości nerwów zmysłów w ogóle i nadzwyczajnie pobudzonej czynności odruchowej. Wszystkie nerwy zmysłów mniej więcej są zajęte, gdyż nie tylko rzeczywiste wrażenia zmysłów przejmują z niezwykłą subtelnością, ale nawet chwilami fałszywe wrażenia oddają i złudzenia powodują.

Najwyraźniej dotyczy to czuciowych nerwów skóry, których najłżejsze pobudzenie często wystarcza do spowodowania gwałtownych napadów. Często jednak wszystkie inne nerwy zmysłów współcześnie są dotknięte: niektórzy chorzy nie znoszą zapachu wody, lub niektórym substancjom przypisują pewien zapach, które dla zdrowych zmysłów zachowują się obojętnie. Inne znowu osoby z powodu swego wyziewu skór nego są im wstrętne. Światło, kolor jasny, przedmiot błyszczący, a przede wszystkim wrażenia słuchu, głośna rozmowa, szmer raptowny i t. p. wystarczają do wywołania gwałtownych napadów kurczu. Również mocne uderzenia mogą je także spowodować (*Gonatt, Bright*). Ztądto po większej części pochodzi ostrożne, krótkie oddechanie u tego rodzaju chorych.

Z powodu tej niezwyklej drażliwości nerwów zmysłowych, zależne jest mianowicie u mężczyzn i chłopców wyraźne, mocne pobudzenie popędu płciowego. Wielu zwraca uwagę na tę okoliczność, że na krótki czas przed wybuchem choroby częściej i gwałtowniej objawia się spółkowanie, niż zwykle. Wielu też chorych podczas całego przebiegu choroby ogólnej doznaje silnych erekcyj,

a u niektórych nawet zdarza się wyciek nasienia. U kobiet objaw ten mniej bywa wydatny i niektórzy tylko autorowie jak Portal i Martin o nim wspominają. Z tem zostaje w związku trudne wydzielanie moczu na wysokości choroby spotykane. Często przy wielkich bólach odpływa nieznaczna tylko ilość moczu przy naprężeniu członka. Sądono że to pochodzi od użycia much hiszpańskich, jednak objaw ten występuje i u takich chorych, którym wcale wspomnianego środka nie stosowano. Czasami znowu bywa mocz z krwią zmieszany, albo podczas całego przebiegu mocz się nie wydziela. (Dalszy ciąg nastąpi).

Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego

za rok 1873

zebrał Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu.

(Ciąg dalszy).

Na tak znaczną śmiertelność składały się następujące okoliczności: 1) brak odpowiedniej w właściwym czasie pomocy lekarskiej, albowiem w czasie trwania epidemii, w całym powiecie było tylko dwóch lekarzy; 2) znaczna odległość wielu dotkniętych cholera miejscowości od miejsca zamieszkania lekarzy t. j. od m. Grójca, skutkiem czego, pomimo pierwszej pomocy udzielonej na miejscu przez miejscowe władze lub felczera, lekarz po przybyciu niejednokrotnie zastawał chorego konającym lub już zmarłym; 3) niedyetetyczne zachowanie się włościan i lekceważenie biegunki zapowiedniej, jak również zabobony i niechęć do leczenia się środkami aptecznymi z porady lekarskiej. Większość włościan, uważając cholera jako karę zesłaną od Boga za grzechy, opuszcza ręce ze wschodnią prawdziwie obojętnością, zasłaniając się tem, że niektórzy chorzy wyzdrowieli bez pomocy lekarskiej i że „jak Bóg zechce” to i bez leczenia choroba przejdzie, w przeciwnym zaś razie, żadna pomoc lekarska nie jest w stanie uratować tego, komu wyższe wyroki śmierć przeznaczyły. Ta wiara naszych włościan w fatalizm, pochłania corocznie wiele ofiar nie tylko z epidemicznych, lecz w ogóle z wszelkich chorób; 4) że dotychczasowe, dorywcze leczenie na prowincyi nie może wydać dobrych rezultatów, gdyż lekarz częstokroć raz tylko widzi chorego, zapisuje lekarstwo, zostawia ustne polecenia dalszego postępowania i śpieszy dalej do innych chorych a osobnik dotknięty cholera do czasu widocznej poprawy powinien być pod okiem lekarza lub doświadczonego felczera, któren by śledził za postępem choroby i ściśle wypełniał wszystkie wskazówki lekarza; dla tego też dla ludzi ubogich a także dla włościan, choć względnie dostatnich, lecz stojących na niskim stopniu oświaty, leczenie li tylko w szpitalach cholerycznych może wydać dobre rezultata, dla tego też pożądanem by było, aby w następnych epidemiach, we wszystkich miejscowościach dotkniętych cholera, zakładano czasowe szpitale choleryczne a przynajmniej obszerne oddzielne izby i w nich pomieszczano włościan natychmiast po wystąpieniu pierwszych objawów cholery. Ponieważ u nas w kraju nie ma dostatecznej liczby lekarzy, do obsadzenia niemi czasowo wszystkich takich miejscowości, można by więc było obsadzić je delegowanymi felczerami, kilkanaście lub kilka, stosownie do liczby ludności i odległości takich wsi stanowiło by rewir lekarski, któren delegowany lekarz powinien zwiedzać codziennie a w punkcie najwięcej zagrożonym pozostawać nawet na pewien czas i ztamtąd robić wycieczki do innych miejsc; w ten sposób i rezultata leczenia mogłyby być względnie pomyślniejsze; z drugiej zaś strony, natychmiastowe usunięcie z mieszkania osoby dotkniętej cholera, przy zachowaniu odpowiednich środków profilaktycznych, mogłoby zabezpieczyć pozostałych członków rodziny; 5) w czasie największego natężenia epidemii, liczne były wypadki tak zwanej cholery asfiktycznej, w której zaraz na początku występował paraliż żołądka i kiszki (tak zwana cholera sucha—*cholera sicca*) i chory w kilka godzin kończył życie; 6) blisko czwarta część zmarłych na cholera, przypada na dzieci do lat pięciu wieku.

Nazwisko miejscowości z których rozpoczęła się cholera	Data pojawienia się cholery	W wielu miejscowościach panowała cholera	Kto pierwszy zachorował, czy miejscowy mieszkaniec, czy przybyły?	Nazwisko miejscowości w której był ostatni wypadek cholery	Data pojawienia się cholery	Liczba mieszkańców	Liczba chorych	Procent chorych w stosunku do liczby mieszkańców	Zmiana												Ogólna liczba chorych	Procent śmiertel.	
									Do lat 5-ciu wieku		Od lat 5-ciu do 10-ciu		Od lat 10-ciu do 15-tu		Od lat 15-tu do 25-ciu		Od lat 25-ciu do 40-tu		Od lat 40-tu do 60-ciu				Od lat 60-ciu do 90-ciu
W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby ludności		W stosunku do liczby chorych		W stosunku do liczby mieszkańców		W stosunku do liczby chorych	
...

Gm. Kobylin w. Kacin . . .	21 czerw.	14	mięscowy w. Kosmin .	6 wrzesn.	8797	186	4,9	2	0,6	13,9	18	0,4	9,6	4	0,1	12,1	6	0,15	3,2	38	1	20,1	28	0,7	14,5	6	0,15	3,2	136	3,67
M. Grojec w domu Nr 45 . . .	28 czerw. w 53d.	12	w. dom. N 102	24 sierpn.	4000	133	3,3	1	0,3	9,7	8	0,2	6	—	—	—	3	0,07	2,5	18	0,4	13,5	14	0,3	10,5	3	0,07	2,2	69	1,44
Gm. Komor. os. Tarczyn . . .	19 lipca	7	w. Kotoradz	18 wrzes.	5990	157	2,7	2	0,5	19,1	16	0,2	10,1	5	0,08	3,1	9	0,15	5,7	24	0,4	15,2	23	0,38	14,6	10	0,16	6,3	117	1,9
" Bledow os. Bledow . . .	30 lipca	3	w. Mala-wies	20 wrzes.	3649	103	2,8	1	0,4	14,6	9	0,24	8,7	4	0,1	3,8	4	0,1	3,8	12	0,3	11,6	16	0,4	15,5	7	0,19	6,8	67	1,8
" Lipie w. Machnaka . . .	2 sierpn.	5	w. Bledow os. Bledow	30 wrzes.	5522	69	1,3	1	0,1	11,5	4	0,07	5,6	3	0,05	4,3	4	0,07	5,6	7	0,1	10,1	9	0,16	13	3	0,05	4,3	38	0,6
" Mogielin os. Mogielina . . .	5 sierpn.	5	w. Machnaka os. Mogielin.	19 wrzes.	3020	113	3,7	2	0,6	17,5	3	0,09	2,6	3	0,09	2,6	4	0,1	3,5	25	0,8	22,1	17	0,5	15	4	0,1	3,5	76	3,5
" Jasieniec w. Wolka-Tur. . .	14 sierpn.	3	w. Mogielin os. Mogielin.	22 wrzes.	2754	15	0,5	1	0,7	13,3	1	0,03	6,6	—	—	—	1	0,03	6,6	1	0,03	6,6	2	0,07	13,5	—	—	7	0,2	
" Pronna w. Palenice . . .	19 sierpn.	2	w. Lychow w. Zimosz.-M.	15 wrzes.	3380	37	1	0,8	8,1	1	0,02	2,7	—	—	—	1	0,02	2,7	2	0,05	5,4	4	0,1	9,7	1	0,04	2,4	27	1,1	
" Bykaly w. Dlugowola . . .	27 sierpn.	3	w. Dlugowola	13 wrzes.	2230	41	1,6	1	0,2	12,1	4	0,1	9,7	1	0,04	2,4	3	0,1	7,3	9	0,3	21,9	6	0,15	27,2	1	0,02	4,5	20	0,5
" Borowe w. Borowe . . .	4 wrzesn.	4	w. Pawow	19 wrzes.	6124	22	0,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,05	13,6	7	0,1	31,8	1	0,01	4,3	11	0,2
" Konie w. Zalesze-Duze . . .	14 wrzes.	2	w. Zalesze-1)	29 wrzes.	3594	42	2,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Z powyższej tabeli widzimy, że największy procent śmiertelności przypada na dzieci do pięciu lat (13,9%), co przypisać należy tej okoliczności, że w tym okresie jest największe sposobienie do biegunek w ogóle; co się zaś tyczy jaszczki większego procentu śmiertelności w wieku od 25-go do 40 roku (16,5%) to zdaje mi się, że pod tym względem należy mieć na uwadze że w tym okresie życia, człowiek jest w pełnym rozwoju sił fizycznych i umysłowych, mężczyźni stosownie do swego położenia towarzyskiego, należą do wszystkich siły dla zabezpieczenia bytu swojego i swojej rodziny a tem samem więcej podlega wpływom zewnętrznym, częstokroć skłoniwici do najgorszego na jego organizm, kobieta zaś mając słabsze siły fizyczne, łatwiej się wyczerpuje tak pod względem ciała jak i skutkiem poroków i przez to organizm jej staje się mniej odpornym na przyjęcie zarazy. Z drugiej strony, w tym okresie życia, wszystkie namiętności silnieją się burzą, co także ma wpływ na wywołanie się większej wrażliwości organizmu a tem samem i usposobieniu do przyjęcia pierwotnego zakaznego; wiadomo bowiem że przyzwoity moralnie człowiek nie podkopywa się gwałtem i przyzwyczajają się do mniejszej odporności tegoż na wpływy zewnętrzne. Za najmniejszą procent śmiertelności przypada na okres pomiędzy 10 i 15 rokiem życia, to zdaje się zależeć od tego, że w tym okresie sposobienie do zaraziwych i w ogóle do wszelkich chorób znacznie jest mniejsze i procent śmiertelności w ogóle chorób wypadła mniejszy, niż w innych okresach życia, o czym doświadczyliśmy.

W Powiecie w. Kacin . . .	21 czerw.	57	miejscowy w. Zbros.-M.	10 paźdz.	47182	940	1,9	13	0,2	13,9	66	0,1	7,2	1	0,04	2,2	42	0,08	4,4	156	0,3	16,5	139	0,2	14,7	38	0,08	4,5	31	0,8
Zmiana																26	9	34,6%	173											

Chorzy ci, odpowiednio do wieku dadzą się podzielić w następujący sposób:

Wiek.	Liczba chor.	Liczba zmarł.	Procent śmierteln.	Liczba dni przebyt.
od 5 do 10 lat	1	1	100%	2
„ 15 — 25 „	4	1	25%	38
„ 25 — 40 „	18	5	2,77%	132
„ 40 — 60 „	3	2	66,6%	11

W czasie panowania karbunkulu pomiędzy bydłem rogatym we wsi Bystrzanowie (gm. Komorniki), soltys tejże wsi Marcin Bis, skutkiem nieostrożnego obchodzenia się z chorem bydłem, zachorował na czarną krostę (*pustula maligna*) na szyi, 29 Lipca i umieszczony na kuracyi w szpitalu Sgo Piotra w Grójcu, zmarł tamże w dniu 1 Sierpnia.

Operacyi akuszeryjnych wykonano w ciągu roku 26, a mianowicie: użyto kleszczy do wydobycia główki dziecięcia u 7 rodzących (u 5 dla niestosunku główki płodu do prawidłowej miednicy, u 1 dla przyspieszenia porodu przy eclampsii i u 1 przy rachitycznie zwężonej miednicy); obrót na nóżki wraz z wydobyciem dziecięcia u 8 rodzących (we wszystkich wypadkach, położenia poprzeczne zaniedbane, z wklinowaniem barku i wypadnięciem rączki); *extractio* przy ustawieniu płodu dolnym końcem ciała, wykonano u 3 rodzących: przyrośnięte łożysko wydobyto u 8. W powyższej liczbie wypadków, wydobyto dzieci nieżywych 5, zmarło wkrótce po wydobyciu dzieci 2, zmarła wskutek krwotoku 1 rodzająca.

W całym powiecie znajdowało się koni 4930, muł 1, osłów 6, bydła rogatego sztuk 21047, owiec 47665, kóz 118 i świń 9353. (Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— O wpływie wiewióra na płożowe stany kobiety (Dr Hennig, Sitzungsbericht der Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig 1873). Pierwszą pobudką dla mówcy do dokładniejszego zbadania tego wpływu były prace Nöggeratha i Macdonalda, umieszczone w Edinb. Journ. Juni 1873. Chociażby się prawdziwą okazała tylko czwarta część wypadków opowiedzianych przez N., to, dodawszy do tego należycie ugruntowane spostrzeżenia Macdonalda i trzy przez H. ogłoszone wypadki, to skutki wiewióra macicy i jajowodu są dosyć poważne, ażeby wystąpić przeciwko lekkomyślności, z jaką się traktuje wiewiór mężów w stosunku ich do żon swoich. Pod wpływem przewlekłego wiewióra lub nieuleczonego zupełnie pojawiają się zapalenia naokoło macicy, często powtarzające się zapalenie jajników i przewlekły niezbyt w częściach rodnym. Do tego przystępują jeszcze *dysmenorrhoea*, *menorrhagia*, *peritonitis*, *pyämia*, *septicaemia*, mianowicie w okresie płożowym, wreszcie nieplodność. Nadto przyczynia się wiewiór nieraz do częstych poronień u młodych, poprzednio zupełnie zdrowych kobiet, a po krwawych zacięciach ust macicznych jad wiewiórowy ściekając po ranach powoduje nieraz nieszczęśliwe zejście. Większa część obecnych wystąpiła przeciwko wywodom Henniga i częściowo także przeciw jego spostrzeżeniom. Credé zwraca uwagę na owe tak częste znachodzenie ziarnistej pochwy u ciężarnych, mniema jednakże co twierdzenie Henniga zbija głównie ta okoliczność, że ta sama choroba zachodzi nie rzadko u notorycznie nietkniętych jeszcze dziewic. (Allgem. med. Zentral-Zeitung. 1874. Nr 61).

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.