

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiwicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora: Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

**Treść:** I. BR. SAWICKI. O ranach przepony. — II. WŁ. MATLAKOWSKI. Przyczynę do ciąży zamacicznej [Dalszy ciąg]. — III. AL. FABIAN. Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego [Dalszy ciąg]. — *Dział sprawozdawczy.* 51. OESTREICHER. Hydracetyna przy łuszczycy. — *Wiadomości terapeutyczne.* — *Wiadomości bieżące.* — Dodatek. — Ogłoszenia.

## OGŁOSZENIA.

### TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale  $\frac{1}{100}$  grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu  $\frac{1}{100}$  g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po  $\frac{1}{100}$  gr. zwiększając dawkę w potęgę od 2-ch do 3-ch tabletek 3 do 4-ch razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszności bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko bólesci duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak nie mniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemigrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.”

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

**M. MUTNIAŃSKI.**

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat N. 18

# KEFIR

## z Zakładu E. Gessnera

dawniej D-ra Wyszyńskiego

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

w Warszawie,

przy aptece,

*nagrodzony listem pochwalnym na wystawie higienicznej w roku 1887,  
dostać można w następujących aptekach:*

Biehler ul. Nalewki  
Biertümpfel róg Marsz. i Ś-to Krzyżkiej  
Borowski ul. Przejazd  
Dziechciński ul. Krakowskie-Przedm.  
Grabowski ul. Bielańska  
Habielski ul. Stare Miasto  
Heinrich Plac Teatralny  
Klawe plac Ś-go Aleksandra  
Kucharzewski ul. Miodowa  
Lilpop ul. Nowy-Świat

Rutkowski ul. Długa  
Olsztyński ul. Marszałkowska  
Soltykiewicz ul. Graniczna  
Trenkler ul. Solec  
Turski ul. Karmelińska  
Wenda i Wiorogórski ul. Krakowsk.-Przedm.  
Winnicki ul. Złota  
Wróblewski ul. Krakowsk.-Przedm.  
Ziemiński ul. Marszałkowska róg Królewskiej.

Oprócz naturalnego kefiru zakład przyrządza jeszcze:

Kefir z żelazem, butelka zawiera 2 do 5 gran mleczanu tlenku żelaza (*ferrum lacticum*) lub pyrofosforanu żelaza z cytrynianem amonu (*ferrum pyrophosphoricum c. amonio citrico*).

Kefir z pepsyną, butelka zawiera 5 do 10 gran pepsyny (*Pepsinum plant-solubile*).

Ilość dodanego żelaza lub pepsyny zależną jest od uznania pp. Doktorów.

Dla osób zamieszkujących lub też chcących przyrządzać Kefir w domu zakład stale posiada:

Grzybki Kefirowe suche sprowadzane z Kaukazu.

Grzybki Kefirowe mokre przygotowane do natychmiastowej fermentacji.

**Praktyczne wskazówki, wydanie własne, przyrządzania kefiru.**

# GAZETA LEKARSKA.

## I. O RANACH PRZEPONY.

Podał

**Bronisław Sawicki,**

Asystent kliniki chirurgicznej szpitalnej.

Przepona należy do rzędu tych nielicznych narządów, w cierpieniach których chirurgija dotąd prawie nic jeszcze nie zrobiła. Za powód tego należy uważać z jednej strony trudność rozpoznawania tych cierpień, z drugiej zaś głębokie położenie przepony, utrudniające wykonanie operacyj na niej. Dopiero w ostatnich czasach, dzięki rozwinięciu się anatomii patologicznej, semijotyki i techniki chirurgicznej, zaczęto wkraczać zwyczajko w tę dziedzinę cierpień. Nauczono się już nietylko rozpoznawać, lecz i operować ropy podprzenowe. Mniej natomiast zrobiono dotąd w sprawie przepukliny przeponowej oraz związanych z nią ściśle ran przepony. Wprawdzie i tu prace LEICHTENSTERN'a (13) <sup>1)</sup>, LACHER'a (24), THOM'a (37), DIETZ'a (25) i PRZEWÓSKIEGO (43) zrobiły bardzo wiele, gdyż nauczyły nas w wielu przynajmniej przypadkach rozpoznawać cierpienie, nie mniej przeto próby leczenia stale bywały niepomysłne. Z tego względu sędzę, iż nie będzie pozbawionym interesu następujący, spostrzegany przezemnie przypadek, jako mogący rzucić nieco światła na omawianą kwestyję.

Antoni P., lat 20 liczący, robotnik z fabryki drucianej, został czterokrotnie pchnięty nożem na ulicy o 9-ej wieczorem w dniu 13 Października 1888 roku. Natychmiast poczuł on silny ból w lewym boku; pomimo to doszedł jeszcze do mieszkającego w pobliżu felczera, z kąd odwieziono go do szpitala Dzieciątka Jezus i umieszczono na klinice prof. EFREMOWSKIEGO. Tu rany chorego lekarz deżurujący zaszył i opatrzył. Krwotok był niewielki. Przez całą noc chory czuł silny ból w lewym boku obok niemożności głębokiego oddechania. Na drugi dzień rano bez mojej wiedzy chory sam przyszedł do sali operacyjnej, lecz tu omal nie zemdlał. Po ułożeniu go na stole i zdjęciu opatrunku znalazłem: chory dobrze zbudowany, lecz bardzo błydy, z wyrazem twarzy cierpiącym. Tętno 100, pełne i dość silne; oddechów 30, powierzchownych. Głębsze oddechanie niemożliwe z powodu występującego natychmiast kłójącego bólu w lewym boku. Chory ma cztery rany kłóto-cięte, z których jedna znajduje się w nadpepczu, druga na lewej połowie klatki piersiowej, dwie zaś pozostałe — na lewym ramieniu. Rana okolicy nadpepkowej leży na środku pomiędzy wyrostkiem miedzykowatym i pępkiem, o 1 ctm. na prawo od smugi białej. Długość jej 7 ctm.,

<sup>1)</sup> Liczby stosują się do spisu autorów, podanego na końcu pracy.

kierunek — z góry od strony prawej ku dołowi na lewo. Rana, zaszyta dwoma ściegami, pokryta skrzepami krwi, brzegi ma równe.

Druga rana rozpoczyna się w siódmym lewym międzyżebżu o 1 ctm. na lewo od linii sutkowej lewej, żkąd na przestrzeni 6 ctm. przebiega ku dołowi i nazewnątrż. Po nad powierzchnią rany wystaje kawałek tkanki tłuszczowej, w której odrazu można rozpoznać sieć. Rana zaszyta jednym ściegiem, przebijającym sieć i utrzymującym ją w opisanem położeniu. Brzegi rany również nieco obrzękłe, pokryte skrzepami krwi.

Trzecia rana leży na wewnętrznej powierzchni lewego ramienia, na granicy  $\frac{1}{3}$  górnej i  $\frac{2}{3}$  dolnych. Długość jej 2 ctm., kierunek — zdołu i z przodu w górę ku tyłowi w głąb mięśnia trójgłowego. Czwarta rana tuż ponad lewym wyrostkiem łokciowym,  $1\frac{1}{2}$  ctm. długa, przenika tylko przez skórę.

Brzuch chorego nieco wzdęty, niebolesny, stolców od dwóch dni nie było. Lewa połowa piersi daje odgłos wypukowy bębniasty, aż do dołu pachowego; szmer oddechowy pęcherzykowy, na lewej stronie nieco słabszy, niż na prawej. Po zdjęciu szwu okazało się, że rana, leżąca w nadpępczu, drażyła do jamy brzusznej. Oczyszcziwszy ją tymczasem ze skrzepów i założywszy gazą jodoformową, przystąpiłem do drugiej rany, znajdującej się na lewej stronie piersi. Tu *a priori* można było powiedzieć, że mamy do czynienia z raną, drażącą do jamy brzusznej, a, być może, i do opłucnej. Po usunięciu szwu przekonałem się palcem, że dolne żebra [jak się później okazało, ósme, dziewiąte i dziesiąte] zostały przecięte, sieć przez otwór rany wypadła i uwięzła pomiędzy odcinkami żeber. Wyciągnąwszy nieco więcej sieci nazewnątrż, wypadniętą część podwiązałem i odciąłem, resztę zaś starałem się wepchnąć do środka. Gdy to nie udało się, postanowiłem odpowiednim kawałki żeber wyciąć. W tym celu przedłużyłem ranę w kierunku poziomym nazewnątrż, potem zaś w ciągu operacji dla ułatwienia dodałem jeszcze cięcie poziome. Teraz można było widzieć, że nóż został wepchnięty w VII międzyżebże, przeciął chrząstkę VIII żebra w pobliżu jej połączenia z kością, następnie przeciął kość IX żebra, łamiąc ją jednocześnie na miejscu połączenia z chrząstką; wreszcie X żebro zostało odłamane na miejscu zlewania się jego chrząstki z innemi i odciągnięte mięśniami brzuszniemi na dół. W ten sposób X żebro nie przeszkadzało nam zupełnie, natomiast odcinki VIII i IX, pomiędzy którymi sieć wypadła, spowodowały uwięźnięcie jej. Przedewszystkiem oddzieliłem wewnętrzne odcinki IX i VIII żebra, odłuszczając okostną, ochrzęstną i przyczepy przepony. Usunąwszy około 7 ctm. z odcinka IX żebra i około 4 ctm. z VIII żebra, ściąłem jeszcze kawałki o połowę mniejsze z odcinków zewnętrznych. [Ogółem zatem wyciąłem, około 10 ctm. z IX żebra i około 6 z VIII]. Gdy próby odprowadzenia sieci i teraz nie udały się, wprowadziłem palec do jamy brzusznej. Tu, idąc w kierunku sieci, przekonałem się, że część jej przebiega ku górze i przez otwór w przeponie dostaje się do opłucnej. Teraz widoczne było, że nóż dostał się najprzód do jamy opłucnej, rozciął przeponę i wreszcie otworzył jamę otrzewnową. Jednym cięciem przeto otwarto nazewnątrż obiedwie jamy i połączono je ze sobą. W każdym razie prowadzący nazewnątrż otwór w opłucnej był bardzo mały, głównie zaś rozcięta była przepona i otrzewna. Sieć, wypadając, jednym odcinkiem dostała się do jamy opłucnej, drugim zaś nazewnątrż. Wydobywszy za pomocą pociągania odcinek, leżący w opłucnej, i odprowadziwszy wszystko do jamy brzusznej, usłyszeliśmy natychmiast charakterystyczny szmer wciąganego do opłucnej powietrza. Wprowadzony od strony jamy otrzewnowej palec wyczuwał otwór w przeponie, leżący przy żebdach, nieco nazewnątrż od linii sutkowej lewej i mogący przepuścić swobodnie dwa palce. Przez otwór ten można było wejść do opłucnej i obmacać dolny płąt lewego płuca. Tu nadmienić muszę, że z powodu wycięcia żeber i odłuszczenia przyczepów przepony od chrząstek, ich stosunki się nieco

zmieniły. Na skutek wytworzonej tym sposobem przewagi prawej połowy mięśnia przeponowego, odluszczonej część lewej połowy wraz z otworem rany przesunęła się mocno ku górze i ku środkowi. Wobec tego zeszcycie brzegów rany zdawało się narazie niemożliwym. Myślałem już, czyby nie należało wyciąć jeszcze jedno żebro dla powiększenia pola operacyjnego, lub też próbować dostać się od strony opłucnej. Przed tem jednakże spróbowaliśmy innego sposobu. Pomagający mi kolega BORSUK uchwycił szczypcami PÉAN'a brzegi rany otrzewnowej i mocno ściągnął je ku dołowi. Okazało się, że pozbawiona na pewnej przestrzeni swych przyczepów przepona ściąga się w ten sposób wcale nienajgorzej. Wydobywszy całą zranioną część przepony nazewnątrż, dla lepszego umocowania onej nałożyłem jeszcze trzecią pincetę w górnym, czyli wewnętrznym kącie rany. Teraz począłem nakładać szew węzełkowy z jedwabiu. Czterema ściegami zamknąłem dziurę, prowadzącą do opłucnej, drugie zaś cztery nałożyłem na otrzewną ścienną. Napięcie brzegów było dość znaczne, wskutek czego musiałem użyć jedwabiu nieco grubszego, niż zwykle używany do wiązania naczyń. W ten sposób zamknąłem dokładnie całą jamę otrzewnową. Niewielkiego prowadzącego nazewnątrż otworu w opłucnej nie zasztywałem. Teraz nałożyłem drugi szew na mięśnie i trzeci na skórę.

Pozostawała mi jeszcze do obejrzenia rana w nadpępczu. Ażeby się przekonać o stanie wątroby i jelit, przedłużyłem ranę ku dołowi i zbadałem przyległe części trzewów. Nie znalazłszy nic podejrzanego, zamknąłem ranę szwem dwupiętrowym. Rany ramienia opatrzyłem bez zeszywania. Podczas całej tej operacji, która trwała dwie godziny, pomagali mi Szanowni Koledzy: LESZCZYŃSKI, BORSUK i CHRASZCZEWSKI, oraz studenci GRUŻEWSKI, BLUMENTAL i PENKALA. Chorego po operacji ułożyłem nawznak z podniesioną nieco górną połową ciała, zaleciłem łód na brzuch i makowiec do środka. Wieczorem ciepłota 37,6° C., tętno 120, oddech 36. Ból w lewym boku nieco mniejszy.

Dalszy przebieg był następujący:

15 Października. Ciepłota rano 37,4° C., tętno 120, oddechów 32. Język suchy, obłożony; czkawki, ani wymiotów nie było. W lewej połowie klatki piersiowej objawy *pneumothoracis*. Makowiec, kwas solny, łód na brzuch. Wieczorem ciepłota 39° C., tętno 130, oddech 34. Język nieco wilgotniejszy.

16. X. Ciepłota rano 37,6, tętno 112, oddech 33. Kaszel, kłócie w lewym boku. Język wilgotny, brzuch umiarkowanie wzdęty. Ciepłota wieczorem 38,5° C., tętno 100.

17. X. Ciepłota rano 37,4° C., tętno 92, oddech 30. Ogólny stan lepszy, język wilgotny, kaszel i kłócie w boku mniejsze. Wieczorem ciepłota 37,6° C., tętno 90.

18. X. Ciepłota spadła do normy, tętno do 78, oddech do 28.

19. X. Zdjęto część ściegów i zrobiono HEGAR'owskie wlewanie. Wyszła znaczna ilość kału i gazów.

30. X. Stwierdzono, że objawy odmy piersiowej znikły. Na przedniej powierzchni lewej strony piersi pod VI żebrem rozpoczyna się stępienie; z tyłu wypukujemy je nieco poniżej kąta łopatki. Szmer oddechowy na miejscu stępienia stłumiony.

31. X. W nocy chory dostał mocnych boleści w lewym boku. Ból najsilniej występował w lewym podżebrzu w okolicy rany, ztąd zaś rozszerzał się ku górze do lewej łopatki. Napad był bardzo silny i trwał około 4 godzin. Jak się później wydało, chory, pozostający dotąd na ścisłej dyjecie, w wigilię napadu zjadł pół funta zimnej pieczeni, nieco chleba i gruszek. Wszystko to dostarczyła mu matka do szpitala kontrabandą. Nie wiedząc na razie o tem, lecz podejrzewając wykroczenie przeciwko dyjecie, naznaczyłem olej ręcznikowy.

1 i 2 Listopada upłynęły spokojnie.

3 Listopada w nocy chory dostał znowu mocnych bólów w lewym podżebrzu, rozszerzających się ztąd na cały lewy bok i lewą łopatkę. Bóle występują nasileniami, podczas których chory uleżeć nie może na miejscu; twarz jego wyraża boleść i przestrasz zarazem. Tętno 116, ciepłota prawidłowa, oddech 32 powierzchowny; duszności chory nie uczuwa. Wobec braku widocznej przyczyny, któraby spowodowała tak nagle pogorszenie, zacząłem przypuszczać, czy się czasem szwy nie rozeszły i nie wytworzyła przepuklina przeponowa. Prawdopodobieństwo przepukliny osłabiały tylko: brak duszności, brak objawów uwięzienia, wreszcie brak odpowiadających przepuklinie objawów fizykalnych na lewej stronie klatki piersiowej. Urządziłem choremu HEGAR'owskie wlewanie. Po napełnieniu poprzecznicy bóle znacznie się wzmogły, wskutek czego wstrzyknąłem  $\frac{1}{6}$  grana morfiny; chory się uspokoił.

Trzy dni następne upłynęły dość spokojnie. Tylko w parę godzin po każdym jedzeniu występowało uczucie wzdymania brzucha i niezbyt silny ból w lewym podżebrzu.

6 Listopada o 12 w nocy wystąpił nowy napad gwałtownego bólu, który z małymi przerwami trwał do 8-ej rano. Badanie wykazało tylko bolesność na ucisk w okolicy rany, oraz stępienie w dolnej części lewej połowy klatki piersiowej. Od przodu rozpoczynało się ono pod VI żebrem i sięgało na 2 ctm. poniżej linii, odpowiadającej łukowi żebrowemu. Od tyłu tępość rozpoczynała się pod kątem łopatki. Naznaczono makowiec, poczem bóle ustały i więcej już się nie powtarzały.

19 Listopada, gdy stępienie pozostawało wciąż w tej samej mierze, wyciągnęliśmy z lewej opłucnej płyn surowiczy szprycą PRAVAZ'a, wbitą pod kątem łopatki. Płyn zawierał znaczną ilość białych ciałek, był jednakże przezroczysty. Po wypełnieniu żołądka gazem, a prostnicy i okrężnicy wodą, znaleźliśmy narządy te na miejscu prawidłowem.

Dalszy przebieg choroby nie przedstawia nic godnego uwagi. Pod wpływem przyszczydeł płyn w opłucnej wprędce się wessał; rany zagoiły się rychłozrostem. Po pięcioletniogodniowej ścisłej dyecie dano choremu więcej pożywienia, a w tydzień potem pozwolono mu chodzić. W dniu 20 Grudnia opuścił on szpital w stanie zupełnie dobrym. Stępienie z tyłu znikło zupełnie, z przodu zmniejszyło się znacznie. Objętość lewej połowy klatki piersiowej była o 3 ctm. mniejsza od prawej. Od tego czasu widziałem chorego wielokrotnie. Stan jego zdrowia nie pozostawia nic do życzenia. Prowadzi on tryb życia prawie taki sam, jak przed chorobą. Pomimo zaleceń moich podnosi ciężary, siłuje się z innymi, je i pije, co i ile się da. Najcięższy okres w roku dla narządów trawienia naszej klasy robotniczej, t. j. karnawał i post, chory przebył bez zaburzeń. Początkowo, jak opowiada, po zjedzeniu pokarmów mniej strawnych uczuwał rozdymanie i niewielki ból w lewym podżebrzu. Obecnie i te objawy przeszły. Raz tylko, w końcu Stycznia r. b., gdy poślizgnąwszy się na chodniku, upadł lewym bokiem na flizy, uczuł dość mocny ból w podżebrzu, który po kilku godzinach zmniejszył się, a po dwóch dniach zupełnie ustąpił. Chory przez ten czas siedział w domu, do łóżka jednakże nie kładł się i żadnych środków nie stosował.

Badając chorego obecnie, znajdujemy stan ogólny wyśmienity. Miejscowe badanie wykazuje: klatka piersiowa na miejscu wyciętych żeber nieco zapadnięta; obwód lewej jej połowy w dolnej części o 3 ctm. mniejszy od obwodu prawej. Odcinki zarówno ósmego jak i dziewiątego żebra znacznie przybliżyły się ku sobie, jednakże nie stykają się ze sobą; wskutek tego pomiędzy odcinek zewnętrzny i wewnętrzny możemy wyrowadzić koniec palca. Dziesiąte żebro zostało odciągnięte ku dołowi i przyjęło położenie mocno ukośne. Przy oddechaniu obiedwie połowy, jako też i obadwa podżebrza przyjmują udział zupełnie jednakowy. Wysłuchiwanie także nie wykazuje różnicy. Natomiast przy wypukiwaniu znaj-

dujemy na miejscu, odpowiadającym wyciętym żebrom, stępienie, rozpoczynające się na wysokości siódmego żebra i kończące na łuku żebrowym. Z tyłu pod kątem łopatki odgłos wypukowy prawidłowy.

Wobec powyższych danych uważałbym za uprawnione przypuszczenie, iż rana przepony zabiżyła się. Powtarzające się kilkakrotnie bóle w podżebrzu musiały być spowodowane w części zapaleniem opłucnej, w części zaś wytworzonymi w okolicy rany zrostami trzewów i otrzewnej. Początkowo każde zwiększenie ruchu robaczkowego wywoływało bóle. Dziś, gdy zrosty się nieco rozciągnęły, objaw ten ustąpił. Nie mniej przeto, chociaż od chwili operacji upłynęło już rok blisko, nie mógłbym ręczyć za doszczętne uleczenie chorego. Przyszłość dopiero wykaże, jak wielka będzie odporność wytworzonej na przeponie blizny. Tymczasem, ze stanowiska teoretycznego sądząc, mogę tylko przypuszczać, iż powinna być ona dość znaczna; o tem pomówimy jeszcze w dalszym toku niniejszej pracy.

Rany przepony nie należą do rzadkości i znane były już starożytnym. CELSUS (1) w swem dziele „*De medicina*“ opisał objawy im towarzyszące, GALLENUS (2) zaś rozróżniał rany części mięśniowej i ścięgnistej, uważając pierwsze za możebne do wyleczenia, drugie zaś za nieuleczalne. Nie mniej przeto zarówno dawniej, jak i teraz zajmowano się tą kwestyją niewiele. Pomimo dość pilnych poszukiwań nie znalazłem żadnej godnej uwagi monografii, żadnej pracy doświadczałnej. Najobszerniejsze nawet dzieła chirurgiczne podają za ledwie krótką wzmiankę. Jeden tylko RIEDINGER (47) więcej uwzględnia ten rodzaj uszkodzeń.

Nie ulega wątpliwości, że po za temi przypadkami, w których możemy rozpoznać obrażenie przepony odrazu, istnieje znaczna ilość nierozpoznanych. Z czasem dopiero, gdy wytworzy się przepuklina przeponowa, badanie chorego, lub też sekcya wykazuje nam ślady dawnego obrażenia. W przypadku, na przykład, FARWELL'a (41) robotnik został uderzony w brzuch buforami. Po wyzdrowieniu w ciągu 16 lat pracował, jak dawniej, i czuł się dobrze. Umarł z wyniszczenia wskutek niestrawności, która się ciągnęła przez 16 tygodni. Na sekcji znaleziono w lewej tylnej części przepony otwór, przez który do opłucnej wypadł żołądek i jelita. SICK (39) przypadkiem tylko na sekcji 26-letniego robotnika, który na długo przed śmiercią uległ znacznemu urazowi, znalazł otwór także w tylnej lewej części przepony. W otworze leżała lewa nerka z nadnerczem. Nie mniej interesującym jest przypadek DIETZ'a (25). Chory spadł z drzewa, poczem zaraz dostał mocnego bólu w lewej połowie klatki piersiowej. Ból wprędce ustąpił, i chory całe lat ośm czuł się zupełnie dobrze. Dopiero po upływie tego czasu zaczął cierpieć na bóle w lewej połowie piersi i na zaburzenia w trawieniu. W 14 lat po obrażeniu umarł z wyniszczenia z objawami raka wątroby. Na sekcji, obok rozpoznanego raka, znaleziono niespodziewanie otwór w lewym listku środka ścięgnistego. Do lewej opłucnej wypadły: sieć, żołądek [oboje przyrosły do brzegów otworu], część poprzecznicy i część kiszek cienkich. Możnaaby przytoczyć jeszcze wiele innych przypadków zranienia przepony, rozpoznanego dopiero na stole sekcyjnym.

RIEDINGER dzieli rany przepony na podskórne (*subcutanea*) i na drażące (*v. percutanea*), odpowiednio do tego, czy powstają one bez uszkodzenia powłok zewnętrznych, czy też są jednocześnie powikłane raną brzucha lub klatki piersiowej.

Rany podskórne powstają zazwyczaj pod działaniem narzędzi tępych [uderzenie, zgniecenie, przejechanie, spadnięcie i t. p.]; drażące rany najczęściej bywają kłóte, cięte i postrzałowe.

Rany podskórne przedstawiają sobą rozerwanie przepony, które częściej spotyka się na środku ścięgnistym, aniżeli na mięśniu, zdarza się i tak, że obie dwie te części ulegają rozerwaniu. Kierunek rany może być rozmaity. Raz odpowiada on kierunkowi włókien mięsnych, drugi raz krzyżuje się z niemi. Samo pęknięcie bywa prostolinijne, faliste, niekiedy półkolistę; w ostatnim razie jeden brzeg rany tworzy płat [DAVAT]. Brzegi rany, początkowo ząbione, miękkie, usiane podbiegnięciami, stają się z biegiem czasu twarde i zgrubiałe.

[C. d. n.]

---

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## II. PRZYZYNEK DO CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

Podał

Władysław Matlakowski.

---

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 41].

Przebieg. Wieczorem tegoż dnia: chora często i gwałtownie wymiotuje tak, jak podczas operacji; tętno 90; ciepłota 37° C.; na boleści w brzuchu i okolicy prawej nerki się nie żali. Obfity odpływ krwawego płynu przez pochwę. Wypuszczono 80 ctm. sześc. moczu. Ciepłota wogóle podczas całego przebiegu pooperacyjnego nie podniosła się ani razu ponad 38° C., tętno od 90—105, i dla tego o nich dalej wspominać nie będę. Dnia 5 Czerwca: chora skarży się tylko na palenie w gardle i pragnienie; wymioty trwają po dawnemu. Z powodu nasiąknięcia opatrunku wilgocią [lecz nie moczem] zmieniłem zwierzchnie warstwy; brzuch widać przy tem mały i niebolesny. Moczu za pół doby 230 ctm. sześc. zupełnie przezroczystego, blado-żółtawego. Dnia 6. VI. wygląd chorej lepszy; wymioty i czkawka nękają ją po dawnemu. Wyjąłem pasek gazy jodoformowej, wsunięty przez ranę do jamy otrzewnej; przy tej sposobności okazało się, że kleszczyki dobrze zaciskają końce moczowodu i opatrunek jest suchy; teraz zawiązałem dwa zapasowe, niezawiązane dotychczas szwy i w ten sposób zamknąłem zupełnie jamę otrzewnej. Oczywiście, końce moczowodu, wyprowadzone nazewnątrz, tkwią ponad skórą. Teraz, gdy jama otrzewnej została zamkniętą, zdjąłem z końców moczowodu kleszczyki, ściany przylegające tych odcinków spoilem jedną z drugą na podobieństwo tego, jak się zeszywa końce jelita przy nakładaniu sztucznej rzyci; nitkę umocowałem w pince tak, aby końce moczowodu nie wślizgnęły się do jamy otrzewnej. Tegoż dnia usunąłem pasek gazy jodoformowej, wsunięty do jamy otrzewnej przez tylne sklepienie pochwy. Dnia 7 wymioty i czkawka po dawnemu. Moczu na dobę 200 ctm. sześc., blado-słomianego koloru. D. 8. wymioty i czkawka; opatrunek przemoczony moczem, sączącym się z moczowodu. D. 9. po obfitej ławatywie pierwsze wypróżnienie; wymioty przychodzą rzadziej; czkawka ustala; odtąd co

dzień zmiana opatrunku z powodu przesiąkania moczem. D. 12. stan dobry, bez bólu, z tętnem 84; zjawilo się łaknienie; zdjąłem szwy: *prima intentio* na całej przestrzeni bez kropli ropy, nie wyjmując nawet tam, gdzie dwa szwy związane zostały wtórnie po wyciągnięciu gazy. W linii rany widać otwór moczowodu, z którego co kilka minut ukazuje się przezroczysty mocz; poniżej tego otworu widać i drugi, wiodący w kierunku pęcherza; oba te odcinki spojęne jednym szwem z łatwością można przesondować, przyczem raz zgłębnik idzie w górę i w tył [ku nerce], drugi raz ku dołowi [do pęcherza].

Już podczas operacyi kol. CIECHOMSKI doradzał mi za pomocą pierwotnego szwu spoić oba końce przeciętego moczowodu. Myśl ta była zupełnie trafną, a od wykonania jej powstrzymała mnie tylko ta okoliczność, że oba końce moczowodu były oddzielone od swojego podłoża na znacznej przestrzeni i pozbawione naczyń odżywczych; rodziła się tedy we mnie wątpliwość, czy zeszyte zrosną się, w przeciwnym razie zagrażało chorej zalanie otrzewnej i tkanki zaotrzewnowej moczem z prawej nerki. Gdy stan chorej zupełnie się ustalił na dobre, postanowiłem próbować zeszycia obu odcinków ze sobą, tembardziej, że w miarę jak wzmacniała się blizna po cięciu w brzuchu, coraz mniej widocznie stawały się otwory moczowodu wciągane w bliznę, zajmującą coraz bardziej miejsce szczupłej kępki ziarniny, istniejącej naokoło owych otworów. D. 20. VI. odciąłem dwa płaty skórne po obu bokach otworków i zetknąwszy (*adossement*) okrwawione powierzchnie obu płatów, zeszyłem je 4 najcieńszymi szwami, utworzywszy ponad otworkami rodzaj daszku, w nadziei, że mocz pod wpływem ciśnienia, pod jakim pozostaje i płynie w moczowodzie, dostawszy się z ośrodkowego końca pod ów daszek, a nie mając gdzieindziej ujścia, [w razie otrzymanego rychłozrostu], trafi do otworu końca obwodowego tuż obok leżącego i że w ten sposób przywróci się drogę naturalną do pęcherza, a tem samem uniknie się drugiej operacyi, zagrażającej chorej, wycięcia prawej nerki. Nadzieja ta wszelako nie ziściła się; wieczorem już tego samego dnia opatrunek przesiąkł moczem, a gdy nazajutrz zmieniono go, okazało się, że chociaż zeszyte płaty zrosły się doskonale, pozostał w dolnej części malutki włosowaty otvorek, który sobie mocz przetorował nazewnątrz. Chora zniosła tę operacyję bez bólu i bez żadnego odczynu.

Pozostał zatem po dawnemu w bliznie w smudze białej, na 3 cale poniżej pępka, otwór, z którego sączył się mocz, a przez który łatwo odszukać i przesondować oba odcinki moczowodu. W miarę jak łaknienie, siły i usposobienie chorej poprawiały się, ilość moczu wypływającego przez tę przetokę na brzuchu wzrastała z dniem każdym, podczas gdy ilość moczu oddawanego *via* pęcherz-cewka, czyli z lewej nerki pozostawała skąpą — około 500 ctm. sześć. na dobę. Oczywiście, zebrać moczu, sączącego się z brzucha, nie było można, lecz wnioskować o wzmożeniu się ilości moczu, oddawanego tą drogą, można było z tego, że trudno było nastarczyć okładów: chora, leżąc i chodząc, miała ciągle mokry okład na brzuchu. Gdy nadto mocz, oddawany przez pęcherz, bywał stale mętny, a ciekący przez przetokę wydawał się przezroczystym, wahałiśmy się z wyjęciem nerki, obawiając się pozbawić ustrój lepszego narządu. I dla tego raz jeszcze w dniu 4 Lipca ponowiliśmy próbę ocalenia prawej nerki, z tą różnicą, że tym razem złączyliśmy najprzód czterema najsubtelniejszymi szwami oba otwory przeciętego moczowodu, a ponad tem spoiliśmy płaty skórne boczne, zetknięte okrwawionymi powierzchniami i tworzące rodzaj daszku. Tegoż dnia chora dostała dreszczu wstrząsającego, ciepłota wieczorem po raz pierwszy skoczyła do 39° C., a chociaż mocz w nocy już zaczął nanowo się sączyć i nazajutrz z tego powodu zdjąłem szwy i rozprułem zeszyte płaty, ciepłota podniosła się do 39,8° C. i zaledwie w ciągu dwóch dni następnych dopiero spadła do normy. Odtąd wycięcie nerki zawisło nad chorą jako nieunikniona konieczność; zaczękaliliśmy z niem do zupełnego wzmocnienia się chorej.

Z biegiem czasu chora coraz bardziej się poprawiała, zaczęła dużo jeść, swobodnie chodzić; wtedy zauważyliśmy porażenie (*paresis*) mięśni lędźwiowych kończyny lewej, chociaż chora, leżąc w łóżku, już żaliła się na ból w tej stronie. Mocz, wydzielany drogą przez pęcherz, czyli z lewej nerki, przy bliższym rozbiórze nie wskazywał na żadne zmiany organiczne w tym narządzie; ilość jego wzrastała; tak np. 7 Lipca wyniosła na dobę 680 ctm. sześc., 8-go 440, 10-go 1290, 13-go 730, 14-go 788, 15-go 430, 16-go 380, 17-go 1030, 18-go 1000; mniejsza ilość moczu w pewnych dniach zależała od wypróżnień, przy których część moczu oddana została wraz ze stolcem.

*Nephrectomia.* Wobec ogólnej poprawy chorej i upewnienia się o stanie i sprawności lewej nerki, d. 20 Lipca 1889 przystąpiłem do wycięcia prawej nerki przy pomocy i w obecności kol. JAWDYŃSKIEGO, JASIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, ŚLUPECKIEGO, ODERFELDA, HANDELSMANA i wielu innych oraz p. D-ra OBRĘBSKIEGO. Ze względu na długą kibić chorej i dostateczny odstęp między dwunastem żebrem a grzebieniem biodrowym, wybrałem cięcie równoległe do kręgosłupa, odległe od niego na trzy palce; najściślej trafiłem na brzeg zewnętrzny mięśnia kwadratowego lędźwi; po przecięciu rozciągną można było wymacać i okiem dojrzeć nerkę, napychaną przez pomocnika od strony brzucha i wykonywującą wcale obszernie ruchy oddechowe; to nas na chwilę zastanowiło, ażali nie mamy nerki otoczonej w dolnej połowie przez otrzewną (*mesonephron*) i czy wtedy nie wypadnie jej otworzyć, czegośmy uniknąć chcieli. Obawa nasza pokazała się płonną, gdyż nerka, pomimo że poruszała się, zawartą była w luźnej tkance tłuszczowej wiotkiej. Łatwośmy ją na tępo palcem oddzielili od tłuszczu, wyłuszczyli bez trudu od góry, wyciągnęli z rany na zewnątrz i szypułę *en masse* jedwabiem podwiązali, poczem samą nerkę obcięli w należytej odległości od podwiązki, co nam wyszło na dobre, wnet bowiem po odprowadzeniu kikuta na dno rany zaczęła się sączyć z przeciętego mięszu nerki krew tętnicza; wtedy ujawszy kikut w palce narzuciliśmy jeszcze jedną podwiązkę, która krwawienie powstrzymała ostatecznie. Teraz, poobcinawszy jeszcze kawałki nerki z kikuta, aby go zrobić jak najmniej, wypełniliśmy ranę dwoma paskami gazy jodoformowej, a zmniejszywszy cięcie kilku szwami od dołu i od góry, przez środek wyprowadziliśmy końce owych pasków; na to nałożono opatrunek z gazy i waty.

Przebieg pooperacyjny wyborny, bez gorączki, przy tętnie 90—80; wypróżnienia 7-go dnia; pierwszy opatrunek 12-go dnia. Dobowe ilości moczu były następujące: 21-go, t. j. nazajutrz po operacji 450 ctm. sześciennych, 22-go 450; 23-go 1030; 24-go 1060; 25-go 1210; 26-go 1070; 27-go 1750; 28-go 2000; 30-go 2450; 31-go 1800. 1 Sierpnia 2250; 2-go 2750; 3-go 2250; 4-go 2130; 5-go 2140; 6-go 2250; 7-go 2230; 8-go 2450; 10-go 2900; 13-go 2320; 14-go 2100; 15-go 2130; 17-go 2100; 18-go 2140; 19-go 2030.

Chora opuściła szpital d. 21 Sierpnia 1889, zupełnie zdrową; brzuch miękki i niebolesny, wszędzie daje odgłos bębniasty; w dole biodrowym prawym nie ma wysięku, ani w okolicy prawej nerki; macica średnio ruchoma, przez sklepienie prawe i tylne wyczuwa się odporność, świadcząca o przebytem zapaleniu. Rozbiór moczu, dokonany przez kol. MAXZŁA, wykazał obecność nielicznych wałeczków szklistych.

Opis części wyjętych podczas operacji. Płód płci męskiej, prawidłowo zbudowany, dobrze odżywiany; chrząstki uszne wcale sztywne, paznokcie wystają ponad brzośce palców; części płciowe dobrze rozwinięte; jąderka znajdują się w mosznie; waga 2755 gramów. Główka miękka, trzeszczę skutkiem maceracji i zachodzenia kości za siebie przy naciśnięciu. Skóra bródno-szaro-żółtawa, naskórek nie odstaje nigdzie; na brzuchu i klatce ciemniejsze plamy od przylegania zgiętych kończyn; to samo na szyi od przylegania brody. Pępownina gruba, długości 24 ctm., przyczepienie szerokie; naczynia jej puste,

lub zawierają tu i ówdzie płyn brudno-krwawy. Łożysko ogromne, złożone z sześciu zrazów; siedzi ono przyklejone do dolnej, tylnej, prawej, a w części nawet górnej części worka płodowego, a zatem w żywocie matki odpowiadało ono dołowi biodrowemu prawemu, kręgosłupowi, okolicy lędźwiowej i prawej ścianie brzusznej, do przodu zachodziło tak daleko, że cięcie, w worku zrobione dla wydobycia płodu podczas operacji, a zatem leżące w płaszczyźnie sagittalnej matki, przeprowadzonej przez smugę, wypadło tuż obok przedniego brzegu łożyska. Nie zawiera ono krwi, tkanka jest krucha, brudno-ciemna; od worka bez porwania oddzielić się nie daje. Ściana worka jest wszędzie bardzo wyraźną, lecz rozmaitej grubości: podczas gdy przednia część jakoteż lewa i ta, która przechodziła w prawy róg macicy, jest mocniejsza, tęższa, grubsza, na powierzchni gładsza, tak, że pomimo strzępków po rozerwanych zrostach, rzec można, pokryta otrzewną — częścią worka tylna, a ogólniej powiedziawszy, część, do której przytwierdzone było łożysko, jest cieńsza i kruchsza, a miejscami prześwieca przez tkankę łożyska. Co do żywotności, to jedynie śłoje najzewewnętrzniejsze otrzymywały krew przez zrosty, głębsze były obumarłe i zmacerowane. Jak powiedzieliśmy przy opisie operacji, po przedniej powierzchni worka biegła listwa mięsista, w ukos; w jedną stronę zbiega i zlewa się ona w masie szypuły odciętej od macicy, z drugiej strony ginie w ścianie worka, na przekroju nigdzie gołem okiem światła nie widać, choć najprawdopodobniej jest to jajowód; śladów *fimbriae* nie można odszukać, ani jajnika w grubo zmienionej ścianie worka. Kilka miejsc zostało wyciętych do badania drobnowidzowego, a mianowicie: 1-o, kwadrat ściany worka najlepiej zachowanej i najjędrniejszej, mającej na grubość  $\frac{1}{3}$  ctm.; 2-o, część ściany wraz z przebiegającą po niej listwą; 3-o, część ściany wraz z przyklejonym do niej kawałkiem łożyska. Wynik badania, którego łaskawie podjął się kol. KRYSIŃSKI, będzie podany na innym miejscu.

Oświeślenie opisanego przypadku. 1-o. Ciąża w naszym przypadku nastąpiła u osoby, przedstawiającej liczne nieprawidłowości w życiu płciowym: pierwsza ciąża przed kilku laty, potem pięcioletnie pożycie małżeńskie bezowocne, potem rozwód, powtórne wyjście za mąż, wreszcie druga brzemienność i tym razem już płód za macicą. Przypadek nasz w tym względzie jest w zgodzie z oddawna zauważonem, a przez PARRY'ego w jego kapitalnem dziele o ciąży zamacicznej [1876] podniesionem nanowo prawidłem, że kobiety, które są w ciąży zamacicznej, częstokroć przedtem niezdolne są do poczęcia; odstęp czasu między wyjściem za mąż i pierwszym poczęciem bywa długi; jeżeli kobieta taka miała dzieci, to dłuższy okres bezpłodności zazwyczaj poprzedza ciążę zamaciczną. LAWSON TAIT kładzie na te okoliczności szczególny nacisk, uważając je za ważną wskazówkę rozpoznawczą. Prawdopodobnie przebyta szczęśliwie pierwsza ciąża zamaciczna usposabia do takiejże drugiej ciąży. Dotychczas znany jest jeden jedyny taki przypadek, operowany w 1885 roku przez LAWSON TAIT'a \*), który wyjął prawy jajowód z jajem, mniej więcej znajdującem się w 3-cim miesiącu rozwoju; chora uratowaną została pomimo, że nastąpiło pęknięcie worka z jego wszystkiemi fatalnemi następstwami. W 18-cie miesięcy po tej operacji urodziła donoszone dziecko w sposób prawidłowy. W 15 miesięcy po tem naturalnem rozwiązaniu znowu zaszła w ciążę, a w 4-ym jej miesiącu, zanim zdążono dać jej pomoc zmarła; przy sekcji okazało się, że śmierć nastąpiła skutkiem pęknięcia worka płodowego ciąży zamacicznej, powstałej w lewym jajowodzie. Ciekawe nad ciekawemi jest to, że chora pomimo,

\*) British Medical Journal. 1885, za 19 Grudnia.

iż na sobie samej poznała całą patologiję ciąży zamacicznej i uratowaną została, nie miała żadnej idei, żadnego przeczucia, iż nowa ciąża była nieprawidłową, zamaciczną.

2-o. Nasza chora od samego początku uważała się za brzemienną, lecz nie, prócz może owego krwawienia w ciągu czterech miesięcy, nie zwróciło jej uwagi, że straszna ewentualność w niej zaszła, która grozi jej śmiercią. Lecz i rozpoznanie jej przez lekarza najczęściej bywa niemożliwem. W tym względzie L. TAIT powiada: „W ostatnich latach wiele rozprawiano nad możliwością rozpoznania ciąży jajowodowej przed okresem pęknięcia, i postawiono wiele dziwnie dogmatycznych twierdzeń na dowód, że takie przypadki były rozpoznawane i pomyślnie leczone. Muszę przyznać się, że jestem nadzwyczaj sceptycznym co do prawdziwości tych twierdzeń i jeden tylko fakt niechaj usprawiedliwi moje zapatrywanie się. We wszystkich przypadkach, operowanych przezemnie [przypominamy, że jest ich 42], oraz w wielu, gdzie byłem świadkiem badania pośmiertnego kobiet, których znaną była mi historyja choroby, chore wcale nie żaliły się na żadne przypadłości aż do czasu alarmujących objawów pęknięcia. Raz tylko jedyny widziałem przypadek przed okresem pęknięcia, i tam rozpoznałem zamknięcie i rozszerzenie jajowodu, lecz myśl, ażeby kobieta owa miała być brzemienną, nie przyszła mi do głowy, ani nikomu z tych, co ją widzieli, a to dla powodów, wyłuszczonych bliżej w opisie tego przypadku“ ▲). I dalej [str. 50]. „Na mocy mojego doświadczenia, zdaje się, że mam prawo zająć nieco sceptyczną postawę względem prawdziwości rozpoznania tych panów, którzy tak poufale mówią o stawianiu pewnego rozpoznania w przypadkach ciąży zamacicznej w okresie przed pęknięciem i którzy z równą poufałością mówią o wyleczeniu jej za pomocą przekłucia zwykłego lub elektrolizy“.

3-o. Ciąża dobiegła swojego końca, t. j. 9-go miesiąca bez najmniejszych przypadłości podmiotowych. Na tę ważną okoliczność chcę zwrócić szczególniejszą uwagę czytelnika. Niżej powiemy, dla czego dziś coraz bardziej ugruntowywa się to przekonanie, iż prawie jedyna istniejąca forma ciąży zamacicznej jest jajowodowa. Otóż, w ogromnej większości przypadków ciąży jajowodowej, czyli [co prawie na jedno wyniesie] ciąży zamacicznej, wogóle następuje pęknięcie do jamy otrzewnej i śmierć, lub też pęknięcie w wiąz szeroki i wytworzenie się *haematocele extraperitonealis* z przeróżnemi zejściami. To pęknięcie następuje najpóźniej około 12—14 tygodnia. Do ostatnich czasów panowało powszechnie mniemanie, wsparte powagą HECKER'a, autora wyborowej pracy o ciąży zamacicznej, że ciąża jajowodowa nie może bez pęknięcia przejść tego kresu. Dopiero najnowsze prace obaliły ten przesąd. Do liczby tych, którzy najdzielniej przyczynili się do wymiecenia z nauki o ciąży zamacicznej wielu szkodliwych mniemań, należy LAWSON TAIT, który jednak utrzymał dotąd naukę HECKER'a, tylko ją inaczej oświeciłszy. Twierdzi on [l. c. str. 48]; „Jest to zupełnie jasnem, iż we wszystkich przypadkach ciąży jajowodowej, pod wpływem rosnącego jaja, jajowód musi pęknąć, i że pęka w dwóch kierunkach, albo do jamy otrzewnej, albo do jamy więzu szerokiego. W swobodnej części jajowodu to pęknięcie zachodzi około 12—13

tygodnia. W postaci interstycyjalnej pęknięcie może się odciągnąć do późniejszej daty. Pierwotne pęknięcie do jamy otrzewnej zdaje się być zawsze zgubnem dla matki i dziecka; lecz gdy pęknięcie nastąpiło do jamy więzu szerokiego, płód może się dalej rozwijać i, że to są jedyne przypadki, w których dziecku dozwolonem jest dożyć kresu, kiedy się staje zdolnem do życia“. Różnica od HECKER'a jest duża, przyjmował on rozmaite rodzaje ciąży, z pomiędzy których jajowodowa fatalnie prowadziła do pęknięcia i śmierci. Wedle TAIT'a, który przyjmuje prawie tylko ciążę jajowodową, pęknięcie takie następuje koniecznie, ale gdy worek pęknie do więzu szerokiego, płód może się rozwijać; według tego autora, wszystkie ciążę, dobiegłe do kresu, są ciążę jajowodowe z pęknięciem do więzu szerokiego i tam rozwijające się do końca ciąży. Pomimo, że TAIT najgoręcej wszędzie i zawsze walczy przeciw przesądom, przeciw dogmatyzowaniu i żąda wszędzie faktów, a wszystko, co przez nie nie jest poparte, odrzuca bez litości, muszę przeciw niemu podnieść w tym punkcie wątpliwość, żeby w przypadkach, dobiegłych do kresu, miało się zdarzać około 12—13 tygodnia lub później koniecznie pęknięcie między listki więzu. Najzupełniej zgadzam się, że takie pęknięcie następuje i daje powód do *haematocele extraperitonealis*, lecz w rzadkich przypadkach zgodnie z LITZMANN'em, FRAENKEL'em i WERTH'em przyjmuję, że ciążę rozwija się między listkami bez wszelkiego zdarzenia, którebyśmy jako TAIT'owskie pęknięcie w więz szeroki pojmować mieli, a mój przypadek obecny stanowi w tym względzie nowy dowód; w anamnezie nie ma wcale dowodów w rodzaju: bólu, osłabienia, omdlenia, wymiotów, świadczących podmiotowo o krwotoku. TAIT również, przyjmując *a priori* owo pęknięcie, nie przytacza żadnych jego dowodów. Wycinając worek płodowy, ani w dole biodrowym, ani około macicy nie widziałem wcale resztek wynaczyńnienia lub jego śladów pod postacią zabarwienia nacieczonej tkanki.

4-o. W końcu dziewiątego miesiąca przyszedł czas porodu, któremu towarzyszyły ciężkie objawy, bólesci i wymioty, przy czem z macicy odeszła z krwią najprawdopodobniej *decidua*. Pod tym względem przypadek nasz zgadza się z większością spostrzeżeń. W czasie, kiedyśmy chorą badali po raz pierwszy, macica nie przedstawiała już żadnych zmian, widywanych przy ciąży zamacicznej [powiększenie narządu, rozpulchnienie części pochwowej i t. d.].

5-o. Mleko wydzielane z sutki jest bardzo ważnym objawem ciąży w późnych okresach, a nawet po obumarciu płodu; przy znacznej liczbie guzów jamy brzusznej, dochodzącej do dwustu, nie widzieliśmy ani razu wydzieliny w gruczole mlecznym; natomiast była ona widoczną w obu przypadkach ciąży zamacicznej, oraz w ciekawym przypadku ZWEIGBAUMA, w którym stawiano rozpoznanie na takąż ciążę, a gdzie okazało się, że była ciążę zwykła, powikłana ogromnym włóknakiem macicy.

6-o. W każdym przypadku ciąży zamacicznej, przychodzącym na stół sekcyjny lub operacyjny, powinno się, uwzględniając obszerną literaturę przedmiotu, sprawdzać rozmaite wątpliwości, rozjaśniać, o ile się da, ciemne strony przedmiotu i możliwie szczegółowo oznaczyć rodzaj ciąży. Wiadomo każdemu, co choćby z gruba obeznany jest z literaturą tego ciekawego działu, jaki zamęt panuje na wielu rozmaitych punktach. Najbardziej rozpowszechnione podręcz-

niki zawierają następujące główne formy ciąży zamacicznej: 1-o, *graviditas tubaria* z poddziałami: *gr. tubouterina s. interstitialis*, *gr. tuboovarica*, i *gr. tuboabdominalis*; 2-o, *gr. ovarica*; 3-o, *gr. abdominalis*. Taki podział przechodzi z podręcznika do podręcznika i dziś w mniemaniu ogółu lekarzy i akuszerów krąży jako powszechnie przyjęty i sprawdzony. Jest to wielka zasługa L. TAIT'a, że on wystąpił z zaciętą i namiętną, jemu tylko właściwą krytyką wszelkich znanych przypadków mniemanej ciąży jajnikowej i brzusznej. Co do pierwszej wypowiada najsłuszniejsze zdanie, że niepodobna jest przyjąć jajnikowego usadowienia ciąży w żadnym przypadku, w którym nie było dokonane badanie pośmiertne i to dokonane przez biegłego anatoma, zupełnie poświadczającego ze stanem rzeczy; w opisie powinno wyraźnie być zaznaczone, że macica i oba jajowody były zupełnie niezajęte, a w ścianie worka w takim razie drobnowidz powinien wykryć obecność tkanki jajnika (*l. c.* str. 9). Na zasadzie dysekcji preparatów i na podstawie badań *in vivo* podczas operacji L. TAIT dochodzi do wniosku, że ciąża jajnikowa jest możliwą, lecz bynajmniej nie dowiedzioną w całej oczywistości. Również przypuszcza on, że może się zdarzyć przypadek iż wylot jajowodu (*infundibulum*) był przyklejony do powierzchni jajnika i że zawarty w obrębie tego przyklejenia pęcherzyk GRAAF'a pękł i wydzielił jajo, które po zapłodnieniu zostało *in loco*. Takież samo tłumaczenie podał BEAUCAMP (D). Na kilkadziesiąt atoli przypadków ciąży zamacicznej TAIT ani razu nie widział tej odmiany. Co się tyczy ciąży brzusznej, to ją całkowicie odrzuca na podstawie krytyki ogłoszonych przypadków; przypuszcza on, że otrzewna posiada siłę trawienia, której nie może się oprzeć nawet zapłodnione jajo. Wreszcie co się tyczy ciąży śródściennej, to uważa ją za niesłychanie rzadką. Wogóle biorąc, powiada on: „w ciągu 15 lat ubiegłych, nie opuściłem ani jednej sposobności zbadania preparatów ciąży zamacicznej, a blisko sto przypadków przeszło pośrednio lub bezpośrednio przez moje ręce przy badaniu pośmiertnem lub przy operacji i nie spotkałem ani jednego faktu niezgodnego z poglądem, w krótkości wyżej wyłuszczoneym“. Na podstawie tego wszystkiego podaje następujący schemat ciąży zamacicznej.

I. C. j a j n i k o w a możliwa, ale niedowiedziona.

II. C. j a j o w o d o w a w swobodnej części jajowodu; jajo zawarte jest w trąbce do 14-go tygodnia; około tego czasu lub przedtem następuje pierwotne pęknięcie: albo a) do jamy brzusznej, a wtedy następuje śmierć z krwotoku, lub wtórnie ze zropienia worka i zapalenia otrzewnej, lub b) do więzu szerokiego (*extraperitoneal gestation*), gdzie płód może c) rozwijać się dalej aż do właściwego kresu; lub d) może umrzeć i uleść wessaniu i wytworzyć *haematocoele extraperitonealis*; lub e) może obumrzeć i przez ropienie być wydalonym przez pępek, pęcherz, pochwę i kışkę; lub f) może leżeć jako *lithopaedion*; lub wreszcie g) może skutkiem pęknięcia wtórnego dostać się do jamy otrzewnej.

III. C. ś r ó d ś c i e n n a (*gr. tubouterina, s. interstitialis*), jeżeli jajo zawarte jest w części jajowodu, przechodzącej przez ścianę macicy; ta forma ciąży fatalnie pęka do jamy otrzewnej przed piątym miesiącem.

[D. n.]

### III. KILKA UWAG NAD PRZYMIOTEM UKŁADU NERWOWEGO.

Skreslił

Aleksander Fabian.

[Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 40].

Dla opisanej postaci rdzeniowej przymiotowego zapalenia tętnic ma to o tyle znaczenie, że z opisów JUILLARD'a i GREIFF'a wynika, iż raz, pobudka do cierpienia naczyń pochodzi z pierwotnej zmiany w błonie zewnętrznej, do czego bujanie *intimae* następco się przyłącza, powtóre zaś, że w tych przypadkach chodziło o prostszą postać *arteriitidis interstitialis*, która też zapewne okaże się jako przedewszystkiem właściwa przymiotowi rdzenia, kiedy tymczasem *arteriitis gummosa* pozostanie raczej właściwością przymiotu mózgu, co zresztą znajdujemy wspomnianem już u FOURNIER'a, który odróżnia *artérite sclereuse* od *artérite gommeuse*. Godzi się jeszcze wobec tych zmian wspomnieć o jednej okoliczności. W pięknej swej pracy JUILLARD mówi o niej, kładąc wielki nacisk na tak zwaną „topografię“ pierwotnej zmiany anatomicznej przy sprawie, która przedewszystkiem odbywa się w u k ł a d z i e l i m f a t y c z n y m, a ten właśnie w mózgu zarówno jak i w rdzeniu jest przecie reprezentowany przez oponę, neurogliję i pochwy naczyniowe [przestwory okołonaczyniowe].

Istotnie, czytając opis przebiegu sprawy u JUILLARD'a i GREIFF'a, musimy przyznać, że przebieg ten jest poprostu paradygmą dla rozpościerania się dróg limfatycznych w mózgu i rdzeniu. Od zgrubiałej opony drążące w głąb rdzenia krokiewki oraz ich następne rozgałęzienia, wiodące ostatecznie do utworzenia siatki, zgrubienie naczyń przez nacieczenie komórkowe w adwentycyi, pochwach limfatycznych i t. d., to wszystko sprawia wrażenie, że tutaj sprawa przymiotowa posuwa się drogą p r ą d u l i m f y, jak to się przecie pospolicie dzieje przy szerzeniu się zarazka przymiotowego przez cały ustrój i przy jego umiejscowianiu się. I tutaj więc u k ł a d l i m f a t y c z n y jest istotnym pośrednikiem sprawy przymiotowej.

Wiadomo zresztą, że podobny stosunek chorób przewlekło-zakaźnych do układu limfatycznego istnieje dla dwóch innych z przymiotem histologicznie wielce spokrewnionych postaci: dla trądu i gruźlicy; mniemaćby więc można, że pomiędzy zarazkami rzeczonych trzech chorób, pomimo ich swoistej zresztą różnicy, musi istnieć pewna wspólność co do ośrodka, w którym żyją i poruszają się naprzód. Ponieważ zaś na zasadzie tego, co dotąd o nich wiemy, musimy je uważać za uorganizowane istoty, za d r o b n o u s t r o j e, których istnienie dla trądu i gruźlicy jest już stanowczo wykazaniem, dla przymiotu zaś chyba jest tylko kwestyją czasu i ulepszonej metody badania, blizką więc jest myśl, że l i m f a właśnie stanowi ów wspólny dla wszystkich trzech zarazków właściwy m a t e r y j a ł s p o ż y w c z y, czem też poniekąd tłómaczy się wspól-

na trzech rzeczonym chorobom właściwość tworzenia nowotworów ziarninowych [ziarniniaków] o budowie podobnej. Bo właśnie kanałów i przestworów dla biegu limfy dostarcza tkanka łączna, ona też pierwsza ulega napadowi krążącego w sokach zarazka: przychodzi do podrażnienia, zapalenia, z wytworzeniem swoistych nowotworów, których swoistość, obok innych cech, charakteryzuje się pewnem upodobaniem do sadowienia się w ulubionych miejscach, co widzimy zarówno dla przymiotu, dla gruźlicy i dla trądu.

Ażeby pojąć tę predylekcyję, nie wystarcza chyba przypuszczenie jedynie usposobienia osobniczego; przyczyny raczej szukać trzeba w stosunku samego pasorzyta do jego o d ż y w c z e j g l e b y. Znaną jest przecież wielka w tym względzie wrażliwość chorobotwórczych drobnoustrojów; kiedy na jednej glebie rozwijają się dobrze, gardzą inną, lub też, przymuszone do przebywania na niej, szybko giną. Mogą wszakże i w glebie zresztą dla danego pasorzyta w ł a ś c i w e j (*adequat*) istnieć stopniowe różnice; pasorzyt, nie mogący, czy nie chcący się rozwijać na mało dlań sposobnej glebie i wiodący na niej zrazu żywot mizerny, stopniowo może się do niej przystosowywać i rozrastać, zwłaszcza gdy po uprzednim przystosowaniu w lepszej dlań glebie został pobudzony do większej energii życiowej, do większej, jak mówimy, żywotności—okoliczności, które pewnie wiążą się z rozmaitemi stanami rozwoju w życiu pasorzyta.

Wiele zjawisk w przebiegu przymiotu tym sposobem zrozumieć możemy.

L i m f a, pochodząca z rozmaitych tkanek i narządzi, okazuje zapewne różnice molekularne i chemiczne, częstokroć pewne w tak delikatnych odcieniach, że właśnie tylko dany drobnoustrój stanowi stosowny odczynnik na te różnice. Płynąca w chłonicach s k ó r y limfa niewątpliwie posiada inne własności, niżeli krążąca w przewodach sokowych kości, lub w zatokach limfatycznych m ó z g u i r d z e n i a, a powinowactwo pasorzyta przymiotowego do tych różnych odmian limfy jest prawdopodobnie bardzo rozmaitem. Po wnikięciu do krwi dostaje się on z nią do wszystkich części ciała, jednakże zrazu tylko na błonach śluzowych ust i gardzieli, a czasem również w okostnej kości powierzchownych wywołuje powstawanie obszerniejszych, lecz zawsze powierzchownych, wytworów; w innych narządziach, aczkolwiek się z krwiobiegiem również już dostał, nie sadowi się albo wcale, albo tylko chwilowo, nie wywołując niemal żadnych objawów.

Dopiero o wiele później, gdy już zarazek przez czas dłuższy istniał w okrywach ogólnych i najbliższych pakietach gruczołowych, i przytem pewnie uległ już pewnym modyfikacyjom, a niejednen okres utajenia i nawrotów owych złejszych powierzchownych postaci przeminął, przychodzi do cierpień części głębiej położonych, a między niemi, zwykle w ostatniej instancyi i do cierpień ośrodków nerwowych.

Przy trądzie i gruźlicy rzecz się ma przecież podobnie. Przy pierwszym z nich, który jako *lepra anaesthetica* wywołuje chronicznie zapalną sprawę w nerwach obwodowych [VIRCHOW], znajduje się też, podług badań DANIELSEN'a i BOECK'a <sup>42)</sup> oraz NEISSER'a <sup>43)</sup>, rozlane zapalenie w oponach rdzenia, mianowicie

<sup>42)</sup> DANIELSEN ET BOECK. *Traité sur la Spédalskhed*, traduit, de suédois, Paris, 1848.

<sup>43)</sup> NEISSER w VIRCHOW's Arch. Bd. 84.

też u korzeni nerwowych, z następstwem zwyrodnieniem mleczu [sklerozą i t. p.]. Gruźlica w rdzeniu zjawia się głównie jako cierpienie ogniskowe, a nowotwory gruczłowe nie należą tu do zbyt rzadkości. Zdarzają się również sprawy zapalne w oponach rdzenia przy postaci prosówkowej gruczlicy, zwykle jako dalszy ciąg podobnego zajęcia błony mózgowej. W większej liczbie przypadków przy gruczlicy przewlekłej gruźlicy w układzie nerwowym ośrodkowym stanowi zjawisko późnego okresu.

Z powyższego roztrząsania wspomnianych mementów wybrać możemy te cechy, które są znamienne dla sposobu i typu, pod jakim przymiot w rdzeniu zwykle występuje i dochodzimy do wniosków: 1) Liczne spostrzeżenia ostatnich czasów wykazały stanowczo istnienie przymiotowego cierpienia rdzenia i jego opon, które przebiegają przeważnie pod postacią *leptomeningitidis diffusae*, odznaczającą się przede wszystkim osobliwszą zmianą w naczyniach, analogiczną z przymiotowym cierpieniem tętnic mózgowych, jako *peri* i *endoarteriitis*, przy czem zdaje się, że ta zmiana naczyniowa, aczkolwiek zrazu niespecyficzna, stanowi jednakowoż główną podstawę sprawy chorobowej. 2) Zważywszy osobliwsze zachowanie się naczyń krwionośnych w rdzeniu [patrz: DURET, KADYJ, ADAMKIEWICZ], które są tutaj ułożone w dość luźnych przestworach okołonaczyniowych, wnosić należy, że tym sposobem wskutek zmian naczyniowych ujawnia się wyraźniej bliższy związek przymiotowego zarazka z limfą i drogami limfatycznymi. 3) Gdy do tego dodamy porównawczo przebieg przymiotu w innych narządach ciała, oraz analogiczne występowanie histologicznie tak spokrewnionego z przymiotem trądu i gruczlicy, to przedstawia nam się fakt, że w rdzeniu również choroba przymiotowa występuje głównie pod znakiem interstycyjnego zapalenia i nowotworzenia, ujawniając się bądź w postaci rozlanej, bądź też ograniczonej, ogniskowej. Czy i o ile może również zjawiać się jako cierpienie układowe [*Systemerkrankung* niemieckich autorów] to, pomimo licznych twierdzeń za i przeciw, dotychczas ostatecznie rozstrzygniętem nie jest; ze względu jednak na to, że ani przy trądzie, ani przy gruczlicy czegoś podobnego nie dostrzegano nigdy, niektórzy autorowie, mianowicie też RINECKER<sup>44)</sup>, stanowczo podobnej możliwości przeczą.

Zachodzi pytanie, czy ta *leptomeningitis spinalis specifica* z charakterystycznymi zmianami w naczyniach jest nową, odrębną, przedtem nieznaną postacią przymiotu rdzeniowego, czyli też jest identyczną z opisywaną przez różnych autorów postacią jako *myelitis syphilitica* [HOMOLLE, BROADBENT], *meningitis syphilitica* [LANCERAUX], porażenie przymiotowe [PASSAVANT] i t. d., a którą HEUBNER objął potem pod ogólnem mianem zgrubienia syfilitycznego („*Syphilitische Schwiele*“), i rozmaite różnorodne jej objawy również do wspólnego chorobowego obrazu sprowadził? Tak jest zapewne w samej rzeczy, przyczem jednakże nadmienić wypada, iż niezawodnie, podo-

<sup>44)</sup> RINECKER. „Rückenmark und Syphilis“ Festschrift der Alma JULIA MAXIMILIANA. Würzburg. 1882.

bnie jak dawniej w mózgu, tak później w rdzeniu przeoczono nieraz cierpienie naczyń.

Przykładem tego przypadek, opisany przez samego HEUBNER'a, który, kładąc przecie pierwszy tak wielki nacisk na cierpienia przymiotowe tętnic przy przymiocie mózgowym, przy opisie przymiotu rdzenia dziwnym sposobem nie o niem nie wspomina.

Oprócz tej z a p a l n e j postaci przymiotu rdzeniowego, należącej pospolicie do późniejszych okresów przymiotu, lecz bez wątpienia zdarzającej się również we wcześniejszych epokach, obok innych objawów wtórnych, spotykamy w rdzeniu, podobnie jak w mózgu lub gdzieindziej, n o w o t w ó r p r z y m i o t o w y (*gummat*) i to w dwóch formach, raz jako rozlane nacieczenie galaretowate głównie w oponach, lub też jako zbitą masę serowatą, twardą i suchą. Rzeczywisty odgraniczony *gumat* guzowaty zdarza się wprawdzie w rdzeniu, ale nader rzadko, częściej zaś jako drobne prosowate, rozsiane i liczne nowotwory, bliżej opon rdzeniowych lub w nich samych usadowione, opisane już przez HEUBNER'a.

Zmiany w samym mięszu rdzenia, w tkance nerwowej, jak rozmiękczenie, stwardnienie, zanik, szare zwyrodnienie mają zawsze znaczenie spraw następczych, w t ó r n y c h, które dopiero przyłączają się do cierpienia, odbywającego się na powierzchni w oponach i naczyniach. Sprawa posuwa się zawsze od obwodu ku wnętrzu, a punkt wyjścia dla przymiotowego cierpienia w rdzeniu stanowią zawsze c z ę ś c i ł ą c z n o t k a n k o w e.

Przechodząc teraz do o b j a w ó w k l i n i c z n y c h przymiotu rdzeniowego, przypomnieć przedewszystkiem wypada to, co już mówiliśmy ze względu na objawy przymiotu mózgu. Objawy same przez się nie są znamienne dla przymiotu, jako takiego, jeno dla umiejscowienia cierpienia swoistego.

Jakiegokolwiek rodzaju będą anatomiczne zboczenia, wywołane przez sprawę chorobową, dotyczącą rdzeń z powodu przymiotu, zjawiska występujące zdradzą się jedynie zaburzeniem w tym lub owym szlaku przewodniczym. Każdorazowe zaburzenie, które raz może być prostem podrażnieniem, a drugi raz mniej lub więcej zupełnem porażeniem, albo nerwobólem, nic nie ma charakterystycznego dla przyczyny choroby. Jedynie r o z w ó j i p r z e b i e g objawów klinicznych od niej mianowicie zależy może.

Zjawiska, przyłączające się do przymiotowych zmian w rdzeniu, mogą przeto polegać raz na cierpieniu przednich i tylnych korzeni, drugi raz na zaburzeniu w pojedynczych szlakach rdzenia, lub w jego szarych jądrach; przyczem w pierwszym czasie często chodzi jedynie o czynnościowe ograniczenie wszystkich tych dróg przewodniczych.

Dalej uwzględnić wypadnie te wszystkie zmiany, które zresztą spotykamy i przy cierpieniach innej natury, mianowicie sprawy zwyrodniające; a właśnie te następce, w t ó r n e z w y r o d n i e n i a mają przy niektórych cierpieniach, z pewnych przyczyn powstałych, pewne charakterystyczne znamiona. To zwyrodnienie nie obywa się naturalnie bez zjawisk zapalnych i tym sposobem staje się z jednej strony przyczyną dalszego p o s u w a n i a się sprawy, a z drugiej pobudką do rozwoju nowych zaburzeń, przyłączających się do zmian w krążeniu, nawet bez nowej sprawy chorobowej.

Otóż, pospolicie przebieg przymiotu rdzeniowego tak się przedstawia. Cierpienie rozpoczyna się zwykle, choć niezawsze, w późniejszym okresie przymiotu, niekiedy w kilku lub nawet kilkanaście lat po pierwotnem zakażeniu. Pospolicie chory przebył już cały szereg objawów zewnętrznych, których ślady tu i ówdzie jeszcze widnieją, a niekiedy, choć niezawsze, widać oznaki wysokiego stopnia charłactwa, bladeść, wielkie wychudnięcie i niemoc jeszcze przed wystąpieniem objawów rdzeniowych. Podmiotowo również chory uczuwa ogólną bezsilność i nieokreślone niedomaganie, którego bliżej umiejscowić nie potrafi. Później nieco, odpowiednio do rozpoczęcia sprawy w oponach występują zjawiska irytacyjne, które długi czas trwać mogą [całe miesiące], zanim przyjdzie do porażen. Zjawiają się bóle, już to w określonych miejscach kręgosłupa, w karku, łędźwiach, krzyżu, wzmagające się przy uciskaniu, już też w kończynach, a to najprzód w jednej ręce lub jednej nodze sadowią się dość stale, poczem przeskakują na drugą kończynę. Te bóle rozprzestrzeniają się na kilka pni nerwowych, podobniejsze raczej do bólów gośćcowych, niżeli do newralgicznych, podległe licznym wahaniom, zarówno co do natężenia, jak i co do trwania. Towarzyszą im *pariestezje*: mrowienie, uczucie usypiania członka, drętwienie bolącej kończyny, przychem wrażliwość czuciowa na bodźce zewnętrzne bywa zachowaną. Współcześnie przyłączają się zaburzenia ruchowe: *stężenie*, *sztywność*, a nawet przemijające przykurczenia pojedynczych grup mięśniowych i całych kończyn. Sztywność karku, *opistotonus* z bolesnością skurczonych mięśni roztwiera zwykle obraz, sztywność jednej kończyny sprawia choremu wrażenie nieruchliwości, osłabienia; przy ruchach występują bolesne skurcze, niekiedy w już porażonych kończynach drżenie mięśniowe przy ruchach biernych.

Te zjawiska również ulegają wahaniom, ustają, powracają niekiedy przy działaniu pewnych przyczyn wywołujących [chłód, znużenie, rozdrażnienie]. Ten stan, któryby można nazwać meningitycznym, lub który zwą zwiastunnym, może trwać całe tygodnie, a nawet w odstępach między pojedynczemi epizodami podobnych zjawisk mogą istnieć kilkomiesięczne przerwy pozornie niezakłóconego zdrowia. Lecz oto następuje nowe zaostrzenie przypadłości, i teraz do objawów podrażnienia przyłączają się porażenia. Chory spostrzega zwykle zrazu w jednej nodze lub [gdy siedlisko cierpienia jest w części szyjowej rdzenia] w jednej połowie ciała szybko wzmagające się osłabienie, aż nagle pewnego ranka nie może już poruszyć rzeczonych członków. Należy zwrócić uwagę na ten rodzaj przebiegu: skoro już raz objawy porażenia wystąpiły, ich wzmaganie się w krótkim czasie staje się bardzo znacznem. Niezadługo, a i drugostronna kończyna lub druga połowa ciała ulega cierpieniu, choć nie tak silnie, i wkrótce paraplegija staje się zupełną. Rozprzestrzenienie zależy od siedliska cierpienia. Gdy się ono umiejscawia w łędźwiowej lub dolnej grzbietowej części rdzenia, wówczas porażenie dotyka kończyny dolne obie, zwykle po jednej stronie wyraźniej występując, w drugim razie wnet zjawia się i porażenie zwieraczy odbytu oraz pęcherza. Kiedy już szybko choroba doszła do pewnej wysokości, pozostaje czas jakiś *in statu quo*, przykuwając chorego na całe tygodnie lub miesiące do łóża. Przytem zauważyć wypada, że zaburzenie czucia,

nie tak jak przy innych nowotworach rdzenia, lub myelitach, nie idą w równej mierze z ruchowem porażeniem. Długo jeszcze utrzymują się objawy podrażnienia w sferze czucia, jak: mrowienie i bóle podczas zupełnego już porażenia ruchów; natomiast znieczulenie na wrażenia ciepłne, dotykowe i t. d. nie jest tu tak wyraźnem. Ten okres stacyjonarny może mieć zejścia rozmaite. Raz, przy energicznem i konsekwentnem leczeniu przypadki podobne mogą już to szybciej, już też wolniej być doprowadzone do względnego uleczenia. Najpomyślniej zdają się przebiegać przypadki, w których zapalenie opon i nacieczenie ogranicza się do najniższych części rdzenia. Następuje wówczas stopniowa poprawa porażenia, szczególnie kończyny słabiej dotkniętej cierpieniem, a silniej dotknięta wraca do pewnego stopnia do swej czynności. Ale zawsze pozostaje w niej stale, mniej lub więcej, znaczne osłabienie; mniejsza używalność kończyny, co polega na wytworzeniu zgrubiałej blizny w przestrzeni podoponowej. Mniej pomyślne są przypadki przy takim siedlisku choroby, że czynność odbytnicy i pęcherza zaburzeniom uległy. Tu bowiem najczęściej po rozmaicie długim okresie stacyjonarnym następują odleżyny, szybko się szerzące z ich znanymi następstwami, albo też zapalenie pęcherza moczowego. Wraz ze zjawieniem się tych objawów zwykle wśród bezgorączkowego dotychczas przebiegu występować zaczynają nieregularne poruszenia gorączkowe ciepłoty ciała o charakterze przepuszczającym, dochodzące z czasem do znacznej wysokości, dołącza się szybko upadek sił i wyczerpanie, sprowadzające zejście śmiertelne.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 51. Oestreicher. Hydracetyna przy łuszczycy.

Pewne a szybkie działanie bez wywoływania objawów ubocznych i pozostawienia zabarwienia na skórze i bliźnie: oto wymagania, jakie stawiamy środkom, obecnie przy łuszczycy używanym. Ani chryzarobina, barwiąca skórę i bieliznę chorego i wywołująca zapalenie skóry i błon śluzowych, ani kwas pyrogalusowy z jego ujemnym wpływem na krew i nerki, nie odpowiadają wyżej przytoczonym wymaganiom: stąd ciągłe starania lekarzy, specjalistów, o wynalezienie odpowiedniejszego przetworu.

OESTREICHER, asystent prywatnej kliniki LASSAR'a w Berlinie, zachęcony dobrymi wynikami, jakie otrzymał GUTTMANN <sup>1)</sup>, stosując hydracetynę przy łuszczycy, wypróbował ten środek na sześciu chorych, pozostających na jego klinice. Hydracetyna była stosowaną w postaci 10%, a gdzie działanie jej wydawało się być powolnem, w postaci 20% maści lanolinowej raz jeden na dzień, przyczem wszelkie pomocnicze środki, zazwyczaj przy łuszczycy używane, mianowicie: kąpiele mydlane, dziegieć i leki wewnętrzne odrzucono. U wszystkich tych chorych hydracetyna miejscowo działała znakomicie i już po dwukrotnem lub trzykrotnem użyciu nowe łuski przestawały się tworzyć, czerwoność znikiała, wykwitły stawały się coraz bardziej płaskie; miejscowego odczynu ze strony

<sup>1)</sup> Patrz: W. GROSTERN: „Wiadomości terapeutyczne“. Gaz. Lek. 1889. Nr. 27.

skóry i błon śluzowych nie było, a prócz tego maść hydracetynowa nie pozostawiała zabarwienia ani na skórze, ani na bieliźnie. U wszystkich jednak osobników, poddanych leczeniu, hydracetyna już po 7—10 wcieraniach wywoływała cały szereg nieprzyjemnych objawów ogólnych: osłabienie, ociężałość kończyn, bladeść skóry i błon śluzowych, bladeść i lekki obrzęk twarzy, żółtaczkowe zabarwienie skóry [w jednym przypadku]. Tętno, działalność serca i przewodu pokarmowego zachowały się prawidłowo; podniesienia ciepłoty nie było. Mocz przybierał barwę ciemnego mahoni z odcieniem zielonkawym. Przy badaniu moczu, oprócz nieznacznej ilości białka, nie znaleziono ani barwników żółci, ani barwników krwi, ani czerwonych ciałek; nie było również odczynu na pochodne fenolu i salicylu.

Próba TROMMER'a, zrobiona ze względu na odtleniające własności hydracetyny, dała również wynik przeczący. Tylko próba JAFFE'go wykazała znaczne zwiększenie ilości indykanu w moczu. Krew badana drobnowidzowo nie przedstawiała żadnych zmian.

Pozyskaliśmy w hydracetynie środek istotnie skuteczny przeciw łuszczycy, ale zarazem, wobec bardzo nieprzyjemnych objawów ogólnych, wymagający wielkiej ostrożności w stosowaniu i dawkach.

(*Berliner klin. Wochenschrift. 1889. N. 28.*)

Edmund Kurella.

## Wiadomości terapeutyczne.

**21. Acidum agaricinicum, s. Agaricinum.** Grzyb, Hubka lekarska, lub modrzewiowa (*Polyporus officinalis*), jako środek leczniczy, znanym już był lekarzom wieków starożytnych. Grecy sprowadzali ów środek leczniczy z kraju sarmackiego, nazywanego przez nich: *agaria*; ztąd i sam grzyb, może być, dostał nazwę: *agaricus*, pod którą i dotąd go znamy w lecznictwie (*agaricus albus, s. boletus laricis*). Używano go głównie dla jego własności silnie przeczyszczających.

Następnie lekarze, mając do wyboru o wiele lepsze środki przeczyszczające, zdaje się, zarzucili, a może i zapomnieli o hubce lekarskiej. Atoli w medycynie ludowej wzmiankowany grzyb, szczególnie w postaci nalewki, bywa dotąd w najrozmaitszych krajach dość cenionym środkiem leczniczym.

Istotnie, około gr. xv sproszkowanej hubki modrzewiowej wywołuje bardzo obfite, wodniste wypróżnienia stolcowe, czemu nieraz towarzyszą silne bóle brzucha i wymioty: całe to działanie zależy prawdopodobnie od t. z. „czerwonej żywicy“, zawartej między innymi składnikami w hubce.

W drugiej połowie XVIII-go wieku zupełnie inną własność hubki lekarskiej, a mianowicie własność wstrzymywania potów, zaczęła zwracać na siebie uwagę lekarzy. Szczególniej wskutek zalecenia DE HAËN'a zaczęto powszechnie stosować hubkę lekarską przeciw zbyt niemu poceniu się u suchotników i artrytyków. W tym celu zwykle przepisywano gr. jii—v hubki modrzewiowej w połączeniu z makowcem — najczęściej w postaci pigułek.

Ta - to własność hubki wstrzymywania potów skłoniła wielu lekarzy do bliższego badania chemicznego, oraz do przekonania się, który mianowicie składnik chemiczny wywiera to swoiste działanie.

Pierwszy FLEURY w r. 1870 otrzymał kwas agarycynowy w stanie krystalicznym, a YOUNG w r. 1882 na mocy spostrzeżeń własnych zalecił wzmiankowany kwas, jako dobry środek leczniczy przeciwko zbyt niemu potom.

Oprócz tego kwasu, znaleziono w hubce jeszcze inne związki, o których tu nie wspominam. Zaznaczyć mi tylko wypada, że co się tyczy samego kwasu agarycynowego, to związki, otrzymywane przez rozmaitych badaczy, nie przedstawiały zupełnej identyczności, ale różniły się między sobą.

Badania HOFMEISTER'a dopiero przekonały, że różnica ta zależy poprostu od rozmaitych metod otrzymywania, a właściwie od domieszek, i że rozmaite przetwory, podane pod różnemi nazwami,

jak: *agaricinum*, *acidum agaricinicum*, *agaricussäure*, *agaricolum*, *laricinum* stanowią kwas agarycynowy, zanieczyszczony szczególnie różnemi gatunkami żywic, zawartych w hubce modrzewiowej.

Obecnie posiadamy już kwas agarycynowy [czyli agarycynę], zupełnie czysty — bez żadnych domieszek. Jest to proszek biały, lekki, krystaliczny z jedwabistym połyskiem.

W zimnej wodzie mało się rozpuszcza, w gorącej łatwiej. Woda wrząca łatwo rozpuszcza kwas agarycynowy, przyczem staje się pienistą; po ostudzeniu takiego roztworu kwas agarycynowy znowu osiada w kryształach.

Związki tego kwasu z alkalijsami są łatwo rozpuszczalne.

Kwas agarycynowy dość silnie drażni, tak, że zastrzykiwania podskórne sprawiają choremu znaczne bóle rozpromieniające się, a podany do wewnątrz w zbyt dużej dawce, np. gr. vjjj—xvj, wywołuje rozwolnienie i wymioty. Dawki małe, lecznicze, tych objawów nie wywołują.

Kwas agarycynowy główne zastosowanie dotąd znajduje dla powstrzymywania zbytniego pocenia się u suchotników. Pamiętać wszakże należy o tem, że działanie to uwydatnia się dopiero w pięć lub sześć godzin po zadaniu środka; dlatego też chory powinien agarycynę przyjmować przed wieczorem. Ponieważ działanie agarycyny trwa dość długo, ze 24 godzin, przeto zamiast jednorazowej zwykłej dawki można choremu zalecić kilka mniejszych dawek do przyjęcia w ciągu dnia.

D a w k a wynosi: 0,005 — 0,02—0,03—0,05 [gr.  $\frac{1}{12}$ —gr.  $\frac{1}{3}$  — gr.  $\frac{1}{2}$  — gr. 1].

Przepisywać można w proszkach, albo w pigułkach, najlepiej w połączeniu z przetworem mawkowca, np. z proszkiem DOWER'a.

1) Rp. *Acid. agaricini* gr.  $\frac{1}{4}$ —gr.  $\frac{1}{2}$ , *Pulv. Doweri* gr. j—gr. jj, *Sacch. albi* gr. vjjj. *M. f. pulv. d. t. dos.* Nr. 4. S. Na noc jeden proszek.

2) *Agaricini* gr. jj, *Pulv. Doweri* 3j, *Rad. Altheae*, *Mucilag. aa q. s. f. l. a. pil.* Nr. 20. S. Na noc 2—3 pigulek.

W końcu nie od rzeczy może będzie zwrócić uwagę, że agarycynę nie należy brać za jedno z agarytryną; są to dwa związki zupełnie różne.

22. *Agarythrimum*. *Agarytryna* jest to niezmiernie trujący alkaloid, otrzymany z grzyba *agaricus ruber* przez PHIPSON'a.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości bieżące.

— Na stanowisko Inspektora szpitali cywilnych po ś. p. D-rze WALTERZE, jak donoszą pisma tutejsze, wybranym został na ostatniem posiedzeniu rady miejskiej dobroczynności publicznej prof. WŁODZIMIERZ BRODOWSKI. Wybór przedstawionym został do zatwierdzenia władzy wyższej.

— Telegraficzne wiadomości donoszą z Krakowa, że prezesem odbywającego się w tem mieście Zjazdu chirurgów wybrany został prof. RYDYGIER, wiceprezesami zaś D-r OBALIŃSKI i WŁAD. STANKIEWICZ; sekretarzami BOSSOWSKI i WEHR, skarbnikiem TRZEBICKI. Prace swe przedstawili w pierwszym dniu zjazdu kol. JASIŃSKI, DEMBOWSKI, BARĄCZ, WEHR, BUJWID i ZIELEWICZ. Z lekarzy warszawskich, o ile wiemy, znajdują się na zjeździe również kol. JAKOWSKI i PESZKE. Kol. JAKOWSKI odczyta swą pracę o nosaciznie przewlekłej, która drukowaną będzie w naszym piśmie.

— Od kilku tygodni występuje w Warszawie o s p a i zabiera liczne ofiary — zwłaszcza z pomiędzy dzieci. Między innemi w suterenach gmachu Uniwersyteckiego choroba zaczęła grasować tak, że władza usunęła chorych do szpitali [dzieci głównie] i przedsięwzięła gruntowną dezynfekcję.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“ za Sierpień i Wrzesień, księgarni W-go Paprockiego.

# APTEKA SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,  
pod firmą

## D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

52—42

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne — Nowe środki  
lekarские — Barwniki D-ra G. Grublera z Lipska, oraz  
wszelkie przetwory, używane przy badaniach mikroskopowych  
poleca

**Apteka J. RUTKOWSKIEGO**, dawniej E. Wenera,

w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—38

# FRANCISZKA JÓZEFA WODA GORZKA

Dyrekcja w Buda - Peszcie

ma honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

**Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach składach wód mineralnych.**

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

|   |                |       |   |        |   |
|---|----------------|-------|---|--------|---|
| — | Hunyadi Janos  | 31.92 | „ | i 0.79 | „ |
| — | Friedrichshall | 11.20 | „ |        |   |

*Stuttgart w Marcu 1882.*

MATTONI'EGO

**GISSHÜBLER**

najczystsza

SZCZAWA

• a l k a l i c z n a •

Wybornie wypróbowana przy:

Chorobach narządów oddechania i trawienia przy pedogrze, niezycie żołądka i pęcherza,  
a przedewszystkiem przy chorobach dzieci.

Używana przed i po kuracyi Karlsbadzkiej

MATTONI'EGO

**WYCIĄGI BOROWINOWE**

SÓL

BOROWINOWA

ŁUG BOROWINOWY

najdogodniejszy środek do przygotowywania

kąpieli borowinowych i żelaznych w domu,

Wypróbowane od wielu lat przy:

Zapaleniu macicy i jajników, zapaleniu otrzewnej, blednicy, żołąch, krzywicy, upławach,  
usposobieniu do poronień, porażeniach, parezach, małokrwistości, goścéu, pedogrze, rwie  
kulszowej i hemoroidach.

MATTONI'EGO

**Woda Gorzka z Buda-Pesztu**

WYBORNÝ

ŚRODEK PRZECZYSZCZAJĄCY.

WYSYŁA wszystkie naturalne WODY MINERALNE  
i produktu źródłowe

**HEINRICH MATTONI**

FRANCENSBAD, — WIEDEN, — KARLSBAD.

**MATTONI & WILLE, BUDA-PESZT.**

26—21