

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w r. 1897. Podał Wł. Palmirski. — Przyczynek do etiologii ciąży zamacheznej. Podał D-r Fr. Stępkowski. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** O zapaleniu wyrostka robaczkowego. — **Streszczenia i wyciągi.** 166. O leczeniu zewnętrznem pryszczycy. 167. Drogi przewodnictwa i patogenesa padaczki korowej. 168. Dodatkowe nadnercza w okolicy przyjadrza. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 27 września r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Palmirski — Les résultats de la méthode prophylactique de Pasteur pendant l'année 1897. 2) D-r Fr. Stępkowski — Contribution à l'étiologie de la grossesse extra-utérine.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr. Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Palmirski — Die Resultate der Schutzimpfungen nach der Pasteur'schen Methode im Jahre 1897. 2) D-r Fr. Stępkowski — Beitrag zur Aetiologie der Extra-uterinschwangerschaft.

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

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w roku 1897.

Podał

WŁADYSŁAW PALMIRSKI.

W roku 1897 zgłosiło się o po adę ogółem 1101 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub podejrzone. Z tej liczby 135 osób nie podlegało leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez zwierzęta wyraźnie zdrowe, albo też chociaż przez wściekle lub podejrzone, to jednak nie do krwi, t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Następnie 12 osób przerwało leczenie samowolnie. Oprócz tego 15 osób z leczonych nie wciągnięto do statystyki z powodu, że próby na królikach nie wykazały wścieklizny. Tym sposobem w roku 1897 zaliczono do statystyki 939 osób.

Co do płci było: mężczyzn 604, kobiet 335. Leczeni pochodzili z miejscowości następujących: z gub. Warszawskiej 316, (w tej liczbie z Warszawy i okolic: Półcowizny, Mokotowa, Powązek, Woli, Pragi i t. d. 130), z gubernii Łomżyńskiej 59, Płockiej 23, Lubelskiej 30, Piotrkowskiej 107, Radomskiej 64, Kaliskiej 28, Kieleckiej 16, Siedleckiej 49, Grodzieńskiej 77, Miń-

skiej 39, Kowieńskiej 9, Wileńskiej 69, Wołyńskiej 9, Podolskiej 1, Mohylewskiej 15, Czernichowskiej 1, Suwalskiej 26, Kurlandzkiej 1.

Co do wieku było dzieci: 1-letnich 1, 2-let. 25, 3-let. 20, 4-let. 28, 5-let. 31, 6-let. 27, 7-let. 41, 8-let. 30, 9-let. 35, 10-let. 40, 11-let. 32, 12-let. 47, 13-let. 25, 14-let. 25, 15-let. 20. Starszych nad lat 15 — 512.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto leczenie, to: po upływie 1—2 dni po ukąszeniu leczyło się 202 osoby, 2—5 dni 432, 5—10 dni 208, 10—20 dni 57, 20—30 dni 16, 30—40 dni 18, przeszło 40 dni 6.

Pokąsanych przez psy było 857 osób, przez koty 44, przez konie 6, przez wilki 15, przez krowy 14, przez człowieka 1, przez świnie 2. Zwierzętami kąsającymi były: psy w przypadkach 586, koty w 23, konie w 6, wilki w 5, krowy w 6, człowiek w 1, świnie w 2.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzę kąsające było wściekle, dzielimy pokąsanych wzorem PASTEUR'a na 3 grupy:

A. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została przez szczepienie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt.

B. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została na zasadzie badania zwłok, dokonanego przez weterynarza.

C. Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekle na zasadzie objawów, podejrzone lub niewiadome.

Dane porównawcze z roku 1897, dotyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypałów, przedstawia niżej umieszczona tablica.

Uwaga. Przypały dzielimy na: wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypały żegadłem lub stężonymi kwasami mineralnymi zaraz lub po upływie kilku minut, w przeciwnym zaś razie wszelkie przypały uważamy za niewystarczające.

	A			B			C		
	Przypały.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypały.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypały.	Liczba pokąsanych.	Razem.
I. Ukąszenia zadane w twarz lub głowę {pojedyncze liczne . . .	9 12}	21		7 10}	17		17 27}	44	
Przypały wystarczające	—			—			1		
" niewystarczające	3			4			10		
" żadne	18			13			33		
II. Ukąszenia zadane w ręce {pojedyncze liczne . . .	35 75}	110		34 50}	84		138 264}	402	
Przypały wystarczające	2			—			—		
" niewystarczające	19			15			62		
" żadne	89			69			340		
III. Ukąszenia zadane w tułów i nogi . . . {pojedyncze liczne . . .	15 19}	34		13 15}	28		45 122}	167	
Przypały wystarczające	—			1			4		
" niewystarczające	6			11			32		
" żadne	28			16			131		
IV. Liczne ukąszenia w rozmaite okolice ciała . . .	—	10		—	1		—	21	
Przypały wystarczające	—			—			—		
" niewystarczające	3			1			4		
" żadne	7			—			17		
Ukąszonych przez rozdarte ubranie	46			19			119		
Ukąszonych w nagie ciało	129			111			515		
Razem		175			130			634	
Ogólna liczba pokąsanych					939				

Oдноśnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 61, w lutym 81, w marcu 74, w kwietniu 83, w maju 82, w czerwcu 97, w lipcu 110, w sierpniu 109, we wrześniu 78, w październiku 58, w listopadzie 43, w grudniu 63.

Z leczonych w 1897 roku zmarli:

1) Dokiniewicz Romuald lat 28, ze wsi Jawiczyna, Siewiliskiej włości, Trockiego powiatu, Wileńskiej gub., ukąszony 4 lutego 1897 r. w głowę przez wilka, którego wścieklizna stwierdzona została na zasadzie badania zwłok. Na miejscu ukąszenia t. j. w okolicy skroni prawej 1 rana do kości długości 4 ctm., pod okiem prawem 2 ranki głębokie. Ranki nie były przypalane, leczenie rozpoczęto 18 lutego 1897 r. D. był szczepiony 3 razy dziennie. 1 marca 1897 r. t. j. 12 dnia leczenia D. zaczął uskarżać się na ból w ranach pod okiem, który nie pozwolił mu spać. 2 III. Ból wzmacnia się i rozchodzi na część czołową i skroniową głowy z prawej strony, w innych narządach nic nie daje się zauważyć, oddech cokolwiek zaostrożony. Chory łaknienia nie ma, śniadania i obiadu nie jadł. Ciężota rano $37,2^{\circ}\text{C}$, tętno 91. Wieczorem ból głowy znośniejszy, chory czuje się lepiej, pił herbatę i jadł bułkę, zaczyna drzemać. Tegoż wieczora dało się zauważyć, że prawa ręka jest słabsza od lewej. Różnica ta występuje wyraźnie przy ściśnięciu i przy podnoszeniu jej do góry, które chory dokonywa z wysiłkiem. Żrenice oddziałują, przy ukluciu ranek z prawej strony ból silniejszy, niż z przeciwnej strony. Ciężota wieczorem 39°C ., tętno 102, oddech 28.

3 marca. Chory w nocy spał, uskarża się na ból głowy w tych samych miejscach, wody pić nie może, odrzuca go od kubka, przy dmuchnięciu skurcz mięśni krtaniowych nie występuje. Ciężota rano $38,2^{\circ}$, tętno 102. Chory opowiada, że czuje się lepiej. Należy zauważyć, że prawa ręka dziś jest silniejsza, niż wczoraj, chory toż samo potwierdza. O godz. 12 wypił pół kubka herbaty i wypalił papierosa. Ciężota o godz. 1-ej $38,7^{\circ}\text{C}$. O godz. 2-ej dostał ławatywę z 4 żółtek i 20 grm. cukru. O godz. 5-ej wypróżnienia.

O godz. 6 wieczorem ciężota $39,3^{\circ}$, tętno 96 napięte, R. 24. Chory chce spać i pić, lecz wody pić nie może. Z powodu pogorszenia stanu D. został odesłany do szpitala Jana Bożego.

4. III. Ciężota rano $39,7^{\circ}\text{C}$., tętno 138. D. ma wygląd charłaczy, spokojny, prosi jeść, lecz łykać nie może. Dostaje ławatywy odżywcze, spowiadał się, wieczorem czuł się bardzo osłabiony.

5. III. Chory pod wpływem halucynacji rzuca się, był bardzo niespokojny, dostąpić do siebie nie daje, ciągle chodzi, wzrok ma przenikliwy. Wieczorem dał się uspokoić, halucynuje jednak — wydaje mu się, że ktoś kropi go wodą, opowiada, że wypłuł głowę wilka i t. d. Tętno 140, skóra na dotyk chłodna. Chciał pić, lecz nie mógł, zjadł spory kawałek chleba.

6. III. Chory bez tętna, ciężota 38°C ., bredzi, zrozumieć go nie można, chwilami wstaje, przy przewiewie występuje skurcz mięśni krtaniowych.

7. III. O godz. 4 rano D. zakończył życie.

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: przekrwienie opony twardej i *piae matris*, przekrwienie mózgu stosunkowo nie wielkie, kiszkki cienkie silnie przekrwione, inne narządy wewnętrzne nic szczególnego nie przedstawiały. 2 króliki szczepione rdzeniem przedłużonym padły po 16 dniach.

2) Wołczenko Włodzimierz lat 8, ze wsi Stołpcy, Stołpeckiej włości, pow. i gub. Mińskiej, ukąszony 2. V. 1897 r. w głowę przez psa, którego wścieklizna była stwierdzona na zasadzie sekcji. Na miejscu ukąszenia t. j. pod prawą brwią 1 rana do krwi, która niezwłocznie była wypalona lapi-

sem. Leczenie rozpoczęto 9 maja, trwało przez 14 dni. W. był szczepiony 3 razy dziennie. Zmarł na wodowstręt 7 czerwca r. z.

3) Iwański Jan, lat 34 z Warszawy, ukąszony w palce lewej ręki 25. VIII. r. z. przez psa, którego wścieklizna była stwierdzona na zasadzie próby na króliku. Na miejscu ukąszenia 2 ranki do krwi, które były przemyte zaraz kwasem karbolowym. Leczenie rozpoczęto 26. VIII. r. z., trwało przez dni 12. I. był szczepiony 2 razy dziennie. Pierwsze objawy wystąpiły 18. IX. pod postacią bólu w miejscu ukąszenia. 19. IX. i 20. IX. ból ciągle trwał, jeść nie mógł. 21. IX. widok wody wywoływał skurcz mięśni krtaniowych, ból w ręce zmniejszył się, oddech przyspieszony, tętno 78, wzrok bystry, zachowywał się spokojnie, wieczorem został odesłany do szpitala Jana Bożego. 22. IX. chory niespokojny, ciągle się kręci, bredzi, pluje, chce jeść, lecz łykać mu trudno. 23. IX. życie zakończył.

4) Gromkowski Ludwik, lat 10, ze wsi Ceranów, gm. Sterdyń, pow. Sokołowskiego, gub. Siedleckiej, ukąszony 15. VIII. r. z. w lewy policzek przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Na miejscu ukąszenia kilka ranek drobnych do krwi. Ranki nie były przypalane. Leczenie rozpoczęto 18. VIII., trwało dni 14. G. był szczepiony 3 razy dziennie. Pierwsze objawy wystąpiły 14. IX., zmarł 18. IX. r. z.

5) Frydrych Władysław, lat 7, z Granicy pow. Olkuskiego, gub. Kieleckiej, ukąszony 31. X. r. z. w prawe przedramię przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Na miejscu ukąszenia 1 ranka do krwi, w gołe ciało, po 5 godzinach przypalana lapisem. Leczenie rozpoczęto 1 listopada r. z., trwało dni 12. Objawy wodowstrętu wystąpiły 21 grudnia r. z., tegoż dnia zmarł w szpitalu w Olkuszu.

6) Szlich Karol, lat 48, ze wsi Srebrna, gm. Raszew, pow. Łódzkiego, gub. Piotrkowskiej, ukąszony 5 sierpnia r. z. w głowę przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Na miejscu ukąszenia, t. j. na lewym policzku 1 rana głęboka, nad lewym okiem skóra zdarta, draśnięcie na nosie. Ranki nie były przypalane. Leczenie rozpoczęto 9 sierpnia r. z., trwało dni 14. S. był szczepiony 3 razy dziennie. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 6 września r. z., życie zakończył 8 września r. z.

A zatem wszystkich osób z leczonych metodą PASTEUR'a w r. z. zmarło 6, z tych 5 po leczeniu, 1 podczas leczenia. Odsetka śmiertelności wynosi 0,53%, jeżeli zaś przyłączymy i tego, który zmarł podczas leczenia, będzie ona wynosiła 0,64%.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się zebrać wiadomości o dwóch przypadkach.

1) Litwińczuk Marya, lat 36 ze wsi Janenik, Wołowskiej włości, gub. Grodzieńskiej, ukąszona w listopadzie 1896 r. w palec wskazujący prawej ręki przez psa niewiadomego. Na miejscu ukąszenia 1 ranka do krwi, w gołe ciało. Rana nie była przypalana. Zmarła na wodowstręt 1 stycznia r. z.

2) Więch Stanisław, lat 26, ze wsi Słópsk, gm. Małopole, pow. Radzyńskiego, gub. Warszawskiej, ukąszony 3 maja r. z. w prawą rękę przez psa niewiadomego. Na miejscu skaleczenia dwa draśnięcia. Zmarł na wodowstręt 28 września r. z.

Przy stosowaniu leczenia według metody PASTEUR'a posilkowano się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniem 8-io dniowym, kończąc dwu lub jednodniowym. Leczenie trwało od 10 do 14 dni; zastrzykiwano pokąsanym stosownie do ukąszenia 2—3 razy dziennie po 2 ctm. sz. dość

gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarażanego jadem stałym (*virus fixe*) Rdzenie przechowywane były w ciepłocie *maximum* 12—15° C.

Na zakończenie tego sprawozdania uważam za stosowne nadmienić, że dla danych statystycznych pożądane jest, ażeby pokąsani przywozili ze sobą mózg zwierzęcia kłusającego. Mózg — włożony do słoika z gliceryną, służyć może do prób nawet po kilku tygodniach i może być przesyłany pocztą, lby zaś zwierząt, przywożone do pracowni, podczas drogi najczęściej ulegają rozkładowi i nie mogą być użyte do tego celu.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO D-RA FR. NEUGEBAUERA W SZPITALU
EWANGIELICKIM W WARSZAWIE.

PRZYZYNEK DO ETIOLOGII CIĄŻY ZAMACICZNEJ.

Podał

D-r FRANCISZEK STĘPKOWSKI.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 43).

Przed kilkunastu laty przeważać zaczął pogląd, że przyczyny ciąży zamacicznej szukać należy raczej w zmianach błony śluzowej jajowodów, w ich zapalnym stanie. Makroskopowo można tych zmian nie rozpoznać, dopiero drobnowidz je odnajduje, ponieważ sprawa chorobowa jest w dość słabym stopniu wyrażona. Poważniejsze cierpienia błony śluzowej jajowodów, jak sprawy ropne, gruźlicze i t. d., zagnieździć się jaju zupełnie nie pozwalają. SCHAUTA i DÜHRSEN utrzymują, że w przeważającej liczbie przypadków winna jest rzeżączka narządów rodnych. Z 46 przypadków ciąży zamacicznej w 32 były według SCHAUTA'y widoczne zmiany kataralne błony śluzowej jajowodów po przeciwnej stronie; zmiany chorobowe były tego rodzaju, że autor był zmuszony oprócz ciężarnego jajowodu wyciąć także zmienione jajowody po drugiej stronie; w 9 zaś przypadkach mógł dowieść rzeżączki ich błony śluzowej. DÜHRSEN zgadza się z SCHAUTA'ą, że $\frac{3}{4}$ przypadków ciąży zamacicznej zawdzięcza swe powstanie zapalnym zmianom błony śluzowej jajowodu rzeżączkowego pochodzenia bez udziału zmian zapalnych w otrzewnie. Powiada on: „Für uns steht der Satz fest, dass die häufigste Ursache der Tubarschwangerschaft die Gonorrhoe ist—und zwar dadurch, dass sie eine salpingitis catarrhalis erzeugt“. Sprawa chorobowa, przechodząc z macicy na błonę śluzową jajowodów naprzód zajmuje *isthmus*, później *ampullam*, a wreszcie wyłot trąbki. Zmiany błony śluzowej najmocniej są wyrażone w odcinku macicznym (*endosalpingitis isthmica nodosa*), i dlatego właśnie DÜHRSEN na 29 przypadków w 19 znalazł przyczep jaja w przesmyku jajowodu. W nieżyto-
wym cierpieniu jajowodów badanie anatomo-patologiczne nam wykazuje: mocne obrzmienie i zgrubienie fałd błony śluzowej, drobnokomórkowe nacieczenie ich tkanki łącznej, zrosty tych fałd, następnie drobnokomórkowe nacieczenie warstwy mięsnej, jej przerost jak również tkanki łącznej międzymię-

śniowej. Nie ulega wątpliwości, że zmiany zapalne otrzewny miedniczej, wywołując przewężenie i przegięcie jajowodów, a przez to znosząc ich ruch robaczkowy i zwiężając wskutek przegięcia ich światło, mogą mieć za następstwo ciężę zamaciczną, lecz zmiany te otrzewny są już następstwem cierpienia błony śluzowej jajowodów. Zapalenie okołojajowodowe jest właśnie dowodem istnienia zapalenia błony śluzowej jajowodów.

Wskutek zmian na błonie śluzowej jajowodów następuje osłabienie ruchów rzęskowych i osłabiony ruch robaczkowy mięśni ścian jajowodów, które to zmiany wystarczają do zatrzymania jaja w jego pochodzie ku macicy. Z powodu zaś osłabionego ruchu rzęsków migawkowych przedostanie się nitek nasiennych do jajowodu jest ułatwione. Co do owego przejścia nitek nasiennych do jajowodów, przypuszczano dwie możliwości: albo nitki prawidłowo przechodzą do jajowodów i tam zapładniają jajo w jego pochodzie ku macicy, albo też nitki nasienne przenikają dopiero do chorych jajowodów wskutek zmian podanych wyżej (WYDER-DÜHRSEN). W pierwszym razie każda ciąża zanim stałaby się maciczną, byłaby wprzód jajowodową, jak to właśnie utrzymuje STRASSMAN. Do bardzo niedawnych czasów większość ginekologów była zdania (VEIT, MARTIN, KALTENBACH), że ruch migawkowy w macicy ma kierunek dośrodkowy, a w jajowodach odwrotny, że zatem ruch rzęsków w macicy sprzyja przedostaniu się nitek wyżej, kierunek zaś ruchu rzęsków w jajowodach nie dozwala nitkom nasiennym przejść do tych ostatnich. Dopiero niedawno HOFMEIER i MANDL, przeprowadziwszy szereg doświadczeń na wyjętych macicach, przekonali się, że ruch migawkowy w macicy jest skierowany od dna do *orificium internum*.

Oprócz przyczyn mechanicznych, powodujących zamknięcie światła jajowodów, jak polipy, nowotwory w narządach sąsiednich, według STRASSMAN'a najważniejszą rolę w etiologii ciąży jajowodowej odgrywa zapalenie tkanki okołomaciczej. Nie pozostają jednak bez wpływu, według niego, i chorobliwe zmiany samego jaja, jak nadmierna wielkość jaja płodowego, zmieniona jego spoistość, zmiany w błonie ziarnistej jajeczka.

SIPPEL na podstawie swych spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że zapłodnione jajo, wskutek wędrówki nazewnątrz jajowodu, może dojść do tego stopnia rozwoju, że będzie on sprzyjał przyklejeniu się jaja do błony śluzowej trąby przeciwnej strony. Byłyby to zatem te przypadki, gdzie ciało żółte znaleziono w jajniku nieciężarnej strony. Jednakże SIPPEL nie dowiódł, (co jest rzeczą trudną), że właśnie zapłodnione jajo wędrowało na drugą stronę.

WEBSTER na podstawie badań histologicznych i poglądów filogenetycznych jest zdania, że ciąża jajowodowa jest to objaw atawistyczny t. j. doczesna, która prawidłowo rozwija się w macicy, w tych razach rozwija się także w jajowodach; według więc tej teorii jajo może zagnieździć się w jajowodzie tylko wtedy, gdy istnieje ten odczyn genetyczny. U niższych zwierząt nie ma żadnej różnicy pomiędzy jajowodami i macicą; u wyższych jajowód rozdziela się na górną (*ovidukt*) i dolną (*uterin*) części; u najwyższych dolne oddziały łączą się w jedną macicę. U tych najwyższych ssawców macica tylko służy do rozwoju jaja zapłodnionego, u zwierząt zaś z jednym ciągłym kanałem rodnym, zatem gdzie niema różnicy pomiędzy jajowodami a macicą, jajo zapłodnione doskonale rozrosnąć się może w jakimkolwiek miejscu wzdłuż kanału. U kotów z dwurogą macicą jajo rozwinąć się może w całej rozciągłości każdego rogu, ponieważ błona śluzowa wszędzie przedstawia odpowiednie cechy. U krowy z dwurogą macicą zwykle rozwija się

tylko jedno jajo w jednym z rogów, lecz na błonie śluzowej w obu rogach rozwija się doczesna, jako wynik wpływu genetycznego. Zatem ciąża jajowodowa jest to wada rozwojowa. Małe dla WEBSTER'a mają znaczenie cierpienia błony śluzowej jajowodów, przeszkody mechaniczne, osłabiony lub zniesiony ruch migawkowy rząsek. Zmiany drobnowidzowe, spotykane w ścianach ciężarnych jajowodów, należy uważać raczej za następstwo ciąży zamacicznej, a nie za jej przyczynę.

Oto są w krótkich zarysach wszystkie teorie, jakie istnieją w sprawie powstawania ciąży zamacicznej.

DÜHRSEN na 35 zbadanych przypadków tylko w 11,4% znalazł narządy rodne zupełnie zdrowe, w 68,7% zaś były choroby jajowodów. W 10 przypadkach znalazł on wodostek jajowodu nieciężarnego jajowodu, dwa razy ropotok trąbki i jeden raz krwistek jajowodu. Z moich poszukiwań okazuje się, że zupełnie zdrowe narządy rodne były w 42%, przynajmniej najściślejze wywiady i dane, spostrzegane przy operacji, utwierdziły mnie w tem mniemaniu; krwistek jajowodu po przeciwnej stronie spostrzegałem dwa razy i raz jeden torbielowe zwyrodnienie jajowodu i jajnika po drugiej stronie. Następnie, jeśli przypuścić, że zapalenie błony śluzowej macicy rzezątkowe zawsze w następstwie wywołuje zapalenie błony śluzowej jajowodu, a zapalenie otrzewny miedniczej jest skutkiem tego ostatniego (SCHAUTA, DÜHRSEN), to odsetka cierpienia jajowodów byłaby w takim razie u mnie 51,5%.

Z liczby 33 przypadków ciąży zamacicznej 5 kobiet przed ową ciążą były nieplodne, co stanowi 15,2%. U DÜHRSEN'a odsetka ta wynosi 21,05%. Zatem moja odsetka i DÜHRSEN'a wykazują, że powstawanie pierwszej ciąży zamacicznej u nieplodnych dotąd kobiet nie jest tak rzadkim zjawiskiem i liczyć się z tem koniecznie należy. Zuznaczyć tu również muszę, że w dwóch przypadkach była nadmierna ilość skrętów jajowodów, a w jednym niedorozwój macicy. Zatem na 5 przypadków w 3 można było wykazać niedorozwój narządów rodnych. Następnie były to osobniki wątłe, mizerne lub nadmiernej tuszy z widocznymi objawami zaburzenia w odżywianiu; wywiady ujawniały przedwczesną śmierć rodziców; zwykle sieroty, które jedne wychowały się z pośród licznego nieraz rodzeństwa. Nie ulega więc wątpliwości, że pewna wrodzona wążłość narządów rodnych, ich niedorozwój sprzyjają powstawaniu ciąży zamacicznej.

Rodzi się pomimowoli pytanie, dlaczego nie przy każdym niezycie błony śluzowej jajowodów powstaje ciąża zamaciczna; wszak nie u każdej chorej z rzezątką jajowodów powstaje ciąża jajowodowa, a przeciwnie może być zawsze ciąża maciczna. Odczuwamy tu sami pewne braki w dotychczasowem objaśnieniu przyczyn ciąży jajowodowej. Żadna z obecnie panujących teorii zadowolnić nas zupełnie jeszcze nie może. Drugie pytanie: czy wszędzie tam, gdzie jest przeszkoda mechaniczna dla przedostania się jaja zapłodnionego do macicy, nastąpi ciąża zamaciczna *resp* przemiana błony śluzowej jajowodów na doczesną, zostało już w części wyjaśnione na drodze doświadczałnej. Przy rozwoju jaja zewnątrz macicy, w macicy dwurogiej, dwukomorowej i t. d., w jamie macicy lub w jamie po stronie nieciężarnej zawsze rozwija się typowa doczesna. Takiego rozwoju jednak doczesnej nie spotykamy w jajowodach w ciąży macicznej, jak również w ciąży jajowodowej po drugiej stronie. WEBSTER dowiódł tylko w dwóch przypadkach ciąży jajowodowej takiej przemiany błony śluzowej jajowodów na doczesną, a MANDL w jednym przypadku ciąży macicznej. Wypływa z tego oczywisty wniosek, że błona

śluzowa jajowodu oddziaływa na doczesną daleko słabiej, niż błona śluzowa macicy. Nawet w ciężarnym jajowodzie doczesna wytwarza się zwykle tylko na miejscu przyczepu jaja,

Na tej zasadzie, że ciąża jajowodowa bywa także u zwierząt (DOHRN, KLEBS), MANDL i SCHMIT z kliniki SCHAUTA'y przeprowadzili szereg doświadczeń na królikach w celu przekonania się, czy przeszkody mechaniczne dla przejścia jaja zapłodnionego do macicy będą miały za następstwo ciążę jajowodową. Przewiązywali oni jajowody u końca macicznego, zawierające napewno zapłodnione jajo, t. j. stwarzali warunki, jakie istnieją dla powstawania ciąży jajowodowej, jednakże ani razu jej nie otrzymali; również wtedy nie powstawała i ciąża maciczna. Po zabiciu zwierząt żadnych zmian na błonie śluzowej jajowodów nie było. Dla przekonania się, że w samej rzeczy w jajowodach były jaja zapłodnione, przewiązywali oni jajowód z jednej tylko strony i przekonali się, że po stronie przewiązanej róg macicy był pusty, po drugiej zaś stronie były płody po 3—4 sztuki i t. d. Okazuje się zatem, że sama przeszkoda mechaniczna nie wystarcza do wywołania ciąży jajowodowej. Tylko niektóre jajowody posiadają właściwość dawania zapłodnionemu jajowi odpowiedniego podłoża dla dalszego rozwoju, i w takich tylko jest możliwa ciąża zamaciczna. Dla wytworzenia się zatem ciąży jajowodowej potrzeba dwóch warunków: 1) żeby błona śluzowa jajowodów pod wpływem zapłodnionego jaja „oddziaływała na doczesną“, i 2) żeby istniała jedna z tych przyczyn, które utrudniają lub zupełnie znoszą możliwość przedostania się jaja do macicy. Dlatego to zapewne spotykamy stosunkowo rzadko ciążę jajowodową u pierwszy raz ciężarnych, ponieważ cierpienia błony śluzowej jajowodów nie zdążyły jeszcze się rozwinąć.

Powstająca dość rzadko ciąża jajowodowa u zwierząt dałaby się snadnie wytłomaczyć brakiem zmian zapalnych w jajowodach.

Pomimo istnienia odczynu genetycznego w jajowodach ciąża może być maciczna, jeśli jajo szybko zdąży przesunąć się przez jajowód do macicy. Dla tego to po ciąży jajowodowej może nastąpić ciąża maciczna lub może być maciczno-jajowodowa jednocześnie. Tak częste powstawanie ciąży macicznej, a względnie tak rzadkie ciąży jajowodowej objaśniamy sobie, jak to wykazał GRUZDIEW, różnicą w budowie błony śluzowej macicy i jajowodów. Według jego poszukiwań, gruczoły błony śluzowej odgrywają bierną rolę w tworzeniu się doczesnej, najważniejsze tu znaczenie mają komórki śluzowe. Otóż te komórki w błonie śluzowej macicy przenikają przez całą jej grubość, w jajowodach zaś jest ich bardzo mało. Zatem brak jest w jajowodach dostatecznej ilości elementów dla wytworzenia doczesnej. W przesmyku jajowodu warstwa tych komórek jest stosunkowo najgrubsza a w $\frac{1}{4}$ części macicznej jajowodów brak ich zupełnie. Można by było zatem przyjąć, że w jajowodach z odczynem genetycznym ilość tych komórek w błonie śluzowej jest znacznie większa, a przez to łatwiej może wytworzyć się doczesna, odczyn genetyczny polegałby więc na nieprawidłowem umiejscowieniu się komórek w błonie śluzowej jajowodów, jako objaw atawistyczny. Jednakże dotychczas, o ile mi wiadomo, nikt tego jeszcze nie dowiódł.

Pogląd WEBSTER'a, jego podkład atawistyczny, bądź co bądź, wprowadził naukę o etiologii ciąży zamacicznej na nowe tory; z pomocą tej teorii daleko łatwiej objaśnić sobie możemy przyczyny powstawania ciąży jajowodowej. Niektóre spostrzegane fakty w ciąży zamacicznej przemawiają na korzyść jego poglądu. Tak na przykład wszyscy ginekolodzy zgadzają się, że bliżnię-

ta dość często zdarzają się w ciąży zamacicznej. Według ARTHUR MITCHELL'a w rodzinach, w których często spotykamy porody bliźniętami, również często bywają wady rozwojowe (*monstra per defectum*, *monstra per excessum*). Wogóle poród bliźniętami jest to coś niezwykłego, jakieś uchylenie się od fizyologicznego prawa, jest to objaw atawistyczny; wielorództwo jest stanem nienormalnym, nieprawidłowym. W każdym razie nie należy się zapatrywać na poród bliźniętami, jako na objaw pełni sił i zdrowia. Hodowcy koni i bydła niechętnie witają poród bliźniętami ze względu na swój interes. Tak nazwany „*free martin Kuh*“ jest najlepszym tego dowodem, t. j. gdy z bliźniąt jedno jest jałówką, a drugie byczkiem, jałówka wtedy posiada zwykle jakieś wady rozwojowe. Odwrotnie zatem i matki takich dzieci mogą również przedstawiać pewne ułomności. Na 33 przypadki spotkałem 3 razy ciążę bliźniętami, co stanowić będzie 9,1%. Wreszcie jeszcze jeden dowód. Wiadomo, że płody ciąży zamacicznej są często niezdolne do życia wskutek wad rozwojowych. Tak na przykład, w dwóch przypadkach miałem możność spostrzegać torbielowate zwyrodnienie nerek i żałuję mocno, że nie robiłem badań pośmiertnych wszystkich płodów ciąży zamacicznej. Otóż w jednym przypadku u 4-miesięcznego płodu nerki były powiększone, powierzchnia ich nierówna z powodu wypuklających się torbieli, wielkości ziarnka prosa i większych o zawartości wodnistej, przezroczystej. Na przekroju miedniczka rozszerzona, tkanka zajęta przez liczne drobne torbiele. Takie zwyrodnienie nerek spotykamy często z innymi wadami rozwojowymi, jak: *uterus septus*, *bicornis*, *bipartitus*, *pes varus*, *labium leporinum* i t. d. Przypuszczają, że te torbiele nerek pochodzą z rozstrzeni resztek pierwotnej nerki (*Urniere*). Byłaby to zatem wada rozwojowa.

VIRCHOW w pracy „Ueber Nierencysten“ zapytuje siebie: „welcher Natur sind die Abweichungen des Mutterkörpers, durch welche eine so mächtige Abweichung ausgeübt wird“?

L I T E R A T U R A.

VEIT. Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart. 1884. HECKER. Monatschrift f. Geburtskunde. Bd. 13. SCHAUTA. Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. Wien. 1896. ORTHMANN. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 20. S. 171. WEBSTER. Die ectopische Schwangerschaft. Uebersetzung v. Eiermann. Berlin. 1896. AHLFELD. Lehrbuch der Geburtshilfe. GRUSDEW. Zur Histologie der Fallopischen Tuben. Centralbl. f. Gyn. 1897. Nr. 10. DUEHRSEN. Ueber operative Behandlung insbesondere die vaginale Coeliotomie bei Tubar - Schwangerschaft etc. Archiv. f. Gyn. B. 54. MARTIN. Krankheiten der Eileiter. Leipzig. 1895. SIPPEL. Monatschrift f. Geb. und Gyn. 1897. Bd. 5. H. 5. STRASSMANN. Beiträge zur Lehre von der Ovulation, Menstruation und Conception. Archiv f. Gyn. Bd. 52. S. 212. STRASSMANN. Ueber die Entstehung der ectopischen Schwangerschaft. Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 36. 1897. HOFMEIER. Zur Kenntniss der normalen Uterusschleimhaut. Centralbl. f. Gyn. 1893. MANDL. Ueber die Richtung der Flimmerbewegung im menschlichen Uterus. Centralbl. f. Gyn. Nr. 13. 1898. MANDL und SCHMIT. Beiträge zur Aetiologie und Pathologischen Anatomie der Eileiterschwangerschaft. Archiv f. Gynaekologie. 56 B.

WYKŁADY KLINICZNE.

BECK.

O zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Wiadomą jest rzeczą, że zapalenie wyrostka robaczkowego powstaje wskutek zakażenia drobnoustrojami, nie jest jednak dotychczas wiadomo, czy zależy ono od zakażenia swoistym jakimś zarazkiem, czy też od współdziałania dwóch lub kilku rodzajów zarazków. Najglówniejszą rolę odgrywa tu *bacterium coli commune*, a w postaciach bardzo złośliwych obok tego zarazka i *streptococcus*. WELCH utrzymuje, że oba te zarazki muszą działać wspólnie, aby wywołać zapalenie wyrostka robaczkowego, i okoliczność, że się *streptococcus* czasem nie znajduje, jeszcze nie dowodzi, że on w danym przypadku nie istnieje, gdyż przewaga kolonii *bacter. coli com.* jest tak wielka, że bardzo często kolonie *streptococcus* wcale zauważyć się nie dają. Być bardzo może, że od tego wspólnego działania zarazków zależy większa lub mniejsza złośliwość i różnorodność postaci zapalenia.

Z punktu widzenia praktycznego nie ma to znaczenia, czy ta lub owa postać zarazka sama przez się wywołuje zapalenie, czy też kilka postaci zarazków wspólnie działających. Teoretycznie łatwo sobie wytłumaczyć, że każdy grzybek chorobotwórczy sam przez się może powodować zakażenie. O *bacterium coli commune* wiemy, że w pewnych okolicznościach zaraźliwość jego może być bardzo duża. Według LESAGE'a i MACAIGNE'a zarazek ów, pochodzący z tkanek ustroju prawidłowego, odznacza się słabym działaniem, pochodzący zaś z tkanek chorobowo zmienionych jest bardzo złośliwy. Na prawidłową nieowrzodzoną błonę śluzową kiszek nie wywiera on żadnego działania, jeżeli zaś znajduje się on na owrzodzonej błonie śluzowej, działanie jego nie pozostaje bez wpływu na ustrój, tembardziej, jeżeli w danym odcinku kiszek istnieją jeszcze zaburzenia w krążeniu zawartości. Takim ewentualnościom najbardziej ze wszystkich narządów ustroju podlega wyrostek robaczkowy. I owrzodzenia na błonie śluzowej i zaburzenia w krążeniu zawartości jego występują tu bardzo często, do czego usposabiają wyrostek robaczkowy jego położenie i budowa anatomiczna: długi lecz wąski bardzo przewód, nadzwyczajnie krótka krezka, słabo bardzo rozwinięta warstwa mięśniowa i z tego powodu mała siła jego, służąca do wydalenia zawartości.

Autor przez długi szereg lat przy każdej laparotomii, gdzie to się okazało możliwem, badał wyrostek robaczkowy i znajdował w nim bardzo często małe twarde kałowe masy, które przy małym ucisku można było wydalić do kiszek ślepej. Przy zmianie położenia wyrostka, przy zgięciu lub skręceniu, co dzięki położeniu anatomicznemu tego narządu często następuje, zawartość jego do kiszek ślepej wydalić się nie może. Wydzielina więc wyrostka robaczkowego wraz z zawartością rozkłada się, drażni jego ściany, i wtedy, jak wiadomo, zarazki mają doskonałe pole działania. Wydzielina staje się śluzowo-ropną, drobnowidz stwierdza rozszerzenie naczyń błony śluzowej i podśluzowej, wypełnionych czerwonymi ciałkami krwi, w tkance łącznej widać nacieczenie drobnokomórkowe, które rozszerza się na warstwę mięśniową, rozdzielając coraz bardziej włókna mięśniowe, tak iż następuje niedowład warstwy mięśniowej. Wkrótce sprawa przechodzi na błonę podsukowiczą i surowiczą, i mamy wtedy obraz chorobowy, znany pod mianem *appendicitis simplex*. W tym okresie ostre objawy zapalenia mogą się rozejść; zupełny zaś

powrót do stanu prawidłowego, zdaniem autora, prawie nigdy nie następuje. Tylko błona surowicza pozostaje nietknięta, lecz w wielu razach następuje zrost z sąsiadującą pętlą kiszki, z siecią lub ze ścianą brzuszną. Błona śluzowa z wyjątkiem kilku blizn w niektórych miejscach po byłych owrzodzeniach, okazuje się prawidłową. Gdzie niegdzie utworzyły się zwężenia, w niektórych zaś miejscach znów widzimy rozszerzenia. Odkładający się w nich włóknik może się organizować i dać powód do zupełnego zamknięcia światła w niektórych miejscach. Następnie może warstwa mięśniowa, zwykle skąpa w wyrostku robaczkowym, się rozrastać po zapaleniu, błona podśluzowa grubieje, i cały wyrostek się znacznie powiększa, światło w niektórych razach może zupełnie zarosnąć, i mamy wtedy *appendicitis obliterans*. Powtórne zapalenie w takich razach nie jest wyłączone, co się jedynie nie zdarza wtedy, gdy nastąpił zupełny zanik wyrostka. W ten sposób wytłumaczyć sobie można zdarzające się czasem samowyleczenie.

W *periappendicitis* może nastąpić zapalenie otrzewny w okolicy wyrostka z utworzeniem zrostów. I wtedy przyjść może do wyleczenia: wysięk się wysysa i ostre objawy zapalenia znikają, tylko wyrostek pozostaje przyrośniętym do części sąsiednich. Bardzo często jednakże sprawa zapalna szerzy się dalej. Może przejść na błonę surowiczą narządów blisko leżących, i wysięk surowiczy może przejść w ropny (*abscessus periappendicularis*). Może zapalenie przejść drogą naczyń limfatycznych na otrzewną jako *lymphangitis*, według autora zależnie od jego rozmiarów *Appendicitis phlegmonosa circumscripta* lub *diffusa*.

Najczęściej jednak bywa, że wydzielina wyrostka robaczkowego przechodzi w ropę, i wyrostek pęka z powodu silnego napięcia jego ścian. Otwór w wyrostku z początku bardzo mały powoli powiększa się znacznie, i stosownie do tego ropa wylewa się do jamy otrzewny bardzo powoli lub raptownie—*appendicitis perforativa suppurativa*. Mogą się także przed pęknięciem utworzyć zrosty naokoło wyrostka, i będziemy wtedy mieli ognisko ropne otorbione—*abscessus appendicularis saciformis*.

Z powodu słabo rozwiniętej anastomozy naczyń wyrostka, bardzo łatwo tworzą się zakrzepy lub zatory, następnie zgorzel warstwy mięśniowej i błony surowiczej i przedziurawienie wyrostka przeważnie na wierzchołku—*appendicitis gangraenosa*. Zgorzel zwykle przechodzi na cały wyrostek, oddzielający się od kiszki ślepej w postaci czarno-zielonego przydatka, wypełnionego posoką.

W przypadkach, w których nawet już utworzył się ropień, przyjść może do samoistnego wyleczenia, zdarza się to jednak nadzwyczajnie rzadko. Ropień może pęknąć na zewnątrz lub do kiszki i opróżnia się ze swej zawartości, lub też ropa podlega przemianom wstecznym i wysysa się, i to tembardziej, jeżeli zarazki w ropie zginęły. Przy zgorzeli wyrostka podobne zejście, naturalnie, jest niemożliwe.

Samo przez się się rozumie, że wszystkie te postacie zapalenia nie są ściśle od siebie odgraniczone, i jedna przejść może w drugą. Ta lub druga postać zależy od czasu, kiedy mamy sposobność oglądania wyrostka robaczkowego *resp.* od czasu, kiedy przystępujemy do operacji wcześniej lub później.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego cechuje się zgrubieniem całego narządu, którego światło wypełnia duża ilość lepkiego śluzu, po części zmieszanego z ropą. Światło bywa w niektórych miejscach zwężone, w niektórych rozszerzone. Rozkład zawartości bywa bardzo często, i ztąd objawy ostrego zapalenia często się powtarzają.

Do rzadkich postaci zapalenia wyrostka należy zapalenie promienicze i gruczlicze. To ostatnie daleko częściej się zdarza, aniżeli się wogóle zdaje.

Co się tyczy objawów, cechujących zapalenie wyrostka robaczkowego, to przedewszystkiem występuje silny raptowny ból po większej części w prawym dole

biodrowym, niekiedy zaś w okolicy pępka lub w dolku sercowym. Zwykle występuje ból w tak zwanym punkcie Mc. BURNET'a, znajdującym się w środku linii, idącej od pępka do wyrostka biodrowego górnego przedniego. Do tego przyłączają się bardzo często nudności i wymioty. Ciepłota często bywa podniesiona, często zaś pozostaje prawidłową; tętno nie bardzo przyspieszone; niekiedy bywa zaparcie stolca, spostrzegano też nierzadko częste wypróżnienia. W okolicy wyrostka robaczkowego po największej części można wyczuć wzmożoną odporność; stałym objawem jest mniej lub więcej wyrażona tępość, zależna od zgrubienia i obrzęku tkanek.

W niektórych przypadkach objawy te znikają już po trzech lub czterech dniach. W przeważnej zaś liczbie przypadków pozostaje jednak nadczułość w okolicy wyrostka robaczkowego, i prędzej lub później występuje drugi napad, mogący także pomyślnie się zakończyć, lub też prowadzić do jednej z postaci groźniejszych.

W *periappendicitis* mamy te same objawy, tylko daleko ostrzej wyrażone, i nieraz wyczuć można wyraźny guz w prawym dole biodrowym, zależny od wysięku zapalnego, który po trzech lub czterech dniach może się wessać lub przejść w ropę.

Appendicitis phlegmonosa w ciągu pierwszych 36 godzin objawia się w ten sam sposób, co i *appendicitis simplex* lub *periappendicitis*, tak że rozpoznanie różniczkowe w tym czasie jest nie możliwe. Ciepłota może być także tylko nieco podniesiona, tętno dobre i nie przechodzi 90 uderzeń; niekiedy tylko występuje dreszcz. Z powodu silnie rozwiniętej bębnicy guz często wyczuć się nie daje, a mamy stępienie, objaw pod względem rozpoznawczym bardzo ważne mający znaczenie.

Appendicitis perforativa suppurativa również przy tychże samych objawach co i *append. simplex* występować może. Wogóle są tu wymioty częstsze i silniejsze, a bębница od samego początku większa. Odporność wyraźniejsza, wyczuwanie nic nie wykrywa z powodu znacznej bębnicy, za to przy opukiwaniu zwykle stwierdzamy wysięk, choćby najmniejszy. Częściej występuje tu także dreszcz, ciepłota może być mało podniesiona lub też dochodzi do znacznej wysokości, może być także prawidłowa. Tętno zwykle bywa przyspieszone, lecz również niekoniecznie liczba uderzeń musi być większa niż 90. Objawy te ustępować mogą, naokoło przedziurawionego wyrostka tworzą się zrosty, odgraniczające zawartość ropną od jamy otrzewny. Jeżeli zrosty są bardzo grube, to ciepłota i tętno mogą pozostawać prawidłowymi, gdyż wessanie ropy się nie odbywa. Takie ognisko ropne może przez długi czas istnieć i w niektórych okolicznościach tak małe sprawiać dolegliwości że chorzy czują się względnie dobrze, póki nie występuje chwila, że zabieg chirurgiczny staje się niezbędny. Bardzo jednak często zaraz na początku choroby występują objawy tak ciężkiego zakażenia, że w ciągu kilku godzin można się spodziewać zejścia niepomysłnego.

Także *appendicitis gangraenosa* zaczyna się w ten sam sposób, co i inne postaci, tak iż w ciągu pierwszych 24 do 36 godzin wcale nie wiemy, z jaką postacią choroby mamy do czynienia. Dopiero, gdy pokazują się objawy zakażenia otrzewny, wzdęcie brzucha, wymioty kałowe, zatrzymanie wypróżnienia i moczu, tętno przyspieszone, ciepłota niżej stanu prawidłowego, wtedy o istnieniu groźnej choroby żadna nie zachodzi wątpliwość, i już po dwóch lub trzech dniach następuje śmierć przy objawach szybko postępującej zapaści.

Dotychczas nie wszyscy jeszcze są w zgodzie, kiedy mianowicie należy przystępować do zabiegu chirurgicznego, jaka jest najodpowiedniejsza pora, i czy przedsięwziąć operację zaraz w początkach choroby, czy też w późniejszym już

okresie. Rozstrzygnięcie tych wątpliwości nie jest zadaniem tak łatwym, gdy zważy-
my, że zaledwie w połowie przypadków obraz kliniczny zapalenia wyrostka ro-
bachkowego już w początkach cierpienia tak jest jasno wyrażony, że pozwala już
wtedy sądzić o zmianach patologicznych, jakie zachodzą. Autor miał sposobność
się przekonać, że w przypadkach, w których bardzo wcześnie przystępował do ope-
racji wtedy, kiedy objawy wcale jeszcze nie były groźne, zmiany w wyrostku tak
daleko były posunięte, że w krótkim bardzo czasie mogło nastąpić przedziurawie-
nie wyrostka i wylew zawartości jego mocno septycznej do jamy otrzewny. Że zej-
ście w takich razach bardzo jest wątpliwe i rzadko bardzo pomyślne, przykładów
nie brak. Wogóle chirurg rzadko ma sposobność operować w ciągu pierwszych
48 godzin, lecz wtedy, gdy na zejście pomyślne albo już wcale liczyć nie można,
albo tylko przy nader szczęśliwych okolicznościach. Istnieją, prawda, przykłady
wyzdrowienia przy użyciu środków wewnętrznych, ale jest to tylko wyzdrowienie
pozorne, chory taki zawsze ma wyrostek patologicznie zmieniony, który po pe-
wnym czasie znów dać się we znaki może. Istniejący ropień taki, a pozostawiony
własnemu losowi, nie rzadko dać może początek ropniom podprzeponowym, ro-
pniom wątroby, opłucny, mózgu ze wszelkimi groźnymi następstwami. Nic więc
dziwnego, że statystyka wyzdowień po zapaleniu wyrostka robaczkowego jeszcze
wiele pozostawia do życzenia.

Na zasadzie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Przypadki, zakończone niepomyślnie po operacji, można było już z góry
uważać za stracone z powodu silnego zakażenia lub długiego ociągania się
z operacją.

2) Te przypadki, które przy leczeniu wewnętrznym „wyzdrowiały“, nape-
wnoby również wyzdrowiały, gdyby były operowane. Mała liczba przypadków
śmiertelnych jednak, w tych razach spostrzegana, więcej zależy od niedostate-
cznego doświadczenia chirurga, aniżeli od samego rękoczynu.

3) Prawie wszystkie przypadki podległe operacji, zakończyłyby się śmiercią
przy leczeniu wewnętrznym, gdyż, jak dotychczas, podlegają operacji prawie te tyl-
ko przypadki, w których już powstały ropnie, zgorzel lub zakażenie. Według obli-
czenia pewnego amerykańskiego chirurga, umiera rocznie w Stanach Zjednoczo-
nych 5000 chorych wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego, których możnaby
było zapomocą operacji, wcześniej dokonanej, uratować.

Rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego nie zawsze bywa łatwe. Au-
tor opisuje przypadek, w którym po otwarciu jamy brzusznej w miejsce zapalenia
wyrostka znalazł otok ropny pęcherzyka żółciowego, a w innym przypadku zna-
lazł ropne zapalenie przydatków macicy. Cięża zewnątrzmaciczna również może
być brana za zapalenie wyrostka, zwłaszcza, jeżeli już wystąpiły objawy zapalenia
otrzewny. Bywa także, że rozpoznajemy wewnętrzne zamknięcie światła kiszki,
wpochwienie, skręcenie, przystępujemy do operacji i znajdujemy zapalenie wy-
rostka. Nie rzadko trudno jest odróżnić zapalenie wyrostka od kolki nerkowej
lub kamieni żółciowych. Należy tu zwrócić uwagę, że w kolce nerkowej ból
przeważnie bywa w okolicy lędźwiowej i przechodzi do moszny i odbytnicy. Wy-
miotów prawie nigdy nie ma; nieraz spostrzegać się daje parcie na mocz, a w mo-
czu często znajdujemy krew.

W rzadkich przypadkach można zapalenie wyrostka wziąć za zapalenie
moczowodów, jeżeli to ostatnie powikłane bywa zapaleniem pęcherza mocz-
owego, kamieniami nerkowymi lub zapaleniem gruczołu nerek. Wyjaśnia w takich
razach sprawę obecność ropy lub krwi w moczu i przebieg przewlekły.

Wątpliwość między zapaleniem wyrostka i zapaleniem stawu biodrowego rozstrzygają promienie ROENTGEN'a.

Znane są przypadki, że tyfus w pierwszym tygodniu rozpoznano jako zapalenie wyrostka. Wyprowadza z błędu w takich przypadkach dalszy przebieg choroby, szczególnie charakterystyczna ciepłota. Tylko przedziurawienie wrzodu w tyfusie i powstałe z tego zapalenie otrzewny daje objawy zupełnie równoznaczne z objawami przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Przedziurawienie wszakże wrzodu tyfusowego nie występuje przed trzecim tygodniem, i z tego względu do pewnego możemy dojść wniosku podczas dalszej obserwacji chorego.

Pomimo, że przywykliśmy *typhlitis*, *perityphlitis* i *paratyphlitis* uważać za cierpienie równoznaczne z zapaleniem wyrostka robaczkowego, jednakże istnienie *typhlitidis stercoralis*, zdaniem autora, bezwarunkowo zaprzeczyć się nie daje. Rozpoznanie, naturalnie, w pierwszych dniach choroby jest trudne, jednakże ściśle badanie oraz niektóre właściwości guza, jego ciastowatość naprowadza nas na myśl, z czem mianowicie mamy do czynienia.

Co się tyczy leczenia, to autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą chirurgiczną i jako taka z chwilą rozpoznania powinna być leczona.

2) Jeżeli lekarz w początkach choroby nie jest w stanie określić stopnia zaraźliwości drobnoustrojów i ztąd wnioskować o lekkim lub ciężkim przebiegu zapalenia, najlepsze wyniki leczenia otrzyma, usuwając jaknajwcześniej wyrostek.

3) Jeżeli chory lub otoczenie na to się nie zgadza, należy stosować leczenie wyczekujące, lecz po napadzie należy choremu wytłumaczyć konieczność usunięcia wyrostka.

4) Jeżeli wykonanie operacji napotyka na pewne trudności, bądź ze strony chorego, bądź z braku kompetentnego chirurga, należy w ostrym napadzie ryzykować leczenie wyczekujące, a chory po szczęśliwie przeżytym napadzie może się poddać operacji wycięcia wyrostka.

5) Ze względu na to, że śmiertelność po zwyczajnem wycięciu wyrostka jest prawie żadna, należy operację zaraz po pierwszym napadzie gorąco choremu polecić.

Technika wycięcia wyrostka robaczkowego w czasie wolnym od napadu jest następująca.

Chory przez dwa dni pozostaje w łóżku i przyjmuje tylko płynne pokarmy. Po przyjęciu do szpitala, chory natychmiast dostaje łyżkę do dwóch oleju rącznikowego, nazajutrz i w dniu przed operacją otrzymuje ławatywę. Pole operacyjne odkaża się w sposób zwykły. Operator podczas operacji nosi sterylizowane rękawiczki, również i asystenci czynni przy operacji. Cięcie skórne w kierunku włókien mięśnia skośnego zewnętrznego zaczyna się nad spojeniem łonowem na szerokości 3 palców i kończy również na szerokości 3 palców poniżej przedniego końca 11 żebra. Włókna mięśniowe rozdzielamy na tępo. Po otwarciu jamy brzusznej wyciągamy wyrostek robaczkowy i usuwamy go według ogólnie przyjętych prawideł. Następnie nakładamy szew na otrzewną, na powieź poprzeczną, na mięśnie i skórę.

Operacja, przedsięwzięta w ostrym okresie, wykonywa się w ten sam sposób. Jeżeli tętno jest słabe, wstrzykujemy przed operacją pod skórę rozczyń soli kuchennej. Jeżeli wyczuć się daje wysięk, robimy cięcie nieco nazewnątrz i tem bliżej wyrostka przedniego górnego kości udowej, im więcej nazewnątrz znajduje się wysięk, aby nie nadciąć ściany wewnętrznej ogniska ropnego, oddzielającej od niego jamę otrzewny. Ponieważ wysięk po największej części sięga aż do małej

miednicy, to i cięcie skórne zaczyna się tuż nad spojeniem łonowem, a nie 3 ctm. po nad niem. Wyrostek robaczkowy wycinamy, jeżeli go z łatwością znajdujemy, w przeciwnym razie pozostawiamy go.

Jeżeli nastąpiła już zgorzel wyrostka robaczkowego, to pozostaje tylko powycinać tkankę zgorzelinową i zachować nadzwyczajną ostrożność przy każdym rękoczynie, by przez jakieś forsowne pociągnięcie kiszki ślepej zawartość jej nie wylewała się do jamy otrzewny. Szwu się nie nakłada, a całą jamę należy wytamponować muslinem jodoformowym.

(*Sammlung Klinischer Vorträge. Volkmann'a. 1898. Nr. 221*).

L. Krause.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

166. LEREDDE. O leczeniu zewnętrznem pryszczycy.

a) Aseptyka pryszczycy. W każdym rodzaju pryszczycy przede wszystkim powinniśmy starać się o aseptykę. W tym celu usuwamy strupy za pomocą rozmiękczejących kleistych okładów, odpowiadających ściśle wymiarami swej przestrzeni, zajętej chorobą. Po zdjęciu okładów, usuwamy strupy za pomocą waty i zmywamy wodą przegotowaną. Rozpylanie wody przegotowanej, pod wpływem którego odpadają strupy, jest najlepszym środkiem leczniczym przeciw pryszczycy strupowatej okolic uwłosionych. Wskazanie do ogólnej kąpeli stanowią rozlane sprawy ropne w pryszczycy ogólnej pierwotnej, a także i w pryszczycy następczej, powstałej wskutek świerzbiączki (*prurigo Hebrae*). Po za temi wskazaniami kąpeli zalecać nie należy, jako szkodliwych; jedynie w przypadkach przewlekłych możemy zezwalać na kąpiel z krochmałem, raz na 7—8 dni. W pryszczycy ostrej charakteru zakaźnego zastępujemy kąpiel przez ciągłe okłady z wody przegotowanej.

b) Opatrunki powierzchni pryszczycowej. Od wyżej wspomnianych okładów i opatrunków wilgotnych, odpowiednich dla początkowego okresu pryszczycy ostrej, możemy szybko przejść do opatrunków, działających silniej. Posługujemy się w tym celu wodnym roztworem kwasu bornego (3%) w połączeniu z boraksem lub dwuwęglanem sodu celem zmniejszenia drażniącego działania kwasu bornego.

Z ciał tłustych najużyteczniejszy jest świeży tłuszcz, zmieniany codziennie; wazelina zwiększa niekiedy zapalenie skóry.

Kauczuk wulkanizowany—stanowiący bardzo cenny nabytek w leczeniu pryszczycy—stosujemy trzy razy dziennie w postaci cienkiego listka, odpowiadającego ściśle swojej wielkością uprzednio oczyszczoneму obrażeniu. Trzy razy na dzień zmieniamy kauczuk, przyczem starannie go zmywamy wodą borną—a skórę wodą przegotowaną. Powyższe zastosowanie kauczuku wskazane jest w pryszczycach ostrej (z wyjątkiem obfitujących w strupy) i przy rozpoczęciu leczenia większości pryszczyc przewlekłych nie łojotokowych. Przy podrażnieniu lub najmniejszym ropieniu natychmiast usuwamy kauczuk i przechodzimy do opatrunków wilgotnych.

c) Leczenie redukujące. W pewnych przypadkach, w których pryszczycą ostrą jest chorobą całkiem zewnętrzną, i gdzie niema przeciwwskazania ze strony narządów wewnętrznych, możemy działać na skórę energicznie. Najodpowiedniejszy ku temu jest kwas pikrynowy w roztworze wodnym $\frac{1}{2}\%$; kompresy,

pokryte ceratką i zmieniane codziennie, nader szybko zmniejszają obrzęk i przekrwienie skóry. Należy jednak stosować środek ten oględnie, gdyż może on niekiedy drażnić.

Maść cynkowa (20%) odpowiednia jest w okresie cofania się pryszczycy ostrej i w pryszczycach przewlekłych. Pospolite to leczenie zaleca się zwłaszcza w szpitalu i wtedy, kiedy nie możemy sprawdzić skutku zabiegów energiczniejszych. Gdy jednak możliwość tę mamy, możemy, stosownie do wrażliwości skóry, używać stopniowo silniejszych maści, zawierających: *Ac. salicyl.* 1—3% (LASSAR), *Resorcini* 1—2%, *Ol. cadini* lub *Ol. Rusci* 1—3—5%. Możemy stosować *ac. pheniliolum* 1%, jeżeli wykwity nie bardzo są skłonne do podrażnień, lub jeżeli występuje silne swędzenie.

W pryszczycy przewlekłej, zastarzalej, liszajowatej możemy postępować o wiele energiczniej i stosować: *Ol. cadini* 10%, *Hydr. oxyd. flavi*, kalomel 2—5%, *Ac. pyrogall.* 1—3%.

Wszystkie te środki mogą być używane pod postacią plastrów w pryszczycy ograniczonej i przewlekłej. W pryszczycy przewlekłej, towarzyszącej świerbiączce, używa się, za przykładem UNNA'Y i PICK'a klejów bądź miejscowo—na wykwity pryszczycowe, bądź na całą powierzchnię ciała—jeżeli chodzi o uśmierzanie swędzenia.

Pomiędzy środkami, redukującymi pryszczycę, pierwsze miejsce zajmuje wodny roztwór saletranu srebra (1%); środkiem tym możemy posługiwać się jednocześnie z kauczukiem: codziennie po zdjęciu kauczuku dotykamy powierzchni roztworem saletranu srebra, poczynając od 1 : 40, i, o ile nie wystąpi odczyn zapalny (brak tego odczynu jest tu prawidłem), zwiększając dawkę do 1 : 20. Po zabiegu tym czekamy, aż powierzchnia obrażenia obeschnie, poczem nakładamy kauczuk. Metoda ta odpowiednia jest nawet dla pryszczyc rozległych i podostrych.

Pryszczycy łożotokowa, o ile nie jest moknąca, powinna być leczona, jak łuszczycy, za pomocą mocnych roztworów dziegciowych, kwasu pirogallowego 5%, kwasu salicylowego 5—10%, plastra de Vigo. Maści, zawierające siarkę, przy wysokich jej dawkach, mogą drażnić.

Leczenie niektórych umiejscowień pryszczycy. W pryszczycach na skórze uwłosionej nader ważną rolę gra przedwstępna aseptyka (za pomocą rozpylania). Włosy u mężczyzn należy strzyż. Po oczyszczeniu skóry, stosujemy czepek kauczukowy na noc. Gdy moknienie ustąpi i w postaciach przewlekłych zalecamy maście salicylowe, przetwory dziegciu, maście z kwasem pirogallusowym, u kobiet wcierania z wyciągu panamy. W pryszczycy powiek, występującej samoistnie lub towarzyszącej takież sprawie na twarzy, BESNIER zaleca z początku leczenie za pomocą ciepłych kataplazmów, rozpylań wody przegotowanej. Postaci wewnętrzne, według jego zdania, należą do okulistów; wreszcie w postaciach przewlekłych, łożotokowych stosujemy ostrożnie maści.

W pryszczycy łącznicowo-powiekowej w okresie podrażnienia stosujemy okłady z lekkiej wody bornej lub kataplazmy kleiste. Później zalecamy irygacje łącznicy i ciepłe okłady rano i wieczorem z roztworu *Hydr. cyanat.* 1% (BESNIER). W pryszczycy osady rzęs, po zdjęciu strupków, stosujemy obmywania z *Hg. cyan.* 1‰; nadżarcia przypalamy lapisem. Przy znacznej poprawie przechodzimy do maści cynkowej rano, wieczorem do maści z żółtego tleniku rtęci ½% (BASNIER). Często musimy uciec się do wrywania włosów.

W przebiegu pryszczycy warg u mężczyzn, o ile trwa ona nieco dłużej i przy każdym zakażeniu miejscowym, które nie ustępuje po rozpylaniu i zmywaniach przeciwnilnych, niezbędnem jest wrywanie włosów. Później zalecamy pasek

kauczuku, w razie potrzeby stosujemy i saetrzan srebra, a w przypadkach uporczywych skaryfikację. Zawsze należy zwrócić uwagę na stan jam nosowych, gdzie często kryje się przyczyna cierpienia. W pryszczycy na czerwonej części warg BESNIER zaleca lekkie środki ściągające, jak ratanię i boraks, miękkie mydło potażowe, olej dziegiowy. Najlepszym środkiem — o ile daje się on zastosować — jak skaryfikacja. Na noc nakładamy pasek kauczukowy. W pryszczycy brody włosy strzyżemy, leczenie zalecamy według zasad ogólnych. W postaciach podostrych i przewlekłych obmywamy kilka razy dziennie roztworem: *Hydr. cyanur.* 5,0, *Alcohol.* 90° 100,0. W okresie przewlekłym niezbędne jest wrywanie włosów, o ile zaś nie pomoże dziegieć, żółty tlenik rtęci lub saetrzan srebra, uciekamy się do skaryfikacji.

W pryszczycy rąk zabraniamy mycia rąk, zalecamy noszenie rękawiczek; maści powinny być gęste, jako lepiej ochraniające skórę. Jeżeli cierpienie paznokci zależy od pryszczycy palców, z usunięciem tej ostatniej (najlepiej za pomocą lapisu i kauczuku) wyleczymy je. O ile cierpienie to jest samoistne, możemy spróbować metody SABOURAUD'a, polegającej na codziennym nakładaniu na paznogie kawałka waty, zmoczonej w roztworze: *Jodi* 1, *Kali jodati* 2,0, *Aq. dest.* 1000,0 i pokryciu palcem kauczukowym.

W pryszczycy prącia — u dzieci — w razie zbyt dużego napletka — doradza się obrzezanie (*circumcisio*). U starców, jeżeli przyczyna sprawy kryje się w pozostawianiu moczu pomiędzy żołądździem a napletkiem, oddzielamy obie te powierzchnie za pomocą wacika i przysypujemy bismutem. Dobrze działają tu przyżegania lapisem 2%. W sprawach przewlekłych stosujemy olej dziegiowy, w przypadkach uporczywych nakładamy opaski stałe (BESNIER).

Pryszczycy moszny. W okresie podostrym zalecamy: rozpylania rano i wieczorem, okłady kleiste, letnie na noc, zaś opaski wilgotne na dzień. W okresie moknienia — lecz dopiero po zmniejszeniu się obrzęku — chory powinien nosić *suspensorium* z kauczukiem, który powinien być — równie jak i skóra — dokładnie oczyszczany trzy razy dziennie. Po ustąpieniu moknienia opaska z roztworem *Hg. cyanur.* 1 : 10,000 — wreszcie pędzlowanie roztworem lapisu (BESNIER).

W pryszczycy sromu (*vulvae*) należy przedewszystkiem wykryć przyczynę cierpienia. Po każdym oddaniu moczu zalecamy obmywania wodą borną, kilka razy dziennie stosujemy obmywania sublimatem $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$ ‰. W razie potrzeby użyteczne są stałe okłady wilgotne, przyżeganie lapisem.

Również i pryszczycy stolca daje się usunąć jedynie razem z usunięciem jej przyczyny. Przed defekacją okolice cierpiącą należy posmarować maścią: *Lanolin.* *Vaselin. aa.* 50;0, *resorcini* 0,5, po defekacji nakazujemy ciepłą kąpiel z wody bornej. W przypadkach uporczywych BESNIER doradza chryzofan 5‰ w maści — z warunkiem ostrożnego jej stosowania.

Leczenie pryszczycy z powodu rozszerzenia żył (*ecz. varicosum*) kończyn dolnych idzie szybko, jeżeli chory będzie pozostawał w spokoju, z kończyną podniesioną, o ile niema owrzodzeń i zapalenia naczyń chłonnych. W okresie ostrym należy zalecić okłady kleiste i kauczuk; w przypadkach przewlekłych BESNIER zaleca *empl. Zinci, diachyl.* i równomierny ucisk kończyny za pomocą opaski kauczukowej.

Pryszczycę stóp, występującą bez nadmiernego zrogowacenia, możemy wyleczyć kauczukiem, ewentualnie z pomocą lapisu. W przeciwnym razie zmiękczamy warstwy rogowe za pomocą kataplazmów kleistych, później wcieramy mydło salicylowe, wreszcie stosujemy maści z gliceryny, krochmalu i salicylu 5—10%. Usunąwszy warstwy zgrubiałego naskórka, leczymy pryszczycę na zwykłą modłę.

Przy nadmiernem wydzielaniu potu—stosujemy po za okresem pryszczycy obmywania: *sublimati* 1,0; *alcohol.* 90^o—200,0. *Aq. font.* 800,0 lub z $\frac{1}{5}\%$ roztworu nadmanganianu potasu, poczem stopy pudrujemy proszkiem: *cretae praepar.* 200,0 *bismuth. subnitr.* 10,0.

(*Gazette des Hôpitaux.* Nr.107. 1898).

Wacł. Sterling.

167. J. PRUS. **Drugi przewodnictwa i patogeneza padaczki korowej.** Różne istnieją poglądy co do miejsca powstawania epilepsji: jedni znajdują je w móście VAROL'a, drudzy (np. JACKSON, UNVERRICHT) — w korze mózgowia, inni wreszcie przyjmują t. zw. teorię mieszaną.

Niewątpliwie, przez drażnienie elektryczne kory można wywołać napad epileptyczny, i tam też należy szukać źródła napadu w t. zw. epilepsji korowej JACKSON'a; główny jednak mechanizm znajduje się prawdopodobnie gdzieindziej analogicznie z tem, jak przez drażnienie nerwu kulszowego otrzymuje się napad, którego źródło główne ma swoje siedlisko nie w nerwie. Wątpliwości te są tem większe, że nieznane nam są drogi, przez które podrażnienie przenosi się na inne części mózgowia i mięśnie obwodowe, oraz czy przy drażnieniu elektrycznem kory czynne są komórki *resp.* włókna ruchowe czy też czuciowe.

Na zasadzie doświadczeń na psach dowodzi UNVERRICHT, że drgawki występują nasamprzód w tej grupie mięśniowej, której ośrodek ruchowy w mózgowiu bezpośrednio jest drażniony, dalej drgają mięśnie, zależne od ośrodka, położonego tuż obok miejsca drażnienia i t. d., aż, gdy drgawki obejmą jedną połowę ciała — przenoszą się i na drugą—a to zwykle w kierunku od tylnych kończyn do głowy. Ten rodzaj rozprzestrzenienia się drgawek, *resp.* według UNVERRICHT'a, pobudzenia w korze mózgowej, oznacza on jako „prawo irradycji“, co w obrazowym przedstawieniu porównywa z tworzeniem się fal na powierzchni wody po rzuceniu kamienia. Teorya ta, mająca za sobą pokaźną liczbę 400 doświadczeń, nie jest jednak wolna od zarzutów: 1) typowy, według UNVERRICHT'a, sposób rozprzestrzeniania się drgawek podczas napadu epileptycznego bynajmniej nie spotyka się zbyt często ani w klinice (30—35% — BINSWANGER), ani w doświadczeniach (autora), a nawet w jednym i tym samym przypadku (klinicznym albo doświadczalnym) spostrzega się odmienny typ. 2) Pomimo wycięcia ośrodka ruchowego w korze odpowiednie mięśnie przyjmują udział w napadzie; co więcej—wycięcie ośrodków ruchowych jednej, a nawet obu półkul podczas drgawek obustronnych nie przerywa przebiegu napadu. 3) Wyosobnienie ośrodka ruchowego w korze za pomocą okrężnego cięcia lub przypalenia żegadłem nie zapobiega rozprzestrzenieniu się drgawek w sposób zwykły. 4) Za pomocą galwanometru lub wyosobnionego nerwu kulszowego żaby nie udaje się wykazać obecność prądów czynnych w korze podczas napadu—czyli że dróg przewodnictwa epilepsji korowej nie stanowi kora mózgowa. Na zasadzie powyższego widoczne są braki t. zw. prawa irradycji, i autor zajął się pytaniem, czy drogi przewodnictwa epilepsji korowej przebiegają w pęczkach piramidalnych. W tym celu w szeregu nader trudnych doświadczeń (na psach) przecinał drogi piramidalne jednej strony w 5 miejscach. Wyniki były następujące: 1) przy przecięciu *capsulae internae* drażnienie elektryczne kory jednej lub drugiej półkuli wywołuje drgawki mniej więcej tak, jak i przed przecięciem, 2) przy przecięciu środkowej części lub też całego *pedunc. cerebri*—drażnienie kory wywołuje obustronne drgawki, tak samo jak i 3) przy jednostronnem przecięciu mostu VAROL'a. 4) Przecięcie lub wycięcie jednej piramidy nie ma wpływu na przebieg napadu. 5) Przecięcie pęczków bocznych jednej strony lub też całej połowy rdzenia nie zapobiega powstawaniu drgawek dwustronnych.

A zatem jednostronne przecięcie dróg piramidalnych nie zapobiega uogólnieniu się napadu przy drażnieniu kory jednej lub drugiej półkuli.

W dalszym szeregu doświadczeń dwustronne przecięcie dróg piramidalnych w moście VAROL'a, piramidach oraz w *pedunculi cerebri*, gdzie przerwane zostały drogi czołowe i drogi mostowe potylicoskroniowe, również nie zapobiegło uogólnieniu się drgawek.

Ztąd wyprowadził autor wniosek, że poza drogami piramidalnymi i mostowymi biorą udział w przenoszeniu podrażnienia epileptycznego inne drogi, niewątpliwie ruchowe, nazwane przez autora drogami ekstrapiramidalnymi (*Extrapiramidenbahnen*). Celem wyosobnienia tych ostatnich, jako nieznanych, wybrał autor śródmózgowie (*Mesencephalon*), gdzie na niewielkiej przestrzeni skupione są drogi ruchowe obu kategorii, i przecinał wszystkie leżące w górnej części, nie tykając dróg piramidalnych, przebiegających w części podstawowej. W tych warunkach drażnienie kory za pomocą prądów nawet najsilniejszych nie wywoływało napadu drgawek.

Ostateczny więc wynik doświadczeń jest następujący: przenoszenie się pobudzenia w epilepsji korowej ma miejsce za pomocą wymienionych dróg ekstrapiramidalnych odśrodkowych, przebiegających w górnej części śródmózgowia, t. j. w *tegmentum* i w *substantia nigra*. W ten sposób pogląd UNVERRICHT'a okazuje się wadliwym.

Drugie zadanie pracy stanowi pytanie, jakie komórki *resp.* włókna podlegają drażnieniu przy działaniu elektryczności na korę — ruchowe czy czuciowe. Z pośród różnych środków próbowanych wybrał autor kokainę. Po posmarowaniu kory mózgowej 10% roztworem nie udaje się wywołać napadu drgawek nawet przy drażnieniu niekokainizowanej półkuli; zresztą skurcze oddzielnych mięśni spostrzegać się dają. Dowodzi to, że w okolicach ruchowych kory niewątpliwie się elementy czuciowe znajdują; dla wywołania napadu drgawek za pomocą drażnienia kory konieczne jest dostateczne pobudzenie tych elementów.

Wskazanemu działaniu kokainy (na zakończenie nerwów czuciowych) zawdzięcza autor możliwość stanowczego przekonania się o istnieniu dróg ekstrapiramidalnych oraz o ich czynności fizyologicznej. Po podziałaniu kokainą, a zatem po zniesieniu pobudliwości odruchowej, oraz po przecięciu dwustronnem dróg piramidalnych, drażnienie kory mózgowej zawsze wywoływało skurcz pewnych mięśni. Fakt ten tylko istnieniu dróg ekstrapiramidalnych przypisać należy. Bliższych danych o drogach tych autor jeszcze nie posiada, utrzymuje jednak na zasadzie doświadczeń, że krzyżują się w mleczu przedłużonym. Fizyologiczna czynność ich polega na przenoszeniu pobudzeń dla ruchów skojarzonych; tak np. w powyższym doświadczeniu występuje rozgięcie przedniej łapy jednej strony i jednocześnie zgięcie obu łap drugiej strony, t. j. tej, której półkula podlega drażnieniu. Jest to niewątpliwie ruch skojarzony. Przy ruchach dowolnych czynne są prawdopodobnie drogi piramidalne i ekstrapiramidalne.

Z badań powyższych, oprócz bezpośrednich wniosków, jakie dają i powyżej wyluszczone zostały, wysnuć jeszcze można pogląd na patogenezę epilepsji. Ponieważ dla wywołania napadu niewątpliwie konieczne jest podrażnienie elementów czuciowych, zatem wynika, że napad epileptyczny jest odruchem złożonym, w którym drogi ekstrapiramidalne główną odgrywają rolę. Jak każdy odruch, tak i napad epileptyczny z 3 znanych okresów pobudzenia się składa. Toż samo tyczy się i siły podrażnienia dla wywołania efektu i czasu między podrażnieniem (kory), a wystąpieniem napadu i stosunku wielkości wyładowania energii a siłą podrażnienia i t. d. Między uogólnieniem się napadu epilepsji korowej i rozpowsze-

chnieniem się odruchu w mleczu niema różnicy zasadniczej—zachodzi jedynie różnica—zależna od budowy anatomicznej mózgowia, innej niż w mleczu. Pobudzenie przebiega prawdopodobnie przez drogi ekstrapiramidalne lub ich kolaterale. Zgodnie z prawem PFLUEGER'a dla odruchów, pochodzących z mlecza, przeciał autor jedną połowę śródmózgowia i drażnił korę półkuli drugiej strony — zjawiał się typowy obustronny napad epileptyczny.

Doświadczenia te wykazują, że napad epileptyczny uogólnia się za pomocą istoty szarej śródmózgowia, mlecza przedłużonego i pacierzowego, podobnie jak inne odruchy.

Uważając napad epileptyczny jako odruch złożony, przebiegający przez istotę szarą układu nerwowego, należy sądzić, że nie ma oddzielnych ośrodków, stanowiących wyjątkowe siedlisko epilepsji. Ztąd i inne postacie epilepsji jako objawy odruchowe uznać należy, pomimo że punkt wyjścia jej w różnych nerwach czuciowych się znajduje.

(Wiener. klin. Woch. Nr. 33. 1898).

Luzenburg.

168. J. WIESEL. **Dodatkowe nadnercza w okolicy przyjądrza.** Dodatkowe nadnercza spostrzegano nie tylko w pobliżu narządu głównego, lecz i w miejscach mniej lub bardziej dalekich od tegoż. MORGAGNI i BARTHOLINI opisali podwójne nadnercze, GRAWITZ — dodatkowe nadnercze w nerce, dodając, że z tego tworzu może powstać nowotwór nerki, t. zw. *struma lipomatodes aberrata renis*; MARCHAND podaje 6 przypadków nadnercza w więzie szerokim, DAGONET, IVAN MICHAEL, GUNKEL i FRIEDLAND mniej więcej 10 przypadków dodatkowego nadnercza przy powrózku nasiennym, w odległości 1—2 cm. od główki przyjądrza; CHIARI — 4 przypadki dodatkowego nadnercza poniżej nerki, wreszcie Robert MAYER — 8 przypadków dodatkowego nadnercza w więzie szerokim. Zestawiając powyższe prace, dowiadujemy się tylko, że dotychczas spostrzegano, zresztą zupełnie przypadkowo, mniej więcej 10 przypadków dodatkowego nadnercza w okolicy narządów płciowych męskich, że leżało ono zazwyczaj tuż przy powrózku nasiennym, w odległości 1—2 cm. od główki przyjądrza, i tylko w 1 przypadku pomiędzy tem ostatniem i jądrem, wreszcie, że pod drobnowidzem na skrawkach można było rozpoznać tylko substancję korową. Autor zajął się systematycznym zbadaniem narządów płciowych męskich, a to pod względem obecności w nich dodatkowego nadnercza, zaś w następstwie określenia dokładnej topografii tego tworzu, jego stosunku do naczyń, jego delikatniejszej budowy, jednocześnie pobudzany praktyczną wartością takiego poszukiwania, bowiem przypadki GRAWITZ'a oraz MARCHAND'a wskazują na możliwość powstawania nowotworów z dodatkowego nadnercza.

Zbadał on 15 par jąder oraz przyjądrzy noworodków i takąż liczbę owych narządów u osobników w wieku 1—60 lat. Z 15 par jąder noworodków w 5 parach znalazł zarodki nadnercza obustronnie, zaś z pozostałych w 13 przypadkach jednostronnie; u dzieci i osobników dorosłych wyraźnych nadnerczy nie było, natomiast znajdował autor nagromadzenia oraz pasma komórek, które uważa za wynik rozwoju wstecznego położonych tu poprzednio nadnerczy dodatkowych. Z powyższego widać, że obecność tworów tych w okolicy narządów płciowych męskich stanowi u noworodków prawie правило, że następnie ulegają one rozwojowi wstecznemu. Na podstawie swoich preparatów uznaje autor za typowe położenie dodatkowego nadnercza w tkance łącznej, otaczającej powrózek nasienny, i mianowicie w miejscu wyjścia tegoż z ogona przyjądrza; rzadziej leży ono wyżej, sięgając górnego odcinka jądra, zaś jeszcze rzadziej wewnątrz ogona przyjądrza. Niezależnie od położenia bywa dodatkowe nadnercze zawsze otoczone obfitą siatką naczyń; z pośród tychże niektóre drążą do miąższu samego tworzu. W dobrze

rozwiniętych przypadkach spostrzega się mocna otoczka z tkanki łącznej, wyraźnie wyróżniająca się z pośród otaczającej tkanki. Wielkość dodatkowego nadnercza waha się od $\frac{1}{4}$ do 2 mm., budowa w zupełności odpowiada budowie narządu głównego, a więc znajdujemy wyraźnie rozwiniętą *zona glomerulosa*, *zona fasciculata*, mniej wyraźniej — *zona reticularis*; substancji korowej autor nie wykrywał. Komórki z oznakami żywej karyokinezy odpowiadały komórkom tworów prawidłowego. W pewnych atoli przypadkach spostrzega się nieco odmienną budowę: do miąższu narządu wkraczają liczne, grube naczynia krwionośne, które, rozgałęziając się obficie, niszczą substancję samego tworów. Autor przypuszcza, że są to początkowe okresy sprawy zanikowej, że na tej właśnie drodze odbywa się znikanie tych dodatkowych tworów.

Wspomniane wyżej nagromadzenia oraz pasma komórek, znajduwane u osobników starszych, prawdopodobnie resztki uległego zanikowi dodatkowego nadnercza, położeniem swym odpowiadały położeniu nadnerczy dobrze rozwiniętych.

Do wyświetlenia sprawy powstawania dodatkowego nadnercza w okolicy narządów płciowych męskich służył autorowi płód męski, długi na 2,8 cm., licząc od pośladków do ciemienia. Jądro oraz nadnercze leżały u niego we wspólnej łącznotkankowej, mezodermalnej otoczce. Jeżeli przypuścimy, że część nadnercza odsznurowuje się i następnie towarzyszy opuszczającemu się wraz z jądrem ku mosznie powrózkowi nasiennemu, staje się zrozumiałą obecność tejże w zajmującej nas okolicy. U tegoż płodu wątroba pozostawała w bardzo bliskim stosunku do nadnercza; odsznurowanie się części tego ostatniego narządu oraz pozostawanie tejże przy wątrobie może objaśnić przypadek SCHMORL'a — dodatkowe nadnercze w wątrobie.

(*Wiener Klinische Wochenschrift* Nr. 18. 1898).

Ant. Leśniowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 27 września r. b.

TREŚĆ: 1) ORZEŁ — Kilka uwag praktycznych o szkle wodnem w chirurgii. 2) STÓŻEWSKI — O leczeniu mechanicznem bezwładu połowicznego.

1) Kol. ORZEŁ miał odczyt treści następującej. Wobec stanowczego zwrotu w chirurgii ku leczeniu ochronnemu gruźlicy stawów, opa trunki unieruchamiające nabierają coraz większego znaczenia, szczególnie w praktyce dziecięcej. To też kol. ORZEŁ wypróbował w tej mierze różne materyały, między innymi i szkło wodne. To ostatnie nadaje się wtedy do użytku, gdy posiada odpowiednią gęstość, a ponieważ szkło wodne otrzymane za składów aptecznych jest zwykle zbyt rzadkie, przeto kol. O. zgęszcza je, nalewając do szerokiego cylindra bez pokrywki i trzymając na powietrzu kilka lub kilkanaście dni w miarę potrzeby. Szkło wodne winno mieć pozór gęstego syropu; jestto wówczas płyn żółto-brunatny, wyciągający się w nitki. Do użytku zaleca się tylko krzemian sodu. Z preparatem tym współzawodniczyć może tylko gips, przewyższając go pod względem szybkości zasychania, lecz ustępując mu pod następującymi względami: 1) sposób użycia jest prostszy, wystarcza bowiem owijać kończynę zwyczajnymi krochmalowymi bandażami, przewiniętymi w naczyniu ze szkłem wodnem; przy użyciu gipsu trzeba dość znacznej wprawy osobistej, jest się przytem zależnym od gatunku gipsu, bandażowanie trwa dłużej i trudno ustrzedz się od zawalania odzieży; 2) niebezpieczeństwo powstania odleżyn jest znacznie mniejsze; 3) opatrunek jest dwa razy lżejszy, spra-

wność kończyny przeto po zdjęciu opatrunku powraca znacznie szybciej. Wskazania do użycia szkła wodnego są te same, co do użycia gipsu. Cena szkła wodnego wynosi w Warszawie około 7 kop. za funt.

Kol. SOLMAN pyta, czy wydzieliną z rany wpływa i jak dalece na rozmiękczenie opatrunku szklanego.

Kol. ORZEŁ odpowiada, iż opatrunek pod wpływem dłuższego działania wydzieliną istotnie przemaka i mięknie, wszakże na nieznacznej przestrzeni wokół wyciętego otworu. Wadę tę mają i opatrunki gipsowe.

Kol. SKOWROŃSKI nie bardzo chwali szkło wodne. Używać go można, jego zdaniem, tylko w gruźlicy stawów i stłuczeniach. W przypadkach próchnienia kręgów gipsu nie można niczem zastąpić. Ujemną stroną preparatu jest to, że go nawet w Warszawie trudno dostać, a cóż dopiero na prowincyi.

Kol. ORZEŁ odpowiada, że stosował szkło wodne w kilkustach przypadkach nie tylko gruźlicy stawów, lecz wszelkich takich, w których wskazane jest unieruchomienie, np. w *gonitis serosa acuta*, lub *bursitis praepatellaris*, i zawsze otrzymywał wyniki pomyślne. W Warszawie niema żadnej trudności w nabyciu szkła wodnego, a na prowincyi, rzecz prosta, skoro zjawi się popyt, będzie i podaż, każda apteka w razie potrzeby sprowadzi preparat.

Kol. KRAJEWSKI przypomina, że pierwszy stosował u nas opatrunki ze szkła wodnego GIRSZTOWT. Wyniki stosowania tego lub innego materiału do opatrunku zależne są od osobistej wprawy chirurga: kto np. stosuje stale gips, będzie miał najlepsze wyniki po użyciu gipsu. W przypadkach próchnienia kręgów opatrunki ze szkła wodnego mogą być doskonałe, trzeba tylko przygotować gorset na odlewie gipsowym.

Kol. ORZEŁ czyni uwagę, że dawniej używał tylko gipsu, miał więc po temu odpowiednią wprawę; wnioski swe wyprowadza właśnie z osobistego doświadczenia z obu materiałami, co zaś do nabycia wprawy, to stanowczo łatwiej jest nauczyć się stosować szkło wodne, niż gips, jak się o tem mówi na kilku kolegach przekonał.

Według kol. GROGLIKA szkło wodne, zdadne do użytku, winno mieć ciężar właściwy 1,45—1,5, inaczej nie zasycha ono nawet po kilkudziesięciu godzinach. Szkło wodne schnie wogóle wolniej od gipsu i dlatego w przypadkach, gdzie chodzi szczególnie o szybkość zasychania, np. w złamaniach z przemieszczeniem odłamków, gipsu zastąpić nie może, albowiem odłamki, nim opatrunek zaschnie, mogły przyjąć położenie wadliwe. Nie pomogą wtedy ani zalecane przez kol. O. deszczulki, ani dodanie do szkła wodnego kredy lub magnezyi.

Kol. ORZEŁ nie sądzi, by potrzeba było oznaczać ciężar właściwy szkła wodnego, wystarcza, gdy jest tak gęsty, jak gęsty syrop; szkło wodne nie zasycha po kilkudziesięciu lecz po kilku godzinach, a najwyżej po 24, gdy warstwa bandażu jest gruba.

2) Kol. STRÓŻEWSKI mówił o leczeniu mechanicznem bezwładu połowicznego. Dzięki wielu badaczom stwierdzono, że w bezwładzie połowicznym porażone zostają nie wszystkie mięśnie, lecz pewne grupy fizyologiczne. Otóż w kończynie dolnej porażeniu zazwyczaj ulegają mięśnie, skracające nogę, a więc zginacze uda i goleni i wyprostne stopy, gdy mięśnie, wydłużające nogę, t. j. wyprostne uda i goleni i zginacze stopy są zdrowe lub nieznacznie osłabione. W kończynie górnej prawidłowość porażenia jest mniejsza, lecz i tu pospolicie porażony bywa układ, otwierający rękę i wykręcający kończynę nazewnątrz, pozostaje zaś zdrową grupa mięśni, zamykająca rękę i wykręcająca kończynę ku wewnątrz. Samo leczenie polega na stosowaniu ruchów biernych, czynnych i z oporami. Gdy chory żadnych

ruchów wykonywać nie może, stosować należy ruchy bierne i mięsienie; jak tylko zjawia się możność ruchów czynnych, chory winien je wykonywać jaknajdokładniej i w jaknajszerszych rozmiarach, przyczem stosować można opór. Prócz ruchów prostych należy chorego uczyć stać i chodzić, jak tylko może on już wykonywać ruchy kończyną dolną. Najprzód chory staje na dwóch, później na jednej nodze, początkowo z podtrzymywaniem, później o kiju, wreszcie o własnej sile. Ucząc się chodzić, chory powinien podnosić nogę wysoko, mając ją zgiętą w kolanie i dawać pierwszy krok chorą nogą. Ćwiczenia powtarzać należy kilka razy dziennie, unikając zmęczenia, i przystępować jaknajwcześniej, o ile niema przeciwwskazań ze strony mózgu lub serca. Zawroty głowy nie stanowią przeciwwskazania. Okolicznością ważną jest zwalczanie przygnębienia, w jakim znajdują się chorzy tego rodzaju. To też leczenie mechaniczne, nawet stosowane niewłaściwie, przynosi korzyść niezaprzeczoną, tembardziej, że nie wyłącza wszelkich innych zabiegów. Mówca otrzymywał wyniki pomyślne.

Kol. JANOWSKI stosował ten sposób po porozumieniu się z kol. S. z powodzeniem. Należy tylko ułożyć ściśle odpowiednie przepisy, by wszyscy mogli je stosować. Sposób ten zapobiegnie tworzeniu się wtórnych cierpień stawów, przykurczeń i wyprowadzi z apatii zarówno chorego jak i lekarza. Przy ocenie jednak wyników leczenia należałoby zwrócić uwagę na okoliczność następującą. Niedawno GILLES DE LA TOURETTE ogłosił pracę, w której twierdzi, że rokowanie u chorych, gdzie odruchy kolanowe są w pierwszym okresie prawidłowe, jest dobre; gdy odruchy są wzmożone, rokowanie jest wątpliwe i tem wątpliwsze, im odruchy są bardziej wzmożone, wreszcie gdy odruchy są osłabione, rokowanie jest niepomyślne. Otóż przy ocenie wyników leczenia należałoby wyłączać chorych z odruchami prawidłowymi t. j. te przypadki, w których rokowanie i bez leczenia mechanicznego jest dobre.

Kol. GAJKIEWICZ zwraca uwagę, że już CHARCOT zauważył, iż w późniejszych okresach bezwładu odruchy się wzmagają, co zależy od zwyrodnienia pęczków bocznych i nawet wystawił za prawidło, że jeśli chory po trzech miesiącach ma odruchy prawidłowe, to należy się spodziewać, iż prędko przyjdzie do zdrowia. Próbować leczenia mechanicznego należy, zdaniem kol. G., bez względu na stan odruchów.

Kol. JANOWSKI odpowiada, że nie mówił o wzmożeniu odruchów w późniejszym okresie bezwładu, gdyż jest to rzecz znana. Chodziło mu o odruchy w pierwszym okresie choroby.

Kol. SKOWROŃSKI uważa, że stosować należy leczenie mechaniczne w każdym przypadku. Jeśli nawet wystąpiły objawy spastyczne, to zazwyczaj inne mięśnie działają wtedy zastępczo, objawy te więc nie są przeciwwskazaniem do stosowania leczenia mechanicznego.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Olejek eterowy rośliny *melaleuca viridiflora* zawiera również jak i olejki eukaliptowy i kajaputowy terpinol i eukaliptol, ma zaś tę wyższość, że nie zawiera aldehydów, wobec czego jest zupełnie niejadowity. DOBOUSQUET-LABOR-

DERIE stosował go u chorych na gruźlicę płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, nieżyt nosa, ropne zapalenie pęcherza moczowego, rzeżączkę i otrzymał bardzo dobre wyniki. Wewnątrz daje D. dawkę 0,25 w kapsułkach lub syropie,

do przemian zaś używa 2% roztworu. Żadnego ubocznego szkodliwego działania D. nie spostrzegali. (Bulletin med. 22. VI. 98).

— Badania DURANTE'a wykazały, że u wyniszczonych ssawców często wzmagają się przed śmiercią waga ciała; zwiększenie wagi wynosi 50,0—300,0 i zjawia się na 3—6 dni przed zejściem śmiertelnym. (Soc. biol. par. Pos. 9. VII).

— STEPHENSON badał działanie midryny— nowego środka rozszerzającego źrenicę, i twierdzi, że odpowiada ona zupełnie celowi, rozszerza bowiem źrenicę, nie paraliżując mięśni akomodacyjnych. Po wpuśczeniu jednej kropli 10% roztworu rozszerzenie źrenicy występuje po upływie 15—60 minut i trwa około trzech godzin. (Lancet. 2. VII. 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Rada miejska Warszawskiej Dobroczynności publicznej otrzymała zawiadomienie, że ministerium spraw wewnętrznych zatwierdziło tymczasowe przepisy dla oddziałów ruchomych przy instytucie oftalmicznym w Warszawie.

— W dniu 23 b. m., wobec licznie zebranych kolegów z Warszawy, zostało poświęcone znacznie rozszerzone Sanatorium D-ra GEJSLERA w Otwocku. Sanatorium to rozporządza obecnie 40 dużymi pokojami, bardzo wygodnie i higienicznie urządzonymi. W zakładzie oprócz dużej jadalni znajdują się dwa duże salony oraz trzy werandy, na których leżą chorzy w celu odpowiedniego leczenia. Zakład kol. GEJSLERA zaopatrzony został w wodociągi i cały jest skanalizowany. W pobliżu Zakładu w oddzielnych budynkach znajdują się: zakład hidropatyczny, kąpiele ciepłe oraz zakład kumysowy wraz z mleczarnią.

— W pracowni bakteriologicznej prof. NOTHNAGEL'a w Wiedniu zaszedł wypadek zarażenia się dżumą. Pierwszą ofiarą był posługacz Barrisch, który zmarł po kilkodniowej chorobie; leczący go d-r MUELLER, pierwszy asystent prof. NOTHNAGEL'a zmarł w dniu 23 b. m., również na dżumę. Bliższe szczegóły o tym nad wyraz smutnym wypadku podamy w numerze następnym.

— Przy szpitalu żydowskim im. małż. Poznańskich w Łodzi powstaje od stycznia roku przyszłego oddział dla chorych piersiowych na 10 do 12 łóżek. Urządzenie i prowadzenie tego oddziału wzorowa-

ne będzie na zasadach, przez UNTERBERGER'a opracowanych, a ostatnio przez SOMERFELD'a, LEYDEN'a, HUEPPE'go zalecanych — podobnych, zresztą, do zasad, którymi się kierują uzdrowiska dla niezamożnych piersiowych (Volksheilstätten). W miarę rozwoju oddział ten ma być przeniesiony za miasto, jako filia szpitala; założenie samoistnego, prawnie, sanatorium wymaga zbyt wielkich nakładów, ponieważ złożony być musi w tym razie fundusz gwarancyjny. Zarząd szpitala wymienionego daje pomieszczenie i urządzenie szpitalne, utrzymanie zaś pokrywane będzie ze składek osób dobroczynnych. Po otwarciu oddziału ogłoszone będą szczegóły, tegoż tyczące.

— VI międzynarodowy zjazd otolodów odbędzie się w roku przyszłym w Londynie, pomiędzy 8 a 12 sierpnia.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki wychodzi 275 czasopism lekarskich. Czasopisma te rozchodzą się w liczbie 16 milionów egzemplarzy.

— Zmarli. W dniu 25 b. m. zmarł w Monachium czasowo tam bawiący d-r med. Stanisław KONDRATOWICZ, długoletni wydawca „Gazety Lekarskiej”. Obszerniejsze wspomnienie pogrzebowe o przedwcześnie zmarłym koleźce, podamy w jednym z najbliższych numerów naszego czasopisma.