

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O PZEPUKLINIE PRZEDOTRZEWNOWEJ.

Napisał

Bronisław Sawicki

asystent kliniki chir. szpit.

(Opis przypadków ob. Nr. 4).

Przepukliny pachwinowo-przedotrze- wnowe uwięźnięte.

Spostrzeżenie własne.

Dnia 13 Maja 1886 r. o godzinie 10-ej wieczorem zapi-
sał się do kliniki szpitalnej prof. Efremowskiego Defilij Wa-
sil, wyrobnik, lat 27 liczący. Lekarz miejscowy, rozpozna-
wszy przepuklinę uwięźniętą, zawezwał mnie niezwłocznie.
Przybywszy, zbadałem chorego i znalazłem co następuje:
Chory opowiada, że od lat najmłodszych zmuszony był cięż-
ko pracować. Zwłaszcza w ciągu paru lat ostatnich, pracu-
jąc przy cieślach, musiał wciąż dźwigać znaczne ciężary. —
Przed laty 4-ma podczas podnoszenia jakiegoś większego
ciężaru, po raz pierwszy wystąpił mu guz przepuklinowy
w prawej okolicy pachwinowej. Od tego czasu przepuklina
wypadała mu dość często przy każdym większym wysiłku.
Chory paska nie nosił, przepuklinę zaś sam sobie odprowa-
dzał. Odprowadzenie raz bywało łatwiejsze, drugi raz tru-
dniejsze. W ciągu tego czteroletniego okresu czterokroć po
wypadnięciu przepukliny występowały silne bóleści, czyli,
jak chory powiada, rznięcie w dolnej okolicy brzucha. Od-
prowadzenie wtenczas bywało bardzo trudne. Musiał on
za każdym razem męczyć się przeszło godzinę i używać
znaczej siły, zanim zdołał wepchnąć przepuklinę. Ostatni
raz bóleści po wypadnięciu przepukliny wystąpiły przed ro-
kiem i były o wiele silniejsze od poprzedzających. Do bo-

leści przyłączyły się nudności. Przepuklina wypadła o 5-ej po południu, choremu zaś udało się ją wepchnąć o 11-tej wieczorem. Czuł się on potem tak osłabionym, że cały tydzień przeleżał w łóżku. Obadwa jądra, o ile chory sobie przypomina, zawsze były na miejscu. Obecne cierpienie zaczęło się 13-go Maja, t. j. w dniu wstąpienia do szpitala. — Rano chory najadł się chleba z wędzonką. O godzinie 12 w południe chory znów spożył znaczną porcję chleba i wędzonki, poczem podniósł ciężką belkę; przy tem poczuł on, że mu przepuklina wypadła. Próby odprowadzenia nie powiodły się. Wprędce wystąpiły bóleści i wymioty masami pokarmowymi, potem płynem zielonawym; guz przepuklinowy powiększył się.

Widząc, że wielokrotnie, przytem ze znaczną siłą wykonywane próby odprowadzenia nie odnoszą skutku, chory zapisał się do szpitala. Badanie podmiotowe dało takie wyniki: męczyzna średniego wzrostu, układ kostny i mięśniowy rozwinięty umiarkowanie, odżywianie dość liche, powłoki zewnętrzne blade, tętno 100 siły umiarkowanej. W prawej okolicy pachwinowej wystaje podługowaty guz, wielkości jaja kurzego, zaczynający się w mosznie i przebiegający ukośnie z dołu i od wewnątrz ku górze i na zewnątrz do kanału pachwinowego. Otworu pachwinowego zewnętrznego guz przepuklinowy nie wypełnia szczelnie, wskutek czego, wprowadziwszy koniec palca, z łatwością można pierścien obejść wokoło. Sam guz przepuklinowy jest twardo-sprężysty, pokryty skórą niezmienioną, na ucisk dosyć bolesny, zwłaszcza w dolnej części.

Zrobiwszy kilka bezskutecznych prób odprowadzenia, postanowiłem przystąpić do operacji, którą wykonałem przy łaskawej pomocy D-rów Krajewskiego, Garbowskiego i Kijewskiego. Po należytem oczyszczeniu odpowiedniej okolicy i zachloroformowaniu chorego, rozciąłem powłoki zewnętrzne i worek przepuklinowy; z ostatniego wylało się około 1½ uncyi żółtawego, nieco mętnego płynu. W worku leżała pętlica кишки cienkiej, długości kilkunastu centymetrów, ciemno czerwonej barwy, wszędzie prawidłowo połyskująca. Wyciągnąwszy nieco więcej jelita na zewnątrz, wprowadziłem palec wskazujący do kanału pachwinowego i zupełnie swobodnie dosięgnąłem pierścienia pachwinowego wewnętrznego. Tu znalazłem zwężenie, pozwalające jednakże wprowadzić koniec palca dla osłony jelita przy na-

cinaniu herniotomem. Pomimo to, iż nacięcie zdawało się dostatecznym, próby odprowadzenia nie powiodły się. Nie pomogło i to, że po raz drugi wykonał nacięcia. Zarówno mnie, jak i D-rowi Krajewskiemu, którego uwagi okazały mi nie małą pomoc, udawało się odprowadzić część tylko jelita. Zresztą i ta część, którą można było przepchnąć po za pierścień pachwinowy, wypadła bardzo łatwo, jak tylko zaprzestano naciskać. Objaw ten wskazywał nam, iż miejsce zaciśnięcia istnieje gdzieś po za pierścieniem pachwinowym wewnętrznym i nasunął myśl o przepuklinie przedotrzewnowej, co się też przy dokładniejszym badaniu sprawdziło. Rzeczywiście, wyciągnąwszy całą pętlę z kanału pachwinowego i wprowadziwszy do niego palec, mogłem wyczuć co następuje: po za pierścieniem pachwinowym wewnętrznym i na wewnątrz od niego palec wyczuwał niewielką próżną jamę z gładkimi ścianami; zewnętrznego brzegu pierścienia nie można było wyczuć, gdyż tu leżało nieruchome jelito, stanowiące ramiona wypadniętej pętlicy, które kierowały się gdzieś ku górze i na zewnątrz. Dla dokładniejszego oryentowania się, przedłużyłem pierwotne cięcie ku górze i na zewnątrz, przecinając powłoki brzuszne i szyjkę worka przepuklinowego. Teraz można było widzieć dokładnie, że szyjka worka pachwinowego nie otwierała się do jamy brzusznej na wysokości pierścienia pachwinowego wewnętrznego, jak to bywa prawidłowo, lecz że ciągnęła się po za nim jeszcze około 2 cm. pomiędzy powięzią poprzeczną i otrzewną ścienną w kierunku na zewnątrz i ku górze, i tu dopiero łączyło się z jamą brzuszną za pomocą niewielkiego otworu brzuszno-go. Przedłużenie to szyjki worka pachwinowego, leżące pomiędzy otrzewną ścienną i powięzią poprzeczną, tworzyło na wewnętrznej swej ścianie wypuklenie, skierowane na wewnątrz i ku pęcherzowi — worek przedotrzewnowy. W ten sposób omawiane przedłużenie stanowiło rodzaj przed-sionka, do którego otwierały się: jama brzuszna, worek pachwinowy i worek przedotrzewnowy. Ten ostatni był wielkości niedużego jaja kurzego, skierowany ku pęcherzowi i zupełnie próżny; przednia ścianka jego zrosnięta była z powięzią poprzeczną, tylna zaś — z otrzewną ścienną. Łącząc się z przed-sionkiem, worek przedotrzewnowy tworzył w tem miejscu niewielkie przewężenie. Na wymiary otworu worka przedotrzewnowego i na własności otaczającego ta-

kowy obrąbka nie zwróciłem na nieszczęście należytej uwagi. W każdym razie otwór ten był większy od otworu brzuszego, który co najwyżej mógł przepuścić koniec małego palca. Otaczający otwór brzuszny obrąbek wytworzony był zdwojeniem otrzewnej i przedstawiał sobą twardy, niepodatny, ostry pierścień, tak mocno zaciskający jelito, że przy nacinaniu go hernijotomem, niepodobna było nawet końca palca wprowadzić dla osłony jelita. Po nacięciu zaciskającego pierścienia i po odprowadzeniu jelita zaszyłem otwór brzuszny trzema szwami węzłkowymi, poczem przystąpiłem do wyłuszczenia worka przepuklinowego. Z boków udało się to uskutecznić z łatwością, lecz od tyłu napotkałem wielką trudność ze strony powrózka nasiennego, silnie poskręcanego i mocno przylegającego do tylnej ścianki worka. Powrózek nasienny leżał na tylnowo-wewnętrznej powierzchni worka pachwinowego i na tylnej powierzchni worka przedotrzewnowego, to jest pomiędzy jego ścianką i otrzewną ścienną. Dokładnie stosunku powrózka do worka wewnętrznego, a głównie do otworu brzuszego nie zbadałem. Ażeby nie przedłużyć zbyt operacji, a nadto z obawy przecięcia tętnicy nasiennej lub przewodu odprowadzającego, co łatwo mogło się stać z powodu lichego oświetlenia, usunąłem tylko worek mosznowy i część worka przedotrzewnowego, włożyłem sączek i ranę zaszyłem. W ciągu dwóch dni następnych ciepłota występowała nieco po nad normę, lecz nie przekraczała 38°, rana pod 2-ma opatrunkami zagoiła się rychłozrostem i chory we dwa tygodnie po operacji opuścił szpital.

W danym razie mieliśmy do czynienia z przepukliną pachwinowo-przedotrzewnową sakiewkową, którą udało się nam rozpoznać dopiero podczas operacji. Co do przyczyn, jakie mogły tu spowodować wytworzenie się worka wewnętrznego, trudno coś pewnego orzec. Opierając się na podanym wyżej opisie, możnaby, o ile sędzę, najprędzej przypuścić, że cała sprawa zasadzała się na wrodzonym zboczeniu, to jest podciągnąć wszystko pod tłumaczenie Schmid't'a. Rzeczywiście to, cośmy opisali jako przedsiónek, mogło przypominać vestibule infundibuliforme Ramonéde'a. Odprowadzania wykonywane w ciągu lat 4-ch, mogły sprzyjać tylko następczemu wypukleniu ścianki przedsiönka, które wytworzyło worek wewnętrzny. Wszystko to jednak jest tylko przypuszczeniem.

Niżej podane opisy stanowią streszczenia wszystkich, ogłoszonych dotąd wypadków, które zdołałem w literaturze odszukać.

Idąc za przykładem Krönleina i Wagnera, stosunki anatomiczne wszędzie przytaczam prawie dosłownie za źródłami, z których czerpię. W skutek tego staram się w każdym wypadku zachować nomenklaturę i sposób opisywania odpowiedniego autora.

I. *Parise* ^{2,6}. Mężczyzna lat 34, przepuklina pachwinowa oddawna (strona niewymieniona). Jądro w kanale pachwinowym. Przepuklina wypadła i uwięzła. Po dwakroć odprowadzona wypada znowuż. Po 8-miu dniach uwięźnięcia herniotomija. Worek przepuklinowy w mosznie i kanale pachwinowym próżny. Śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały wypuklenie worka pomiędzy otrzewną i powięzią biodrową, zawierające kiszki cienkie. Zaciśnięcie nastąpiło w szyi worka przepuklinowego (*Bruchsackhals*) po nad i po za pierścieniem pachwinowym wewnętrznym. Worek przepuklinowy pachwinowy próżny.

II. *Cock* ^{2,6}. Mężczyzna lat 25, z wrodzoną przepukliną pachwinową lewostronną, zawsze łatwo odprowadzalną. Przed 2-ma laty było uwięźnięcie; odprowadzenie okazało się bardzo trudnem, przyczem razem z trzewiami wepchnięto jądro, które odtąd nie ukazało się już więcej w mosznie. Od czasu do czasu przepuklina występowała; odprowadzenie bywało teraz trudniejsze; często lekkie objawy uwięźnięcia. Ostatnim razem objawy uwięźnięcia wystąpiły gwałtownie i nie ustąpiły, pomimo odprowadzenia. Worek przepuklinowy próżny. Herniotomija. Rozcięto kanał pachwinowy aż do pierścienia wewnętrznego, który był dostatecznie szeroki. Wprowadzony palec wyczuwa kiszki. Uwięźnięcie trwa dalej. Śmierć. — Oględziny pośmiertne wykazały wypuklenie pomiędzy otrzewną i powięzią poprzeczną, zawierające kiszki cienkie. Zaciśnięcie nastąpiło w otworze, łączącym wypuklenie z jamą otrzewnej. Wprowadzony do kanału pachwinowego palec dostał się podczas operacji do wypuklenia przedotrzewnowego zamiast do jamy brzusznej. Kierunku wypuklenia dokładnie nie podano.

III. *Textor sen.* ^{2,6}. Mężczyzna lat 25, dobrze zbudowany. Brak prawego jądra. Od wielu lat przepuklina pachwinowa prawostronna, stopniowo powiększająca się, bolesna, odprowadzalna. Częste bóleści brzucha. Pasek nosił pół roku, lecz porzucił go z czasem, czując się lepiej. Na jeden dzień przed wstąpieniem do szpitala po wykroczeniu przeciw dyjciec przepuklina wypadła i wystąpiły objawy uwięźnięcia. Odprowadzenie z krótkotrwałym polepszeniem. Chory wstępuje do szpitala; tu znajdują guz w okolicy pachwinowej, dwakroć odprowadzają go w kąpieli, lecz po każdym odprowadzeniu guz na nowo wypada, jak tylko przestają go naciskać. Dwa razy stolce; bóleści pomimo to nie ustępują. Po upływie 3-ch dni od chwili uwięźnięcia herniotomija. W worku przepuklinowym duża brunatno-czerwona pętlica jelita. Brak jądra. Brama przepuklinowa drożna dla 2-ch palców. Podczas rozszerzania szyi worka nastąpiło obfite krwawienie. Po każdej próbie odprowadzenia jelito zno-

wu wypadu. Wreszcie wpełnięto jelito na dół i na wewnątrz. Niedrożność trwa dalej. Zapalenie otrzewnej i śmierć po upływie 30 godzin od czasu operacji. Oględziny pośmiertne. Przy pierścieniu pachwinowym wewnętrznym znaleziono słabo rozwinięte jądro, które leżało nad otworem kanału pachwinowego, tworząc tu rodzaj twardej klapki. Obok tej ostatniej do kanału pachwinowego wchodziła pętlica kiszki cienkiej; kilka innych pętelic znaleziono w wypukleniu, leżącym pomiędzy otrzewną, pęcherzem i mięśniami brzuszными. Do wypuklenia tego prowadził otwór okrągły, znajdujący się tuż przy jądrze. Krwawienie podczas operacji spowodowało przecięcie a. epigastricae. Peritonitis.

IV. H i l t o n ^{2,6}. Mężczyzna lat 34. Przepuklina pachwinowa lewostronna, wrodzona, uwięźnięta. Pomimo odprowadzenia objawy uwięźnięcia trwają. Herniotomia po upływie 7-miu dni od czasu uwięźnięcia. W worku przepuklinowym kawałek sieci. Idąc ku górze, osiągnięto jamy; po zrobieniu nacięcia wyciągnięto z niej kiszkę cieuką, którą napowrót zaraz odprowadzono. Oględziny pośmiertne wykazują wypuklenie łączące się z workiem pachwinowym i leżące na mięśniu biodrowym. Wypuklenie zawiera kiszki cienkie. Jądro na tylnej ściance kanału.

V. B i r k e t t ^{2,6}. Mężczyzna lat 36, dobrze zbudowany, z przepukliną moszną prawostronną uwięźniętą. Przepuklina, która pokazała się przed laty 15-tu podczas jakiegoś cielesnego wysiłku, miała wielkość pięści i była zawsze łatwo odprowadzalna. Chory nosił pasek stałe. Sam zauważył on oddawna obrzmienie ścianki brzusznej po nad okolicą pachwinową. Uwięźnięcie nastąpiło na 3 dni przed wstąpieniem do szpitala. Po każdym odprowadzeniu zawartość wypadu napowrót; uwięźnięcie trwa dalej. Badaniem wykazuje przepuklinę, wielkości pięści z przebiegającą ukośnie szyszją. Przepuklina znajduje się w związku z guzem, wielkości 2-ch pięści, który znajduje się nad więzłem Pouparta i skierowany jest do kolca biodrowego górnego. Pod okładami z lodu przepuklina sama się chowa. — Śmierć bez operacji po upływie 4-ch dni od chwili uwięźnięcia. Oględziny pośmiertne: Worek przepuklinowy próżny. Jądro na tylnej ściance kanału pachwinowego tuż nad pierścieniem zewnętrznym. Worek przepuklinowy przedstawia sobą otwarty processus vaginalis. Przed otrzewną znaleziono worek przepuklinowy, skierowany ku kolcowi biodrowemu górnemu i zawierający kilka pętelic kiszek cienkich. Pętelice łatwo można było przepchnąć do worka mosznowego, który tworzył sobą przedłużenie worka śródściennego (intraparietalen Bruchsackes). Wspólny dla obu worków otwór brzuszny, leżący przy tylnym pierścieniu pachwinowym, był dostatecznie szeroki. Uwięźnięcia, widocznie, nie było. Niedrożność spowodowała zakręcenie około osi kiszki cienkiej, leżącej w worku przepuklinowym. Peritonitis.

VI. C o o p e r ^{2,6}. Mężczyzna lat 58. Przepuklina pachwinowa prawostronna, istniejąca od lat wielu i wielokrotnie przez lekarza odprowadzana. W wigilię wstąpienia do szpitala przepuklina znów wypadła, lecz próby odprowadzenia nie powiodły się. W szpitalu odprowadzono ją z łatwością, jednakże potem w kanale pachwinowym można było wyczuć małe obrzmienie i niedrożność nieustępowała. Trzeciego dnia uwięźnięcia herniotomia. Worek mosznowy próżny. Wprowadzony do kanału pachwinowego palec nie osiągnął jamy otrzewnej, lecz napotkał na drodze napięty guz, który przyjęto za zgrubiały powrózek nasienny. We

dwa dni po operacji śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały, że worek przepuklinowy był próżny i przedstawiał sobą otwarty wyrostek pochwoy. Pod otworem, za pomocą którego wyrostek pochwoy otwierał się do jamy otrzewnej, znajdowało się ujście drugiego worka, leżącego pomiędzy otrzewną i powięzią poprzeczną, skierowanego na dół i na wewnątrz ku pierścieniowi udowemu. W worku tym leżała zmartwiała pętlica kiszki cienkiej, uwięziona w jego ujściu. Ta sama pętlica zakrywała otwór, łączący wyrostek pochwoy z jamą otrzewną, i podczas operacji zrobiła wrażenie zgrubiałego powrózka nasiennego. Cooper przypuszcza, że od razu wypadły dwie pętlice: jedna do worka przedotrzewnowego, druga zaś do worka wewnętrznego. Pierwszą odprowadzono, druga pozostała uwięziona.

VII. H e r n u ^{2,6}. Mężczyzna lat 40. Przepuklina pachwinowa prawostronna od młodości. Od lat kilku nosił pasek. Wypadnięcie przepukliny i uwięzienie nastąpiło przed dniami 7-ma w skutek jakiegoś większego wysiłku. Przepuklina sięga do moszny, jest miękka i znaczna część jej daje się odprowadzić. Wymioty, brzuch wzdęty, tętno nikle. Herniotomija. Znalaziono sieć, której część usunięto, część zaś odprowadzono. — Ostatnia wciąż wypada. Krótkotrwałe polepszenie, stolec, potem znów czkawka i wymioty. Rozcięto pierścień pachwinowy wewnętrzny, sieć odprowadzono, lecz miejsca zaciśnięcia nie znaleziono. Śmierć 4-go dnia po operacji, 11-go od czasu uwięzienia. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono poza pierścieniem pachwinowym wewnętrznym pomiędzy kością łonową i pęcherzem wypuklenie otrzewnej, wypełnione zmartwiałymi jelitami. Wypuklenie to współ z workiem przepuklinowym tworzyło rodzaj sakiewki, cienka szyja której leżała na gałęzi poziomej, jeden worek opuszczał się do moszny, drugi zaś wciskał się pomiędzy pęcherz i kość łonową. Wolny brzeg (Rand) worka wewnętrznego leżał na wysokości pierścienia pachwinowego wewnętrznego. Kiszka, aby przedostać się do worka wewnętrznego, musiała przegiąć się prawie pod kątem ostrym.

VIII. L e h m a n n ^{2,6}. Mężczyzna lat 45. Przepuklina pachwinowa prawostronna od młodości. Raz bywała większa, drugi raz mniejsza, w nocy chowała się zupełnie. Pasek nosił przy pracy. Odprowadzenie bywało raz łatwiejsze, drugi raz trudniejsze; po każdym odprowadzeniu, nawet gdy takowe było łatwe, występowało nieprzyjemne uczucie napięcia w prawej okolicy pachwinowej. Zaparcia naprzemian z rozwolnieniem; pokarmy wzdymające sprowadzały zawsze bólesci brzucha. Objawy niedrożności wystąpiły nagle, znaleziono brzuch nieco wzdęty, bolesny, kanał zaś pachwinowy zupełnie wolny, drożny dla palca aż do samego pierścienia wewnętrznego. Następnego dnia wypadła przepuklina, lecz bez trudności dała się odprowadzić. Po upływie 54-ch godzin od chwili uwięzienia twarz zapadnięta, tętno nikle; brzuch po nad prawą okolicą pachwinową napięty, bolesny, lecz guza wyczuć nie można. Operacja: Pusty worek przepuklinowy zawierał nieco tylko bezwonnego płynu; kanał drożny dla palca. Gdy probowano wyciągnąć worek nieco więcej, połał się z głębi płyn mętny, cuchnący. Przypuszczono zaciśnięcie wewnętrzne z przedziurawieniem. Śmierć po upływie 4 $\frac{1}{2}$ dni po operacji. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono w okolicy pachwinowej, 2,5 cale po nad więzmem Poupart'a wielki, półkolisty worek, na kształt pęcherza wystający do jamy brzusznej. Worek ten był mocno napięty, sięgał od wierzchołka pęcherza do kątnicy, i średnica jego wynosiła we wszystkich kierunkach 6 cali.

W swej tylnej górnej części worek posiadał okrągły otwór, mający $\frac{1}{2}$ cala średnicy i otoczony ostrym, włóknistym, pierścieniowatym obrąbkiem. Przez otwór ten do wnętrza worka przedostało się $\frac{3}{4}$ łokcia kieszki cienkiej z wyrostkiem robaczkowym. Jelito było ciemno zabarwione, lecz nie przedziurawione. Worek ten łączył się bezpośrednio z workiem mosznowym, lecz ani otworu jego, ani też ścianek nie można było dosięgnąć palcem od strony rany zewnętrznej. Worek wewnętrzny uniósł i odsunął na wewnątrz otrzewną ścienną, mieszcząc się tuż przed nią. Autor przypuszcza, że wypuklenie wytworzyło się stopniowo wskutek częstego wpychania trzewi razem z workiem pachwinowym.

IX. J a n z e r ^{2,6}. Mężczyzna lat 24. Przepuklina pachwinowa prawostronna wrodzona. Częste bóleści i kolki, które poprzednio występowały po odprowadzeniu. Tym razem odprowadzenie dało się wykonać zaledwie z wielkim wysiłkiem, po czem jednakże niedrożność nie ustąpiła. Po upływie 12-tu godzin wzdęcie brzucha i bolesność przy naciskaniu na okolicę kątnicy. Worek przepuklinowy widocznie pusty; kanał drożny dla palca. Pod wpływem opium i pijawek widoczne polepszenie, lecz 3-go dnia znów bóleści i wzdęcie brzucha, niepokój. Odgłos wypukowy na stronie prawej po nad więzmem Pouparta aż do pępka czczy. Bolesność teraz większa na stronie lewej, aniżeli na prawej. W nocy 4-go dnia twardy stolec, poczem kilka płynnych z wiatrami. 5-go dnia wymioty kałowe, zapasé. 6-go dnia dreszcze i śmierć bez operacji. Oględziny pośmiertne wykazały obecność sieci w worku mosznowym. Wyrostek pochwowy zamknięty po nad jądrem, sieć mocno przyrośnięta do zewnętrznego brzegu pierścienia pachwinowego wewnętrznego; świeże zrosty łączą ją z brzegiem wewnętrznym i z otrzewną ścienną aż do spojenia łonowego. U góry od strony prawej do lewej sieć była pokryta kiszkami cienkimi. Kątnica leżała na prawo od sieci, była mocno rozdęta i dosięgała prawie bramy przepuklinowej. Niewielka ciemno zabarwiona uwięźnięta pętlica kieszki cienkiej znajdowała się w wypukleniu otrzewnej, które leżało po za pierścieniem pachwinowym wewnętrznym, było skierowane ku dołowi biodrowemu i mocno zrosnięte z powięzią miednicy. Wypuklenie to spowodowane było, zdaniem autora, przyrośnięciem sieci do ścianki worka pachwinowego.— Sieć, pociągając wciąż otrzewną, unosiła jej fałdę i powodowała wytworzenie nowej kieszeni.

X. K r ö n l e i n ¹). Mężczyzna lat 54. Przepuklina pachwinowa prawostronna wrodzona, przeważnie bardzo łatwo odprowadzalna. Od lat 27 chory nosił pasek, zakładanie którego połączone było z trudnościami, ponieważ przy odprowadzaniu przepukliny jądro zawsze staowało przy pierścieniu pachwinowym zewnętrznym. Po zeskokczeniu z drabiny przepuklina wypadła i już nie dała się odprowadzić. Zaparcie, wymioty. Następnego dnia wstąpił do szpitala. Na stronie prawej średniej wielkości przepuklina mosznowa, niezbyt bolesna; skóra nad nią nie zaczerwieniona i nie napięta. Jądro wyczuwa się poniżej guza. Po zachloroformowaniu odprowadzenie powiodło się nader łatwo, przy czem jądro ustawiło się przed pierścieniem pachwinowym zewnętrznym. Kanał pachwinowy drożny dla palca i zupełnie wolny. Uwięźnięcie trwa dalej. Wzdęcie brzucha powiększa się. Bolesność zwłaszcza po nad prawym więzmem Poupart'a; powiększona odporność w tem miejscu. Przepuklina nie wypada. Zapasé. W 2 dni po uwięźnięciu herniotomija. Rozcięto worek przepuklinowy, zawierający nieco przezroczystego płynu bez zapachu, oraz jądro przylega-

jące do ścianki worka. Cały kanał pachwinowy drożny; na wysokości pierścienia pachwinowego wewnętrznego palec napotyka jakąś poprzecznie napiętą, sprężystą, gładką błonę—widocznie wierzchołek pętlicy jelita. Rozcięto cały kanał pachwinowy. Wprowadziwszy teraz palec po za pierścień pachwinowy wewnętrzny, można było wyczuć na zewnątrz od niego twardą, mocno napiętą taśmę, pod którą przechodziła wyczuła przedtem pętlica. Taśmę przecięto od dołu ku górze, poczem natychmiast wylała się znaczna ilość cuchnącego, krwawo zabarwionego płynu. Teraz rozcięto dalej powłoki brzuszne, począwszy od górnego kąta poprzędniej rany w kierunku ku górze i na zewnątrz. Po przecięciu najgłębszej warstwy powłok, którą przyjęto za otrzewną, znaleziono się, jak sądzono, w jamie brzusznej. Tu znaleziono w dole biodrowym zmartwiałą i już przedziurawioną pętlicę jelita cienkiego. Wycięcie zmartwiałego kawałka i zeszytanie kiszki z wpochwieniem górnego odcinka w dolny. Odprowadzenie zeszytej pętlicy, jak mniemano, do jamy brzusznej. Ustąpienie wymiotów, jednakże następnego dnia objawy obłędu opilczego, i chory umarł w 3 dni po uwięźnięciu. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono od strony jamy brzusznej: przez otwór otrzewnej, odpowiadający pierścieniowi wewnętrznemu ścianki brzusznej, wysuwa się z jamy otrzewnowej na zewnątrz pętlica kiszki cienkiej. W dole biodrowym otrzewna robi wrażenie, jakby była odłuszczone od swego łożyska i odsunięta do wewnątrz; przez otrzewną prześwieca jakaś sinawa kielbasowata masa. Od strony pola operacyjnego znaleziono: worek zewnętrzny sięga do połowy moszny, jądro ustawione przed pierścieniem zewnętrznym. Zeszyte jelito leży w wypukleniu worka przepuklinowego, znajdującem się pomiędzy zanikłą powiezią poprzeczną i pomiędzy odłuszczonej i odsuniętej otrzewną ścienną. Wypuklenie to, otwarte podczas operacji, ma wielkość pięści, i ścianka jego, przylegająca do otrzewnej ściennej, jest z takową zrosnięta. Pętlica jelita jest zupełnie ruchoma, i bez trudności można ją przepchnąć do jamy brzusznej przez wspólną szyjkę przepuklinową, odłuszczonej od pierścienia pachwinowego wewnętrznego i na 1 cal w głąb jamy otrzewnowej odsuniętej razem z otrzewną ścienną. Podczas operacji zatem otwarto nie jamę brzuszną, lecz tylko worek przedotrzewnowy. Uwięźnięcie miało miejsce w ujściu worka przedotrzewnowego. Górną część obrąbka, otaczającego ujście, wyczuło, jako taśmę, i rozcięto podczas operacji. Zaciśnięcie przeto operacyjna usunęła. Zapalenia otrzewnej nie było.

XI. F i e b e r ^{3,6}. Mężczyzna lat 24, z wrodzoną prawostronną przepukliną pachwinową. Paska nie nosił. Przepuklina zawsze łatwo odprowadzalna. W jeden dzień po uwięźnięciu wstąpił do szpitala i niezwłocznie był operowany. W worku przepuklinowym znaleziono kilka cali kiszki cienkiej mocno przekrwionej i stopę długi kawałek sieci. Po nacięciu pierścienia zewnętrznego i wewnętrznego, kiszkę udało się odprowadzić łatwo, sieć zaś z wielką trudnością. Ostatnia wciąż wypadła; wskutek tego podejrzewano obecność wypuklenia worka przepuklinowego, lecz takowego nie wykryto. By sieć utrzymać, nałożono szwy węzłkowe. Po operacji nie było najmniejszego polepszenia. Śmierć w 5 dni po operacji. Oględziny pośmiertne wykazały silne rozdęcie kiszki. Peritonitis. Do prawego kanału pachwinowego otrzewna wypukła się pod postacią worka przepuklinowego, 2" długiego i prawie 1" szerokiego. Worek ten na wysokości linii bezimiennej tworzy uchyłek (Divertikel) wielkości małego jabłka z wejściem (Zugansöffnungen) wielkości prawie orzecha włoskiego.—

Przednia ścianka uchylka przylegała do tylnej powierzchni błony zatykowej. W uchylku znajduje się mocno nastrzyknięta, ropą nacieczona sieć; po za uchylkiem znaleziono pół stopy długą pętlicę кишки cienkiej, w odległości 1-ej stopy od zastawki jelitowo-kątnicowej. Pętlica była mocno nastrzyknięta, z lekkimi oznakami zaciśnięcia.

XII. v. W a h l ^{2,6}. Mężczyzna lat 38 z wrodzoną lewostronną przepukliną pachwinową. Przepuklinę chory zauważył po raz pierwszy przed laty 8-miu i zaraz ją odprowadził. Od tego czasu aż dotąd przepuklina nie wychodziła. Uwięźnięcie od dni 7-miu. Próby odprowadzenia bez skutku. Wzdęcie brzucha, wymioty kałowe, nadczołość brzucha. W lewej pachwinie mocno napięty guz przepuklinowy wielkości pięści, sięgający do dna moszny. Herniotomija. Po otworzeniu worka wylała się znaczna ilość mętnego cuchnącego płynu. Po usunięciu powłoki włóknikowej z dolnego końca worka, znaleziono jądro i zmartwiała, już przedziurawiona pętlicę кишки cienkiej, długą 15 cm. Nacięto bramę przepuklinową, poczem udało się wyciągnąć nieco na zewnątrz boczne ramię pętlicy. Wycięto 15 cm. кишки i nałożono szew Lambert'a. Odprowadzenie udało się tylko niezupełnie, ponieważ mały kawałek jelita nie chciał wchodzić do jamy brzusznej. Badając, znaleziono że pierścień pachwinowy wewnętrzny zupełnie wolny na wewnątrz od góry i od dołu i po wykonaniu nacięcia przepuszcza swobodnie dwa palce. Od zewnątrz nie można było wyczuć, ponieważ tu leżało jelito. Widoczne było, że palec przechodził obok jelita do pustej przestrzeni. Ponieważ i teraz nie udało się odprowadzić zupełnie, przypuszczono obecność niewielkich zrostów i operację zakończono. Zapaść i śmierć w 7 godzin po operacji. Oględziny pośmiertne: Peritonitis. Na lewym brzegu sieci znaleziono zbity kłębek wielkości jaja kurzego, przedstawiający bliznowate ślady zaciśnięcia starej daty. Dolne pętlice jelit cienkich sklejone z miednicą. Podczas ich oddzielania znaleziono ramię doprowadzające, w odległości 5" od bramy przepuklinowej przedziurawione i otoczone kałem. Ramię odprowadzające stanowi ostatnie 1/2 stopy кишки cienkiej. Otrzewna podniesiona i mocno wypukłona ku górze i ku tyłowi. Pętlica jelita nie idzie w kierunku kanału pachwinowego, lecz bardziej na zewnątrz i ku górze. Badając stosunki od zewnątrz, t. j. od strony rany operacyjnej, znaleziono: wprowadzony na wewnątrz (medianwärts) od pętlicy palec przechodził do jamy brzusznej, wprowadzony zaś na zewnątrz (lateralwärts) wchodził do worka przedotrzewnowego, 5 cm. długiego, skierowanego ku górze i na zewnątrz, zawierającego odprowadzone jelito. Ostatnie, słabo sklejone ze ściankami worka, pozwala się łatwo wyciągnąć. Worek pachwinowy próżny. Otwór brzuszny obu worków był szeroki. Uwięźnięcie miało miejsce w części pachwinowej worka przepuklinowego. Uderzający był znaczny zanik powłok brzusznych po nad workiem przedotrzewnowym; zdawało się, iż wprowadzony do worka palec leżał tuż pod skórą.

XIII. D i t t e l ^{2,6}. Mężczyzna lat 19, z wrodzoną prawostronną przepukliną pachwinową. Uwięźnięcie od godzin 12-tu. Guz zajmuje kanał pachwinowy i górną połowę moszny. Jądra nie można znaleźć. — Czekano jeszcze godzin 12-cie, robiąc kąpiele i próbując odprowadzenia. — Herniotomija. W worku zewnętrznym pętlica кишки cienkiej, długa 10", ciemno brunatnej barwy, cała. Brama przepuklinowa bardzo szeroka, tak że nie potrzeba było robić nacięcia. Pomimo to odprowadzenie było nader trudne i niezupełne. Wprowadzony do kanału palec, wchodził widocznie

nie do jamy brzusznej, lecz do jakiejś małej próżni. Ruchy palca w kierunku na dół napotykały przeszkodę pod postacią jakiejś twardej, mocnej, poprzecznej listwy, wskutek czego nie można się było dostać do małej miednicy. Listwę tę przyjęto za taśmę łącznotkankową. Śmierć w 12 godzin po operacji. Oględziny pośmiertne: Wyrostek pochwowy otwarty, sięga do połowy moszny. W nim swobodnie leży jądro. Przed pierścieniem brzuszny kanał pachwinowy (Bauchring des Lei-tenkanals) wypukłł się wyrostek pochwowy ku górze i na zewnątrz, tworząc jeden większy gruszkowaty uchylek i drugi mniejszy. Wązka część obudwu uchyleków skierowaną była ku górze. Obadwa leżały na powięzi biodrowej i wązkie ich części szyćowe oddzielone były od pierścienia brzuszego za pomocą fałdy otrzewnej.

XIV. F r o r i e p ^{1,6}. Mężczyzna lat 28, dobrze zbudowany. — przepuklina pachwinowa, wrodzona, prawostronna. Objawy uwięźnięcia od 9-ciu dni. Przy badaniu nie znaleziono żadnego guza zewnętrznego, przypuszczano więc zaciśnięcie wewnętrzne. Prawe jądro wciągnięte po za pierścień pachwinowy zewnętrzny. Zastosowano środki rozwalniające i żywe srebro. Śmierć bez operacji 14-go dnia od chwili uwięźnięcia. Przy oględzinach pośmiertnych peritonitis. Patrząc od strony jamy brzusznej, znaleziono jelita mocno zaciśnięte w wejściu do kanału pachwinowego prawego. W tej samej okolicy wystawał 1½ cala długi okrągławy guz, zaczynający się u pierścienia pachwinowego wewnętrznego i skierowany ku górnemu kolcowi biodrowemu; otrzewna nad guzem była mocno napięta. — Badając od zewnątrz, znaleziono jądro ustawione w kanale pachwinowym, po nad znacznie rozszerzonym pierścieniem zewnętrznym. Po za jądrem spotkano 3 cale długą, wielokrotnie skręconą pętlę kiszki cienkiej; znajdowała się ona w worku, którego jedna część wchodziła do kanału pachwinowego, druga zaś, większa, leżała po nad pierścieniem pachwinowym wewnętrznym, pomiędzy otrzewną i mięśniami brzuszными. Worek łączył się z jamą brzuszną za pomocą otworu 4—5 linii szerokiego. Opróżniwszy jelito, udało się je odprowadzić. Wówczas okazało się, że tak niezwykle na zewnątrz i ku górze rozciągnięty worek stanowił część worka przepukliny wrodzonej; rzeczywiście na tylnej powierzchni tegoż worka do jego wnętrza wystawał sznurek nasienny i jądro. Ujście worka przepuklinowego było niezmiernie ciasne i tem się wyróżniało, że brzegi jego pół linii grube i ostre wystawały do wewnątrz. Froriep przypuszcza, że tego rodzaju ujście wytworzyło się w ten sposób: pierwotne ujście worka przepuklinowego zarosło i następnie w skutek przypadkowego rozerwania znów się otworzyło. Nowe ujście znalazło się w okolicy wewnętrznego brzegu pierścienia brzuszego górnego (oberer Bauchring) i ztąd aż do brzegu górnego, po nad którym powrozek nasienny wchodził do wewnątrz, ciągnęła się faldowata, mocna, ¾ cala długa blizna, którą można było zobaczyć od strony jamy brzusznej. Powrozek nasienny wewnątrz worka przepuklinowego był mocno poskręcany, leżące zaś po za pierścieniem zewnętrznym jądro, słabo rozwinięte, dosięgało zaledwie połowy prawidłowej wielkości. Jądro nie było silnie przymocowane i z łatwością można je było wypchnąć na zewnątrz z otworu pachwinowego zewnętrznego; wtenczas opadało ono na dno worka przepuklinowego. Jądro było przymocowane do dolnej części tylnej ścianki worka: nie tak mocno jednakże, jak to prawidłowo bywa. Wisiało ono na grubej, jak palec, i ¾ cala długiej szypule, wytworzonej przez naczynia powrózka nasiennego. Powłoka surowicza nie zaginała się na sa-

mém jądrze, lecz dopiero przy nasadzie opisanej szypuły. W skutek tego jądro było nader ruchome i łatwo było wepchnąć je przez pierścień zewnętrzny do kanału pachwinowego.

XV. B a e r ^{2,6}. Mężczyzna lat 52. Przepuklina pachwinowa prawostronna nabyta. Chory od lat kilku cierpiał na obrzmienie prawej moszny i bóle w jej okolicy. Bóle wznagały się to słabły. Przed dniami 4-ma w skutek większego wysiłku wystąpiło bolesne obrzmienie moszny z objawami uwięźnięcia. W prawej okolicy mosznowej twardy, walcowaty guz, poczynający się na dnie moszny i wchodzący do kanału pachwinowego. Skóra nad nim zgrubiała i obrzękła. Wobec powiększania się objawów uwięźnięcia przedsięwzięto operację. Zrobiwszy cięcie nad pierścieniem pachwinowym zewnętrznym, nie znaleziono worka przepuklinowego, lecz tylko zgrubiałą powrozek nasienny, który był właśnie wyczuwanym przedtem guzem. Przedłużono cięcie do pierścienia pachwinowego wewnętrznego. Podczas wydobywania powrózka ze żłobka pachwinowego (Inguinalrinne) na tylnej ściance ostatniego występuje przez fovea media sinawy guzik wielkości orzecha włoskiego, który przyjmują za przepuklinę. Brama przepuklinowa szeroka, przepuszcza dwa palce. Sama przepuklina odprowadza się łatwo, lecz znowu wypada, jak tylko zaprzestają naciskać. Przypuszczając uwięźnięcie wewnętrzne, worka nie rozcinalo i ranę zaszyto. Oględziny pośmierne: Kiszki mocno rozdęte. Po stronie prawej część jelit wchodzi do bramy przepuklinowej (Bruchpforte), mającej wielkość krajcara i odpowiadającej prawemu dołkowi środkowemu (fovea media). Wchodzące jelito jest przyklejone za pomocą wysięku do brzegu otworu. Rozciąwszy teraz od strony rany zewnętrznej worek przepuklinowy, leżący w kanale pachwinowym i w czasie operacji nie otwierany, wyciągnięto zeń 1¹/₂ stopy długą pętlicę jelita cienkiego. Pętlica przedstawiała wyraźne oznaki zaciśnięcia i długość jej w żaden sposób nie mogła odpowiadać rozmiarom znalezionej podczas operacji worka przepuklinowego (orzech włoski) — Wprowadzony teraz do kanału pachwinowego palec wchodził do jakiejś obszernej jamy, w której wyczuwał u góry otwór wielkości krajcara. Całość tak się przedstawiała: Worek przepuklinowy miał postać worka podwójnego, którego część mniejsza wyszła przez fovea media, większa zaś legła w małej miednicy, obok pęcherza. Ta ostatnia miała kształt okrągławy i wielkość 2-ch pięści. Obadwa worki, łącząc się z sobą obszernym otworem, miały wspólne ujęcie do jamy brzusznej, wielkości krajcara, leżące od tyłu i nieco po nad dołkiem środkowym. Obadwa worki (tylny i przedni) obejmowały sobą gałąź poziomą kości łonowej. Worek tylny czyli wewnętrzny leżał pomiędzy otrzewną i powięzią miednicy. Tylna ścianka jego była mocno zrośnięta z otrzewną, która na wolnym tylnym brzegu ujęcia tworzyła twardą niepodatną fałdę. Brzeg przedni był mniej ostry. Uwięźnięcie miało miejsce na tylnym ostrym brzegu ujęcia worka wewnętrznego. Powrozek nasienny był mocno obrzękły i twardy.

XVI. A r n a u d ^{2,6}. Mężczyzna lat 68. Przepuklina pachwinowa (strona nie podana). Herniotomija, robiona z powodu uwięźnięcia, żadnej ulgi nie przyniosła. Następnego dnia śmierć. Oględziny pośmierne wykryły wypuklenie worka przepuklinowego, leżące przed otrzewną ścianą po nad kością łonową i zawierające w sobie zczerniałe, pozelepiane i blizkie zgorzeli jelita. Wypuklenie było mocno zrośnięte z otrzewną, nieru-

chome. Szyjka worka przepuklinowego (Bruchsackbals), znajdująca się po nad pierścieniem pachwinowym wewnętrznym, była zgrubiała, ciastna i twarda, w skutek czego należało ją przeciąć przed odprowadzeniem.

XVII. Pelletan ^{2,6}, Mężczyzna lat 40. Oddawna miał lewostronną przepuklinę pachwinową. Przepuklina bywała już dość duża, gdy zaczął nosić pasek. Odprowadzenie zawsze było trudne. Po jakimś wysiłku przepuklina wypadła i już jej nie można było odprowadzić. W 5 dni potem chory zapisał się do szpitala, gdzie zaraz dokonano herniotoronii. W zgrubiałym worku przepuklinowym znaleziono dużą poczerńiałą pętlicę kiszki cienkiej, którą z trudnością tylko dało się odprowadzić. Po operacji nie było żadnego polepszenia. Wzdęcie brzucha, wymioty kałowe, śmierć w 3 dni po operacji. Oględziny pośmiertne wykazały, że kiszkę odprowadzono nie do jamy brzusznej, lecz do wypuklenia, leżącego za kością łonową; wypuklenie to łączyło się z workiem przepuklinowym, lecz było mniejsze od niego. Obadwa worki tworzyły razem jeden worek sakiewkowy. Wspólna szyja tego worka przepuklinowego (Bruchsackbals) leżała na gałęzi kości łonowej.

XVIII. Streubel ^{2,6}, Mężczyzna lat 73 z dwustronną przepukliną pachwinową. Obiedwie przepukliny istnieją od lat wielu. Chory paskiem utrzymywał sobie tylko prawą przepuklinę i ta stale była trudno odprowadzalna. Przed dniami 7-ma prawa przepuklina wypadła, lecz ją chory zaraz sobie odprowadził; wprędce potem wystąpiły wymioty i boleści brzucha. Przy badaniu, obok znacznego stopnia zapaści, znaleziono brzuch niezmiernie wzdęty. Na stronie lewej mała, łatwo się odprowadzająca przepuklina. Na stronie prawej guza przepuklinowego zupełnie nie ma, w mosznie pusty worek przepuklinowy, kanał pachwinowy otwarty. Prawa okolica pachwinowa niebolesna. Przypuszczono uwięźnięcie wewnętrzne, pozostające, być może, w związku z przepukliną prawą. Z powodu zapaści operacji nie robiono. Śmierć po upływie 9-ciu dni od chwili uwięźnięcia. Oględziny pośmiertne: Lewy worek przepuklinowy zawierał zupełnie ruchomą pętlicę kiszki cienkiej. Na stronie prawej worek przepuklinowy był większy, lecz pusty; kanał pachwinowy szeroki. Po za pierścieniem pachwinowym wewnętrznym worek przepuklinowy rozszerzał się, tworząc tu obszerne workowate wypuklenie (Beutel). Wypuklenie to leżało na kości łonowej i sięgało do pęcherza, z którego ścianką górną i przednią było zrosnięte. Mieściło się ono pomiędzy powięzią poprzeczną i otrzewną; poprzeczny wymiar jego miał 3 cale, przednio-tylny zaś 2 cale. Otwór brzuszny (Abdominalöffnung) wypuklenia znajdował się o 1 cal powyżej pierścienia pachwinowego wewnętrznego, na wewnętrznym brzegu mięśnia lędźwiowego (psoas) i miał wielkość 5 groszowej monety. Otwór brzuszny wytworzony był przez szyjkę worka przepuklinowego i miał kształt pierścieniowaty. Nie mógł on spowodować znacznego zaciśnięcia, ponieważ przepuszczał swobodnie palec obok jelita. W worku wewnętrznym leżała pętlica jelita 4 cale długa, prawie zupełnie czarna i nie błyszcząca, wychodząca z ostatniego odcinka kiszki cienkiej. Widocznem było, że uwięźnięcie nastąpiło tylko przy wewnętrznym brzegu szyjki worka przepuklinowego.

XIX. Cock ^{2,6}, Mężczyzna lat 64. Od lat 34-ch posiada przepuklinę pachwinową lewostronną, odprowadzalną tylko częściowo. Początkowo nosił pasek. Później go zarzucił. Odprowadzenie, które chory

wykonywał często, raz bywało trudniejsze, drugi raz łatwiejsze. W ostatnich czasach często występowały bóleści w lewym przegubie pachwinowym. Teraz po raptownem wypadnięciu znacznej ilości trzewi, wystąpiły objawy uwięźnięcia. Zastosowano kąpiele, kalomel, makowiec, okłady z lodu. — Po 2-ch dniach od chwili uwięźnięcia poprobowano odprowadzenia. Kiszki udało się pomału odprowadzić, sieć jednakże pozostała w worku. Nastąpiło krótkotrwałe polepszenie z wypróżnieniem, rychło jednakże znów powróciły objawy uwięźnięcia. Następnego dnia herniotomija. W worku przepuklinowym stwardniała i przyrośnięta sieć. Zrosty rozdzielono i otwarto kanał pachwinowy, który się okazał bardzo długim. Pierścień pachwinowy wewnętrzny szeroki; palec swobodnie wchodził, jak sądzono, do jamy brzusznej, gdzie wyczuwał sieć i jelita. Sieć była przyrośnięta do pierścienia wewnętrznego, wskutek czego przypuszczono, iż niedrożność powodował ucisk ze strony sieci. Zrosty rozdzielono. Uwięźnięcie trwa dalej i chory umiera w 5 dni po operacji. Oględziny pośmiertne: Pomiędzy otrzewną i powięzią poprzeczną wypuklenie otrzewnej, znajdujące się w związku z workiem przepuklinowym kanału pachwinowego i moszny. Największy wymiar wypuklenia przebiegał w kierunku kanału pachwinowego, wskutek czego palec nie mógł wyczuć podczas operacji ścianek wypuklenia. Sieć przyrośnięta do worka wewnętrznego, i na pętlicy kiszki cienkiej znaleziono ślad ucisku, przez tę sieć spowodowanego. Otwór worka do jamy brzusznej leżał w tyle i był tak szeroki, że kiszki nie zaciskał. Kiszka była mocno zmieniona, pokryta wysiękiem.

XX. P é a n ^{2,6}. Kobieta lat 65, z przepukliną pachwinową lewostronną uwięźniętą. Przepuklina, istniejąca mniej więcej od lat 7-miu, była stale mała i dopiero w ostatnich 6-ciu miesiącach powiększyła się nieco i stała nieodprowadzalną. W chwili przyjęcia do szpitala chora uskarżała się na bóleści w lewej dolnej okolicy brzucha. W lewej okolicy pachwinowej znaleziono dość duży guz przepuklinowy. Dwakroć próbowano odprowadzenia bez skutku. W 2 dni po uwięźnięciu herniotomija. Znalezione w worku przepuklinowym jelita odprowadzono i ranę zaszyto. Po upływie 3-ch dni od chwili uwięźnięcia śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały, że znalezione podczas operacji jelito odprowadzono nie do jamy brzusznej, lecz do worka, leżącego w dole biodrowym pomiędzy otrzewną i powięzią biodrową, łączącego się z workiem przepuklinowym. Odprowadzona do worka tego pętlica kiszki cienkiej uciśnięta była krezką, która nakształt sznurka owinęła się wokół jelita w samym wejściu do worka.

XXI. R i c h t e r ^{2,6}. Mężczyzna lat 54, z przepukliną pachwinową lewostronną, istniejącą już od lat wielu. Od dni kilku objawy uwięźnięcia. Na dzień przed wstąpieniem do szpitala przepuklinę z łatwością odprowadzono, lecz polepszenie nie nastąpiło. Bóle brzucha, wymioty, zaparcie, jak przedtem. Powrozek nasienny obrzmały, kanał pachwinowy obszerny, swobodnie przepuszczający jeden palec. Herniotomija nie wykazała nic nieprawidłowego, w skutek czego przypuszczono uwięźnięcie wewnętrzne. Śmierć w 5 dni po operacji. Oględziny pośmiertne wykazały obecność worka otrzewnej, w którym znajdowała się pętlica kiszki cienkiej. Uchylek wypukłał się na tylnej ściance worka pachwinowego w kierunku od pierścienia pachwinowego wewnętrznego do pęcherza. Ujście tego wypuklenia do jamy otrzewnej leżało po za i nieco poniżej pierścienia pachwinowego wewnętrznego, a zatem poniżej bramy istniejącego jednocześnie worka pachwinowego zewnętrznego. Obadwa worki razem tworzyły jeden wo-

rek sakiewkowaty. We wspólnej im obu szyi nastąpiło zaciśnięcie jelita.

XXII. Dittel⁶. Mężczyzna lat 24. Wrodzona przepuklina pachwinowa. (Strona nie podana). Uwięźnięcie istnieje od kilku godzin; przed zapisaniem się chorego do szpitala wielokrotnie probowano przepuklinę odprowadzić, co wywołało tylko wzmoczenie się objawów zaciśnięcia. — Zrobivszy jeszcze jedną próbę odprowadzenia bez skutku, przystąpiono do operacji. Otworzywszy worek przepuklinowy, znaleziono w nim czerwono-brunatną pętlę kiszki cienkiej, oraz cienką taśmę sieci. Wprowadzony do kanału pachwinowego palec, zatrzymuje się przy jakimś ciasnym pierścieniu, który operator przyjmuje za annulus internus. Pierścień nacięto, pomimo to odprowadzenie nie udaje się. Po zbadaniu znaleziono jeszcze napiętą fałdę, z ostrym brzegiem od przodu. Po zrobieniu nowych nacięć udało się jelito odprowadzić, lecz odprowadzenie sieci wciąż było niemożliwe. — Wskutek tego zrodziło się podejrzenie, że trzewia odprowadzono nie do jamy brzusznej, lecz do uchyłka otrzewnej, jak to miało miejsce w wypadku XIII. Po głębokim uspianiu chorego taśma sieci nagle znika i teraz już swobodnie można wejść do jamy brzusznej. W 5 dni po operacji śmierć od zapalenia otrzewnej. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono uchyłek, o którym zaledwie tyle powiedziano, że nie leżał on na powięzi biodrowej, jak w wypadku poprzednio spostrzeganym, lecz że jego brama przy wprowadzaniu palca była odepchnięta do jamy brzusznej; w skutek tego uchyłka nie rozpoznano. W uchyłku leżała sieć. Kierunek worka wewnętrzznego nie jest dokładnie podany, o ile się jednak zdaje, musiał on być taki sam jak w wypadku Fieber'a (XI), to jest do dziury zatokowej.

XXIII. Mosetig⁶. Mężczyzna lat 22, z przepukliną pachwinową, prawostronną, wrodzoną, uwięźniętą. Poprzednio chory nosił pasek stale. Przed dniami 6-ma zdjął go i chodził bez niego. Uwięźnięcie od dni 4-eh. Daremne usiłowania odprowadzenia. Badanie wykazało, że przepuklina ma kształt klepsydry, której szyja leży w kanale pachwinowym. Spójność sprężysta. Odgłos wypukowy na mosznie czozy, na brzuchu zarówno jak nad kanałem pachwinowym wyrażnie bębenkowy. Gwałtowne objawy uwięźnięcia. Operacja: Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęła znaczna ilość płynu cuchnącego. Zawartość worka stanowiły sieć i mocno napięta pętlica kiszki cienkiej. Wprowadzony do kanału pachwinowego palec wchodził bez przeszkody do ograniczonej jamy, leżącej wewnątrz brzucha i zawierającej sieć i kiszkę. Trzeba było wielokrotnie wprowadzać palec po zewnętrznej, to po wewnętrznej ścianie kanału, zanim udało się odszukać pierścień worka przepuklinowego (Bruchsackring), ustawiony daleko od pierścienia pachwinowego wewnętrznego. Dopiero po zupełnem rozcięciu kanału pachwinowego i wyciągnięciu sieci, można było pierścienia worka przepuklinowego dosięgnąć i takowy naciąć. Teraz łatwo już oswobodzono jelito. Ostatnie na wypukłej stronie pętlicy miało dwa niewielkie ogniska zmartwiałe i jedną szarawą brudę na miejscu zaciśnięcia. Przeprowadzono nitkę przez kreskę i jelito odprowadzono. Zmartwiałą część sieci odcięto. Śmierć w 20 godzin po operacji. Oględziny pośmiertne wykazały peritonitis. — Zanikłe prawe jądro leżało na zewnętrznej ścianie kanału pachwinowego. Błona pochwowa (tunica vaginalis) powrozka nasiennego tworzyła jeden szeroki z dwóch stron wypukłony worek, którego szyja leżała na 1 cal powyżej pierścienia pachwinowego wewnątrz

nego i nieco bliżej ku linii środkowej. Worek zewnętrzny był mocno przyrośnięty do moszny; worek wewnętrzny zwrócony był do dołu biodrowego. Poprzecznicza (c. transversum) pod kątem skrzywiona ku dołowi i na prawo. Żołądek ma położenie prawie pionowe.

XXIV. Weiss³³. Mężczyzna lat 21, dobrze zbudowany, muzykant. Przepuklina pachwinowa prawostronna wrodzona. Prawe jądro zastąpiło do worka mosznowego późno i zawsze pozostawało przy pierścieniu pachwinowym zewnętrznym. Przed laty 3-ma chory zauważył w prawej okolicy pachwinowej guzik wielkości orzecha laskowego, który mu nie sprawiał żadnych dolegliwości. Guzik się powiększał, chory jednakże, pomimo rady lekarza, paska nigdy nie nosił. Uwięźnięcie wystąpiło nagle.— Tegoż dnia chory wstąpił do szpitala, gdzie znaleziono w prawej okolicy pachwinowej guz większy od pięści, opuszczający się do dna moszny, spistości miękkawo sprężystej, z bębnowym oddźwiękiem. Jądro przy podstawie guza, nie dające się oddzielić od takowego. Brzuch umiarkowanie wzdęty, przy mocnym naciskaniu bolesny. Przy próbach odprowadzenia guz nieco się zmniejszał i stawał miększym, lecz po zaprzestaniu naciskania wprędce odzyskiwał dawną sprężystość. Następnego dnia wykonano herniotomię. Cięcie od połowy więzów Poupart'a do połowy moszny. — W worku znaleziono jądro, oraz pętlę kiszki cienkiej, 5 cali długą, pokrytą wysiękiem i sklejoną ze ściankami worka. Pierścień pachwinowy wewnętrzny, który przedstawiał niewielkie zwężenie, nacięto. Chociaż teraz palec swobodnie przechodził przez pierścień wewnętrzny, odprowadzenie nie udawało się. Zrobiono nowe nacięcia, tak, że swobodnie można było dwa palce przeprowadzić, lecz i to nie pomogło. Przypuszczono obecność worka przedotrzewnowego, lecz wprowadzony po za bramę przepuklinową palec swobodnie, bez żadnej przeszkody mógł się poruszać wokół i we wszystkich kierunkach. Po wielu usiłowaniach wykonano wreszcie odprowadzenie, lecz całą pętlę aż do ostatniego kawalka trzeba było wypchać gwałtem; wepchnięte jelito pozostało nieruchome przy bramie przepuklinowej. Początkowo polepszenie, stolec, wiatry, lecz we dwa dni po operacji objawy uwięźnięcia znów powróciły, i chory zaraz następnego dnia zmarł.— Oględziny pośmiertne wykazały peritonitis. Kiszki cienkie mocno rozdęte; tylko dolny odcinek jelita biodrowego ściągnięty na przestrzeni 4 stóp od zastawki Bauhina. Badając prawą okolicę pachwinową, znaleziono tu przy pierścieniu pachwinowym wewnętrznym guz wielkości pomarańczy. Guz wyraźnie wystawał do wnętrza jamy brzusznej, był mocno napięty i łączył się z kątnicą za pomocą 2-ech fałd otrzewnej $2\frac{1}{2}$ cala wysokich, $1\frac{1}{2}$ cala długich i na $\frac{1}{2}$ cala oddalonych od siebie. Nieco poniżej miejsca największej wydatności (Erhabenheit) guza, znajdował się otwór, mogący przepuścić palec środkowy, otoczony ostrym i twardym brzegiem. Do otworu tego wchodziło jelito rozdęte, wychodziło zaś z niego — ściągnięte. Kiszka była tak mocno pierścieniem objęta, że gdy pociągano za jej część, do jamy brzusznej wystająca, pierścień szedł za nią i ścianka guza mocno napinała się. Największe wypuklenie guza odpowiadało prawie zupełnie (z małym zaledwie zboczeniem ku górze) środkowi więzów Poupart'a, t. j. pierścieniowi pachwinowemu wewn. Badając od strony rany operacyjnej, spotykało się przedewszystkiem rozcięty worek przepuklinowy, na dnie którego leżało jądro. Gdy wprowadzono palec w kierunku do jamy brzusznej, to takowy spotkał przedewszystkiem to samo zwężenie, które odpowiadało pierścieniowi pachwinowemu wewnętrznemu i było nacięte podczas operacji. Minaw-

szy to miejsce, palec wchodził do wnętrza guza, leżącego w jamie brzusznej. Guz ten zawierał w sobie 7 cali długą, ciemno-siłą, wysiękiem pokrytą pętlącą kiszki cienkiej. Na tem miejscu kiszki, które znajdowało się w samym wejściu od strony jamy brzusznej do guza (Eingangs offnung), wyraźnie zarysowały się ślady uwięźnięcia. Wewnętrzna powierzchnia worka była gładka i równa. Tylna ścianka jego składała się z 2-ch listków otrzewnej, zróżnietych ze sobą za pomocą tkanki łącznej miejscami luźnej, miejscami zaś zbitiej. Przednia ścianka, leżąca na ścianie brzusznej, wchodziła przez wążką, naciętą podczas operacyi bramę przepuklinową do moszny, tworząc tu worek przepuklinowy.

XXV. *Bryant*^{7,23}. Chory 36-letni miał przepuklinę od lat 15-tu i z tego powodu nosił pasek. Przepuklina wypadła na 2 dni przed przybyciem do szpitala, lecz wepchnął ją sam chory za pomocą zwykłej manipulacyi, bez większej trudności, jednak nie zauważył szmeru zwykłego, jakiego towarzyszył poprzednim odprowadzeniom. Po tej redukcyi powstały wymioty i ból; w takim stanie wstąpił do szpitala. Kiedy go po raz pierwszy B. zobaczył, były już objawy uwięźnięcia; nie było żadnej przepukliny na dole, lecz pewne wzniesienie w okolicy obrączki wewnętrznej i powyżej ku kółcowi kości biodrowej; w okolicy tej wyczuwano koliste obrzmienie. Zbadawszy to obrzmienie, B. otworzył kanał pachwinowy, poczem okazało się, że worek pachwinowy jest pusty, zawiera jądro. Wprowadziwszy palec do pierścienia wewnętrznego, napotkał tam napiętą i rozdętą kiszkę. Rozszerzył przeto pierścień, poczem wysunęło się jelito ciemnej barwy, lecz jeszcze błyszczące. Idąc dalej palcem w kierunku pętlicy, zauważył, że palec wchodzi na zewnątrz i ku dołowi do osobnej jamy wypełnionej przez jelito, która atoli nie była jamą otrzewnową. Był to oddzielny worek, wielkości prawie jaja. W górnej ściance było połączenie z workiem przepuklinowym (zewnątrznym, już otwartym), powyżej zaś nad tem połączeniem znajdował się otwór, łączący worek z jamą otrzewnej. Wtedy B. rozszerzył palcem ten otwór, wyciągnął kiszkę z worka śródściennego i odprowadził ją do jamy brzusznej. Worek ów był wyraźnie umieszczony poniżej obrączki wewnętrznej i między mięśniami brzuszными, a otrzewną. Uwięźnięcie miało miejsce zatem w otworze brzuszny.— W 14-cie dni po operacyi nastąpiła śmierć.

XXVI. *Cruveilhier*¹⁸. Mężczyzna lat 44, szewc, były wojskowy, dobrze zbudowany. Od dzieciństwa posiadał przepuklinę pachwinową prawostronną. Pasek nosił krótki czas tylko. Co wieczór sam sobie odprowadzał przepuklinę, która znów mu wypadła na drugi dzień rano. — Od czasu do czasu zjawiała się kolki; wówczas kładł się do łóżka, przepuklinę odprowadzał i wszystko mijało. Objawy uwięźnięcia wystąpiły na kilka godzin przed zapisaniem się do szpitala. Chory nosił ciężar dość znaczny, spożył obfity kolacyję i zaraz poczuł mocny ból w okolicy obrączki pachwinowej. Odprowadzenie nie udało się. Osłabienie ogólne, nudności, wymioty. W szpitalu znów spróbowano odprowadzić przepuklinę, powtórzono próbę w kąpieli, wreszcie zastosowano kataplazmy ciepłe. Dokonane na drugi dzień rano badanie wykazało: w prawej okolicy pachwinowej duży guz ukośny, gruszkowaty, z wierzchołkiem u dołu i podstawą u góry. — Obrączka szeroko; wprowadziwszy palec, brzeg jęj łatwo można obejść wokół. Po nad nią głęboko w brzuchu guz niezwykły, unoszący łuk biodrowy i ściankę brzuszłą, przez którą można go dokładnie wyczuć. Guz jest miękki, niebolesny, ma kształt podługowaty, skierowany jest z zewnątrz ku

wewnątrz i łączy się widocznie z przepukliną, od której oddziela go wyraźnie przewężenie, odpowiadające obrączce. Zawnioskowano, że zaciśnięcie nastąpiło nie w samej obrączce, lecz bardziej na wewnątrz, w szyjce worka przepuklinowego. Spróbowano jeszcze raz odprowadzić. Chory poczuł, że przepuklina nieco weszła, lecz i worek z nią razem. Przystąpiono do herniotomii w kilkanaście godzin po uwięzieniu. Pod skórą i warstwą łącznotkankową znaleziono torbiel surowicy, pod nią zamknięty worek rzekomy, wreszcie worek przepuklinowy. W worku nie znaleziono ani kropli płynu. Sieć i pętlica kiszki nie wiele zmienione. Sieć przyrośnięta do worka. Obrączka pachwinowa uciska trzewia bardzo mało. Rozcięto ją ku górze i na zewnątrz. Próby odprowadzenia nie udają się, ponieważ części odprowadzone znów wypadają. Wówczas Dupuytren, który robił operację, wprowadził palec do jamy brzusznej i tu znalazł worek wewnętrzny, tak samo duży, jak zewnętrzny. Z trudnością zaledwie udało się dosięgnąć dna tego worka i tu znaleziono otwór okrągły, ciasny, w którym jelito było mocno zaciśnięte. Pod osłoną palca wprowadzono nóż tępokończasty i zaciśkające miejsce w kilku kierunkach nacięto; najbliższej stojący asystenci słyszeli przytem wyraźny chrzęst. Teraz łatwo udało się odprowadzić jelita i sieć, którą wypadło oddzielić od worka na miejscu zrostów. Worek przepuklinowy przedstawiał sobą teraz istne sakwy (bissac), których przewężona część środkowa leżała w pierścieniu pachwinowym, jeden worek umieścił się na zewnątrz, drugi na wewnątrz od pierścienia. Opatrunek ze skubaniki. Czwartego dnia już okazało się pus bonum. Leczenie trwało blisko 2 miesiące i zakończyło się wyzdrowieniem.

(Aczkolwiek w opisie jest wspomniane, jakoby chory poczuł podczas odprowadzania, że nieco trzewi weszło razem z workiem, trudno jednakże wypadek powyższy uważać za świeżo powstałe odprowadzenie ryczałtem. — Przeciwnie, wszystkie szczegóły dość dokładnego opisu przeczą temu, a przemawiają za przepukliną przedotrzewnową. Sam Cr., opisując worek, zaznacza, że tworzył on istny bissac z przewężeniem w środku, czego o żadnym wypadku reduction en masse nie powiada. Nie mniej przeto przypuszczał on, że worek ten stopniowo wytworzył się z takiego reduction en masse, co odpowiadało jego teorii).

(Przyp. Ref.).

XXVII. Wagner⁶. Mężczyzna lat 36, dobrze zbudowany. — Przepuklina pachwinowa dwustronna. Przepuklina prawa istnieje od 2-eh lat, lewa zaś od roku. Prawa była zawsze odprowadzalna; 3 dni temu przy podnoszeniu ciężaru wypadła i już potem nie udało się jej odprowadzić. — Boleści na dole brzucha. Przepuklina lewa zbroczeń nie przedstawia. Ostatni stolec na dzień przed uwięzieniem. W prawej okolicy pachwinowej wystaje guz przepuklinowy, opuszczający się do moszny, przy obmacywaniu robiący wrażenie pustego, ściągniętego jelita. Obok guza można swobodnie wprowadzić palec do kanału pachwinowego. Na wewnątrz i ku tyłowi od guza przepuklinowego leży powrózek nasienny, którego splot wicinowaty (p. pampiniformis) jest znacznie zgrubiałą w porównaniu ze stroną lewą. Sam guz jest prawie zupełnie niebolesny aż do bramy przepuklinowej, która przedstawia znaczną wrażliwość na ucisk. Brzuch, zwłaszcza na stronie prawej, niezmiernie czuły na najłabsze naciskanie; nadto cały brzuch jest mocno wzdęty, z bębnowym odgłosem wypukowym. Lewa przepuklina niewielka i odprowadza się łatwo. Gdy jeszcze raz powtórzone próby odprowadzenia nie powiodły się, przystąpiono do hernioto-

mii, w 3 dni po uwięzieniu. Worek przepuklinowy zgrubiał, skureczony, 2 cale długi, zawierał pętlicę kiszek cienkiej przekrwioną, prózną, ściągniętą i ze ściankami worka za pomocą świeżych zrostów posklejana. Brama przepuklinowa przepuszczała dwa palce. Zrosty porozrywano i jelito odprowadzono. Ulgi żadnej, śmierć we 2 dni po operacji. Oględziny pośmiertne: Peritonitis. Badając od strony rany zewnętrznej, znaleziono worek przepuklinowy ściągnięty, o grubych ściankach i gładkiej powierzchni. Po za bramą przepuklinową, na wewnętrznej powierzchni ściany brzucha znajduje się drugi worek, łączący się z poprzednim, lecz znacznie większy. Ścianki jego są bardziej zgrubiałe, miejscami pokryte wylewami krwawymi. Wejście do tego podwójnego worka znajduje się w miejscu, odpowiadającym dołkowi pachwinowemu zewnętrznemu (fovea externa). Wejście to zupełnie zamknęły świeże zrosty otrzewnej. Worek wewnętrzny jest całkiem pusty i rozszerza się w głąb małej miednicy. Wprowadziwszy palec do niego, łatwo można osiągnąć kanału udowego, a nawet, idąc bardziej na dół, górnego brzegu dziury zasłonowej. Na stronie lewej otrzewna wypukła się do fovea inguin. interna i tworzyła tu worek wielkości jaja gołębiego z pierścieniowato zwężeniem wejściem.

XXVIII. W a g n e r ⁶. Mężczyzna lat 28, dobrze zbudowany z przepukliną pachwinową prawostronną, wrodzoną, uwięzioną. Chory od dzieciństwa posiadał niewielką przepuklinę, która raz tylko jeden poprzednio spowodowała objawy uwięzienia. Teraz przepuklina wypadła przed dniami 4 — 5, nie dała się odprowadzić i wywołała gwałtowne objawy zaciśnięcia. Guz przepuklinowy w prawej okolicy pachwinowej opuszcza się do moszny, ku górze zaś sięga wysoko, kończąc się na szerokość dłoni poniżej pępka. Guz mało napięty z bębnowym odgłosem. Cały brzuch mocno wzdęty. Do herniotomii przystąpiono niezwłocznie. Z worka przepuklinowego po rozcięciu wyszły gazy cuchnące i płyn krwawo zabarwiony. W samym worku znaleziono sieć, tworzącą kłębek, który zawierał w środku dwie pętlice kiszek cienkiej. Ostatnia, aczkolwiek szarawo zabarwiona, nie przedstawia znaków zgorzeli. Ażeby dostać się do kiszek, wypadało otaczając je sieć rozerwać. Jądro leżało tuż przy pierścieniu pachwinowym. Wprowadziwszy palec do kanału pachwinowego w celu odszukania zaciskającego miejsca, operator dostał się do jakiegoś ograniczonej ściankami jamy, w której wyczuwał pojedyncze taśmy. Zaciskający pierścień znaleziono z trudnością prawie na samej linii środkowej na 3 — 4 palców poniżej pępka. Pierścień rozszerzono nożem główkowatym, kiszek odprowadzono, sieć podwiązano i obcięto, wreszcie ranę zaszyto. Śmierć następnego dnia rano. Oględziny pośmiertne: Peritonitis. Kiszki rozdęte. Sieć od góry i od strony prawej pokryta kizkami i odepchnięta na lewo. Ztąd przebiega ona na dół i przymocowuje się na stronie prawej w okolicy wejścia do kanału pachwinowego. Udać się tu odcinek, w miarę przybliżania się do miejsca przymocowania, staje się coraz szerszym, cieńszym, pozbawionym tłuszczu i nastrykniętym. Półtora cala długa pętlica kiszek cienkiej w odległości 1-ej stopy od zastawki Bauhina wchodzi razem z siecią do kanału pachwinowego (właściwiej do worka wewnętrznego), w którym uwięzła. Cała pętlica przedstawia cechy zgorzeli. Jama, znaleziona podczas operacji i zawierająca zmartwiałe jelito, powstała w skutek odsunięcia otrzewnej, która wytworzyła tu worek wielkości jabłka, wypuklający się ku tyłowi i na wewnątrz do jamy brzusznej. Kierunek worka jest równoległy więzowi Poupart'a ku kolcowi biodrowemu górnemu.

Przez otwór brzuszny (ostium abdominale) do wnętrza tegoż worka wchodzi taśma sieci, która rozpościera się wahlarzowato i przymocowuje do ścianki jego od góry do dołu prawie naprzeciw otworu. Pomiędzy zewnętrznym brzegiem ostii abdominalis i taśmą, znajdujemy ciasny, zaledwie jeden palec przepuszczający otwór, przez który znaleziona w worku przedotrzewnowym pętlica wypadła. Brzeg otworu brzuszego, leżący na wewnątrz od taśmy, posiada nacięcia. To też od strony worka zewnętrznego swobodnie można dostać się do jamy brzusznej pomiędzy taśmą sieci i wewnętrznym brzegiem ostii abdominalis. Za to, chcąc się dostać przez kanał przepuklinowy do worka przedotrzewnowego, napotykamy na drodze przyrośniętą wahlarzowato do przedniej ścianki worka sieć, którą palec musi wepchnąć przed sobą. W szyi worka pachwinowego, łączącej z sobą obadwa worki, znajdujemy kikut obciętej przy operacji sieci. W części sieci, przyrośniętej do worka zewnętrznego, znajduje się dziura, powstała w skutek rozzerwania wykonanego w celu dostania się do jelita. Wagner przypuszcza, że jedna pętlica wypadła przez ciasny otwór pomiędzy taśmą sieci i zewnętrznym brzegiem ostii abdominalis; tu ona uwięzła, uległa zgorzeli, przedziurawiła się i skurczyła. Jednocześnie druga pętlica lub też tylko wewnętrzne ramie pierwszej wypchnęło przed sobą cienki, pozbawiony tłuszczu odcinek sieci przez otwór pomiędzy opisaną taśmą i wewnętrznym brzegiem ostii abdominalis. Ta druga pętlica, osłonięta siecią, dostała się do worka zewnętrznego i była podczas operacji znaleziona. Pętlicę tę, po rozszerzeniu jej osłonki reps. sieci, i nacięciu wewnętrznego brzegu ostii abdominalis do jamy brzusznej odprowadzono. Natomiast pierwszej pętlicy podczas operacji nie znaleziono. Na przeszkodzie do tego stała wyżej opisana taśma, która, przymocowując się wahlarzowato, zupełnie worek wewnętrzny oddzieliła od zewnętrznego. W skutek tego wprowadzony podczas operacji palec nie mógł dostać się do worka przedotrzewnowego.

XXIX. N e u b e r ⁴. Mężczyzna 26 letni, dobrze zbudowany. — Przepuklina pachwinowa prawostronna, wrodzona, uwięźnięta. Od dzieciństwa prawe jądro ustawione bardzo wysoko i prawa połowa moszny bardziej wypełniona. Guz był nieodprowadzalny, nawet w nocy się nie zmniejszał i żadnych dolegliwości nie sprawiał. Paska chory nie nosił. Na dzień przed wstąpieniem do szpitala po większym wysiłku wystąpiły objawy uwięźnięcia z gwałtownymi bolesciami w prawej dolnej okolicy brzucha, wymiotami i t. d. Lekarz, przywołany następnego dnia rano, próbował odprowadzić bez skutku. Przy tem zauważono wypuklenie nad prawym więzmem Poupart'a i guz wielkości pięści dziecka, napięty w prawej połowie moszyny. Po wstąpieniu chorego do szpitala znaleziono: Prawa połowa moszny powiększona i rozciągnięta jakimś obrzmieniem, miejscami sprężystem, miejscami guzikowatym, na ucisk niebolesnem. Odgłos tu przytłumiony. — Od górnej części tego guza, który opuszcza się nieco poniżej wierzchołka nderzająco wysoko ustawionego jądra, przebiega w górę do kanału pachwinowego na 2 palce gruby sznurek. Sznurek ten łatwo oddziela się od powrózka nasiennego i wypukła przednią ściankę kanału pachwinowego nakształt półwaleca. Tuż ponad więzmem Poupart'a znajduje się obrzmienie spleśzczone wypuklające ściankę brzuszną, skierowane ku górze i na zewnątrz i prawie dosięgające kołca biodrowego górnego. Powłoki brzuszne w tem miejscu mocno napięte i na ucisk wielce wrażliwe. Wszelkie manipulacje nie wywołują w obrzmieniu żadnej zmiany. Przypuszczono uwięźnięcie po nad pierścieniem pachwinowym wewnętrznym i, popróbowawszy jeszcze raz

odprowadzenia, przystąpiono do herniolo-laparotomii. Poprowadzono cięcie począwszy od miejsca położonego nieco powyżej pierścienia zewnętrznego ukośnie na dół do moszny. W worku przepuklinowym znaleziono skłębioną i zrosniętą z wierzchołkiem jądra sieć; takową podwiązano i odcięto. Kanał pachwinowy przepuszcza swobodnie palec. Rozcięto kanał pachwinowy i znacznie ścięteżone powłoki brzuszne na przestrzeni kilku centymetrów po nad pierścieniem wewnętrznym. Po rozcięciu szyi worka przepuklinowego znaleziono na 3—4 cm. po nad otworem pachwinowym wewnętrznym poprzecznie przebiegającą, napiętą i niepodatną błonę (Membrana). Otwór, znajdujący się w błonie, służył za miejsce zaciśnięcia. Pomiędzy błoną i ścianą brzusznią leżała sieć i kiszka cienka. Błonę rozerwano palcem na brzegu, otaczającym otwór, przez który trzewia wypadły; potem sieć i jelito bardzo łatwo wsunęły się do jamy brzusznej, tak że N. nawet miejsca zaciśnięcia na kiszce nie widział. Po dokonaniu odprowadzenia błonę jeszcze bardziej naderwano, worek zewnętrzny wyluszczone, szyjkę worka przepuklinowego, bramę przepuklinową i ranę zewnętrzną katgutem zaszyto. W ciągu pierwszych dni ciepłota niewiele podniesiona. Rana zagoiła się rychłozrostem; po dniach 14 chory szpital opuścił i dotąd jest zdrow. Wymiarów worka wewnętrznego nie zrobiono.

XXX. Krönlein³. Mężczyzna 29-letni z przepukliną pachwinowo-przedotrzewną, prawostronną, wrodzoną, uwięzioną. Badanie dokonane przy wstąpieniu do szpitala, wykazało: Po nad prawym więzłem Poupert'a wypukła się obrzmienie wielkości głowy dziecka, falisto zarysowane, wiotko sprężyste. Poczynając się przy kolecu biodrowym górnym, sięga ono do okolicy pierścienia pachwinowego zewnętrznego, opuszczając się nieco poniżej przegubu pachwinowego. Ku górze obrzmienie sięga prawie do linii poziomej, przez pępek przeprowadzonej; na wewnątrz nie dochodzi do linii środkowej. Skóra po nad obrzmieniem prawidłowa, odgłos wypukowy bębnowy. Lekkie nawet dotykane bolesne. Prawego jądra brakuje w mosznie i nigdzie go znaleźć nie można. Prawy kanał pachwinowy wolny, przepuszcza jeden palec. Na stronie lewej stosunki prawidłowe. Lekkie wzdęcie brzucha, skłonność do wymiotów, rozpoczynająca się zapaść. Chory opowiada, że już w 10-ym roku życia spostrzegł obrzmienie w prawej dolnej okolicy brzucha. Nieco niżej, w kanale pachwinowym leżało jądro, wyraźnie dające się oddzielić od obrzmienia. Z czasem jądro wsunęło się dalej do kanału, ponieważ jednakże sprawiało tu choremu bólesci, starał się on je przepchnąć jeszcze wyżej, co mu się wreszcie w 16-ym roku udało. Wtenczas chory nałożył pasek, nosił go jednak nie długo. Od czasu do czasu zjawiały się „kurcze brzucha“ (Bauch krämpfe), które trwały zawsze około kwadransa i same przechodziły. Przepuklina tymczasem powiększyła się i chory od 22-go roku znów zaczął nosić pasek. Przepuklina wychodziła do moszny, to się chowała. Ucisk, jaki wywierała poduszeczka paska na jądro, sprawiał choremu dolegliwości. Uwięzienie od godzin 18-tu, w ciągu którego to czasu próbowano odprowadzenia bez skutku. Rozpoznano przepuklinę przedotrzewną i przystąpiono do operacji. Cięcie rozpoczęto na wysokości kolca biodrowego górnego i skończono na 1 cal powyżej więzła Poupert'a przy pierścieniu pachwinowym wewnętrznym. Rozcięto w znacznym stopniu zanikłe powłoki brzuszne aż do powięzi poprzecznej, oddzielono worek przepuklinowy i rozcięto. W worku znaleziono dużą pętlę kiszki cienkiej, mocno rozdętą, lecz zdrową. W jamie worka wewnętrznego wysoko u góry leżało jądro w stanie zaniku na krótkim poskrę-

cany m powrózku nasiennym. Odprowadzenie jelita udało się bez wielkiego mozołu i bez rozszerzania otworu brzuszno (ostium abdominale), którego długość wynosiła $2\frac{1}{2}$ cm., szerokość— $1\frac{1}{2}$ cm. Worek zewnętrzny opuszcza się na niewielkiej przestrzeni do moszny i jest pusty. Z powodu krótkości powrózka nasiennego niepodobna sprowadzić jądra do moszny. — Wycięto je. Zupełne wyluszczenie worka przepuklinowego okazało się także niemożliwym z powodu mocnego połączenia z otrzewną. Wskutek tego wycięto go częściowo, otwór brzuszny zaszyto katgutem. Nałożono 4 szwy węzełkowe i jeden podwójny zaciskający (Schnürnaht) na 2 cm. po za brzegiem otworu brzuszno. Założono sączek i zaszyto powięź poprzeczną, a wreszcie skórę. Przebieg bezgorączkowy. Po dniach 10 opuścił szpital zdrowy.

XXXI. Trendelenburg⁵. Mężczyzna 18-letni. Przepuklina pachwinowo-przedotrzewnowa wrodzona, prawostronna. Uwięźnięcie nastąpiło nagle dnia poprzedniego. W prawej połowie moszny znajdował się przy tym guz wielkości jabłka. Przy próbach odprowadzenia guz się nieco zmniejszył, lecz nie zniknął. Zaciśnięcie trwało dalej; tymczasem po nad więzłem Poupart'a zauważono wypuklenie przedniej ściany brzusznej. — Tegoż dnia wieczorem chory wstąpił do szpitala. Tu znaleziono: chory dobrze zbudowany. W prawej połowie moszny sprężysto-wiotkie, na ucisk niebolesne, jajowate obrzmienie, wielkości jaja kurzego, wydłużające się u góry do kanału pachwinowego. Przednia ścianka brzuszna w regio hypogastrica wypukła się. Wypuklenie to powoduje widocznie leżący w jamie brzusznej guz wielkości 2-ch pięści. Guz ten jest na ucisk bardzo wrażliwy, napięty i sprężysty. Odgłos wypukowy na nim tępy, podczas gdy w innych miejscach brzucha bębnowy. Ku dołowi guz sięga do więzła Poupart'a, na zewnątrz leży w pobliżu kolca biodrowego górnego, na wewnątrz i u góry na szerokość 3—4 palców odległy jest od pępka. Wywiady nie dają nic pewnego. Chory powiada, że obadwa jądra zawsze były w mosznie; paska nigdy nie nosił. Operacja. W worku przepuklinowym mosznowym ani kropli płynu; znajdująca się tu sieć jest skłębiona i zrosnięta z jądrem. Rozcięto zewnętrzną ściankę kanału pachwinowego, przyczem polał się w znacznej ilości krwawy płyn przepuklinowy. Teraz można było wyczuć po za pierścieniem pachwinowym wewnętrznym napięte pętlice jelit, pomiędzy którymi przechodziła mocno napięta sieć. Idąc palcem w kierunku ostatniej, napotykało się twarde pierścień, zaciskający sieć i jelita. — Ponieważ było nazbyt niewygodnym prowadzić cięcie ku spina ant. sup. pomiędzy napiętymi jelitami, ażeby dosięgnąć zaciskającego pierścienia, niezbyt oddalonego od pępka, i takowy nacinać, postąpiono inaczej. T. otworzył jamę brzuszno na smudze białej pod pępkiem za pomocą innego cięcia i, ciągnąc uwięźnięte trzewia od strony jamy brzusznej, z worka je wydobył. (Sieć poprzednio od jądra oddzielił). Pętlica była 1 stopę długa, mocno nastryknięta, lecz cała. Wydobyto ją na zewnątrz przez ranę brzuszno, obmyto i odprowadzono. Jamę brzuszno zaszyto, worek przedotrzewnowy przesączkowano i ranę szwem zamknięto. Niewielkie podwyższenie ciepłoty. Gojenie rany prawidłowe. Wyzdrowienie.

XXXII. Bolling¹². Mężczyzna lat 21. Przepuklina pachwinowo-przedotrzewnowa, prawostronna, wrodzona. Przepuklina istnieje od dzieciństwa. Od czasu do czasu nakładał pasek, lecz zawsze musiał go odzierać z powodu silnych bólesci. Przepuklina wypadła często. Tym razem znowu nagle wypadła; przedsięwzięto odprowadzenie, poczem chory

w ciągu 3-ch dni czuł się dobrze i miał nawet raz stołec. 4-go dnia od czasu uwięznięcia wymioty i zaparcie pomimo lewatyw. W 7-mym dniu uwięznięcia wstąpił do szpitala. Badanie wykazało: mężczyzna zbudowany świetnie; wymioty cuchnące, zapaś. Przepuklina miękka i nie bolesna. — Bolesność przy obmacywaniu ścianki brzusznej po nad prawym więzem Poupart'a. Na tem miejscu znaleziono nieznaczne wypuklenie, powiększoną odporność i tępy odgłos wypukowy. Prawy kanał pachwinowy wypukłony i bolesny. Annulus externus otwarty. Prawego jądra brakuje. Rozpoznano przepuklinę przedotrzewnąą. Operacja: Worek przepuklinowy zewnętrzny sięga do połowy moszny i zawiera nieco tylko płynu. Kanał pachwinowy szeroki, na tylnej ściance jego leży jądro. Kanał rozcięto, jądro wyluszczone. Następnie przedłużono cięcie po za pierścień wewnętrzny, kończąc je w bliskości kolca biodrowego górnego. Przeciawszy powłoki brzuszne, odkryto worek przepuklinowy wielkości 2-ch pięści. Z worka, po otwarciu go, wypłynęła znaczna ilość brunatnego płynu i wypadły pętlice kiszek cienkich. Odszukanie otworu brzuszego było dość trudne; leżał on na wewnątrz i poniżej pierścienia pachwinowego wewnętrznego, był dość szeroki i otoczony mocnym, lecz cienkim obrąbkiem. Małe nacięcie wystarczyło do odprowadzenia. Nałożono szew na otwór brzuszny, kanał pachwinowy i ranę zewnętrzną. Sączek, opatrunek Listera. Gojenie bez podniesienia ciepłoty i bez ropienia. Po 7 tygodniach opuścił szpital zdrowy, bez śladów przepukliny.

XXXIII. O b e r s t ¹³. Mężczyzna lat 35 z przepukliną pachwinową lewostronną, wrodzoną. Chory spostrzegł przepuklinę mniej więcej przed 8 laty. Od lat 4-ch nosił pasek, który przepuklinę utrzymywał niezupelnie. Na 24 godzin przed wstąpieniem do szpitala chory podniósł ciężar, poczuł ból w przepuklinie i takowa się w mosznie powiększyła. — Próby odprowadzenia wykonywane przez chorego i przez lekarza, pozostały bez skutku. Badanie, dokonane po przyjęciu chorego, wykazało: na lewej stronie przepuklina napięta, zwięzająca się przy pierścieniu zewnętrznym. — W dolnej okolicy brzucha ku górze i na zewnątrz od pierścienia pachwinowego wyraźne, wrażliwe na ucisk wypuklenie. Lekkie wzdęcie brzucha. — Gdy po uspieniu popróbowano przepuklinę odprowadzić, takowa wprawdzie znikala, lecz dość było zaprzestać naciskania, by jelita napowrót wypadły. — Nadto po każdym odprowadzeniu przepukliny mosznowej, zarysowywało się o wiele wyraźniej wspomniane wypuklenie na ściance brzusznej. Przypuszczano odprowadzenie ryczałtem lub przepuklinę przedotrzewnąą. Operację wykonano następnego dnia rano. Cięcie 10 ctm. długie zaczynało się parę centymetrów powyżej więzu Poupart'a i przebiegało na guzie mosznowym. W cienkim worku przepuklinowym znaleziono nieco płynu i umiarkowane wzdęte, czerwono-sinawe pętlice kiszek cienkich. Jądro leżało bardzo wysoko i było w stanie zaniku. Pierścień pachwinowy zewnętrzny bardzo szeroki; zrobiwszy niewielkie nacięcie można było wprowadzić palec obok wypadniętego jelita. Jelita odprowadzone natychmiast wypadają napowrót, jak tylko je zaprzestają naciskać. Podczas naciskania występuje wyraźniej wypuklenie na ściance brzusznej. Po dokładniejszym zbadaniu okazało się, że jelita odprowadzono nie do jamy brzusznej, lecz do leżącego przed otrzewną wypuklenia. Wypuklenie to skierowane było ku górze i na zewnątrz ku spina ant. sup. i miało wielkość pięści. Stanowiło ono bezpośrednie przedłużenie worka mosznowego. Górnego końca uchylka nie można było dosięgnąć palcem. Otwór brzuszny leżał na 6 cm. po nad pier-

ścieniem pachwinowym zewnętrznym, miał wielkość 5-fenigowej monety i otoczony był mocno napiętym, ostrym pierścieniem. Pierścień ten rozszerzono za pomocą świdrowania palcem i jelita odprowadzono, dłuższy czas je naciskając. Teraz już one nie wypadły, jak poprzednio. Worek mosznowy zaszyto. Sączek, opatrunek Listera. Pomimo trwającego 5 dni obłędu opileczego, rana zagoiła się rychłozrostem i chory wyszedł po 4-ch tygodniach zupełnie zdrowy. Trzewia więcej nie wypadły, lewe jądro ustawiło się wysoko.

XXXIV. Brugisser ⁶. Mężczyzna 47-letni 7-go Października 1882 r. nagle przy robocie dostał gwałtownych boleści brzucha. W nocy wystąpiły wymioty. Następnego dnia rano zawezwano lekarza. Chory opowiada, że do wczorajszego wieczora, za wyjątkiem nieznaczного rozwolnienia, nic mu nie dolegało. Miał on przepuklinę pachwinową dwustronną i przypuszczał, że uwięzła lewa. Nosił pasek podwójny, który jednakże nie był dokładny. Przepuklina prawa uwięzła już raz przed laty 16-tu, lecz była odprowadzona. Badanie wykazało: brzuch prawidłowy, obiedwie przepukliny małe i na wygląd nie uwięźnięte. Bezpośrednio po nad więzem Poupart'a miejsce nader czułe na ucisk. Od wczorajszego wieczora wypróżnień nie było. Ciepłota i tętno prawidłowe. Zastosowano morfinę i ciepły okład na brzuch. 8-go Paźdz. polepszenie, 9-go — stolec i wiatry, 16-go Paźdz. zupełnie zdrowy poszedł do roboty, lecz tu znowu wystąpiły poprzednie objawy. Od 16 do 27 Października chory leżał się w domu, jak poprzednio. Do dnia 27 nie było ani stolca, ani wiatrów. Wymioty, początkowo zielonawe, stały się kałowymi. Po podaniu 1,0 kalomelu w ciągu godziny, wystąpiły niezmiernie obfite wymioty, po czem zmniejszyło się wzdęcie brzucha, i chory się uspokoił. Badając teraz chorego (27 Paźdz.), zdołano wyczuć w lewej okolicy pachwinowej guz wielkości jaja, twardy, podługowaty, niezbyt bolesny, leżący widocznie gdzieś w głębi. — Rozpoznano zaciśnięcie wewnętrzne lub też przepuklinę wewnątrz jamy brzusznej. Chory był w stanie zapaści, niezwłocznie więc przystąpiono do operacji. Cięcie 8 cm. długie poprowadzono na 4 cm. powyżej więzu Poupart'a i z takowym równolegle. Po rozcięciu skóry i mięśni, znaleziono w wewnętrznej kącii rany sinawy, okrągławy guz, który udało się zupełnie odkryć dopiero po rozszerzeniu rany. Okazało się, że to wytworzony przez otrzewną worek. Po rozcięciu worka, znaleziono w nim parę mocno zaczerwienionych, lecz zdrowych pętlic кишки cienkiej, które po kilkakrotnem nacięciu bramy przepuklinowej (Bruchpforte) odprowadzono. Worek potem wyluszczone, bramę zaszyto katgutem, mięśnie zaś i skórę jedwabiem. Sączek. Rana zagojona rychłozrostem pod 3-ma opatrunkami. Na drugi dzień po operacji stolec i wiatry.

(Łączności pomiędzy workiem mosznowym i workiem przedotrzewnowym podczas operacji nie sprawdzono. Jednakże, opierając się na umiejscowieniu worka przedotrzewnowego po nad więzem Poupart'a, w pobliżu pierścienia pachwinowego wewnętrznego, a także na przewlekłym przebiegu objawów, wypadek ten zaliczają także do liczby przepuklin przedotrzewnowych).

(Przyp. Ref.)

XXXV. Bayer Carl ⁶. Mężczyzna 50-letni, dróżnik, od lat 3-ch posiada przepuklinę pachwinową lewostronną. Po skoczeniu wystąpiły gwałtowne objawy uwięźnięcia. Operacja wykazała, że worek przepuklinowy zawierał płyn tylko. Worek ten za pomocą nieprawidłowo okrągłego otworu łączył się z leżącym po za nim wypukleniem otrzewnej —

Wypuklenie, zdaje się, skierowane było ku górze i na zewnątrz; znaleziono w niem uwięzioną kieszkę cienką. Oswobodziwszy dostatecznie jelito i naciągwszy zaciskający pierścień, dokonano odprowadzenia. Wyzdrowienie w ciągu dni 18.

XXXVI. Marseille ⁶. Mężczyzna 45-letni. Przepuklina pachwinowa oddawna (strona nie podana). Ostre objawy uwięzienia. Dokonane w 3 dni potem badanie wykazało obecność przepukliny pachwinowej dużej i bardzo bolesnej, pokrytej zaczerwienioną skórą. Operacja: W worku przepuklinowym znaleziono 2 napięte pętlice kiszki cienkiej, pokryte już rozmiękczoną błoną surowiczą. Pomimo dostatecznego rozszerzenia bramy przepuklinowej, odprowadzenie napotkało wielkie trudności. Gdy jelita wpełniono, pokazało się, że one leżą nie w jamie brzusznej, lecz w jakiejś dużej kieszeni, pomieszczonej w dole biodrowym pomiędzy otrzewną i mięśniami (?). Wówczas pętlice jelita wyciągnięto napowrót i już napewno odprowadzono do jamy brzusznej. Teraz można było dokładnie przekonać się palcem, że kieszeń przedotrzewnowa była zupełnie pusta. Bramę przepuklinową, szyję worka i ranę skórną zaszyto katgutem. Zapaść, wymioty i czkawka utrzymują się. Śmierć w 3 dni po operacji. Oględziny pośmiertne wykazały ogólne peritonitis w umiarkowanym stopniu. Wszystkie kiszki w jamie otrzewnowej. Niektóre pętlice, prawdopodobnie uwięzione poprzednio, były mocno zmienione, lecz nie przedziurawione. Worka przedotrzewnowego zapomniano dokładniej zbadać.

XXXVII. Matlakowski ¹. Mężczyzna 27-letni, dobrze zbudowany. Będąc wyrostkiem, przy wskakiwaniu na konia zauważył, iż prawa połowa moszny powiększyła się i już od tego czasu pozostała większa.— Oba jądra zawsze były w mosznie. Od lat 2 co jakie dwa miesiące miewał bólesci, przychodzące bez widocznej przyczyny; trwały one zazwyczaj około doby, przy czem jednocześnie było zaparcie, 5 dni temu wystąpiły objawy uwięzienia. Odprowadzenia dokonał felczer, pomimo to objawy trwały dalej. Badając, znaleziono: początek zapaści, wymioty kałowe. Prawa połowa moszny mała co większa od lewej; skóra na niej sprężysto-wiotka. Na dnie leży jądro; resztę prawej połowy worka od jądra do otworu pachwinowego zjmuje jakieś trzewo dość twarde, lecz sprężyste, nie napięte, walcujące się między palcami i niebolesne. Trzewo to nie wypełnia szczelnie otworu pachwinowego zewnętrznego, przez który można jeszcze palec wprowadzić do kanału. Przy odprowadzeniu trzewo znika bez trudności, lecz również łatwo powraca napowrót do moszny. Jednocześnie zauważyć można, iż po odprowadzeniu, które, dodać należy, nigdy nie udało się osiągnąć całkowicie, ścianka brzuszna tuż nad więzem Poupart'a wypukła się nieznacznie i staje się bardziej naprężoną i odporniejszą wzdłuż tego więzu w kierunku ku spina ant. sup. Guz daje odgłos tępy. Brzuch zapadły. Rozpoznano przepuklinę przedotrzewnową. Operacja: Cięcie od obrączki pachwinowej do dolnego końca prawej połowy moszny. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęło parę łyżek płynu przezroczystego. W worku kielbasowaty, twardo-sprężysty odcinek sieci, przyrośnięty do jądra. Idąc po tym odcinku ku górze, wchodziło się palcem do jamy dość obszernej, po za ścianką brzuszną położonej, daleko ku spina ant. sup. się rozciągającej. Rozszerzono cięcie dalej ku zewnątrz, równoległe do więzu Poupart'a tak, że górny koniec cięcia odległy był od spina ant. sup. na 4—5 cm. Teraz zobaczono, że jamę wypełnia sieć, że tylną ściankę jamy, oddzielającą ją od jamy otrzewnowej, stanowi otrzewna; że sieć kielbasowato skręcona wchodzi

przez otwór do jamy otrzewnej, a obok sieci i na wewnątrz od niej znajduje się ciemno-siną pętlica zaciśniętej kiszki cienkiej. Oba trzewa, to jest sieć i jelito były tak szczelnie ściśnięte, że przy próbach wsunięcia ich do jamy otrzewnej wcale się nie poddały. Nadcięto otwór ku górze i uwięzioną pętlicę, 8 cm. długą odprowadzono. Worek przepuklinowy składał się z 2-ch oddziałów: dolnego zewnętrznego, leżącego w mosznie, i górnego czyli wewnętrznego, znajdującego się pod otrzewną, t. j. już w jamie brzusznej, połączonych ze sobą szyją, leżącą na wysokości obrączki pachwinowej zewnętrznej. Oddział górny był bez porównania obszerniejszy od dolnego; jedną jego ściankę tworzył dół biodrowy, drugą przednią — ścianka brzuszna, trzecią, tylną — odłuszczone otrzewna. Otwór brzuszny nie znajdował się na środku ściany tylnej, lecz owszem bliżej linii pośrodkowej ciała, t. j. część jamy na wewnątrz od tego otworu była dwa razy mniejsza, niż część ciągnąca się na zewnątrz ku spina ant. sup. Przytem otwór brzuszny leżał naprzeciw pierścienia pachwinowego wewnętrznego. Sieć obcięto powyżej miejsca zaciśnięcia i otrzymany kikut umocowano w otworze brzuszny, wyprowadziwszy nitki na zewnątrz. Wycięto tylko dolną część worka przepuklinowego mosznowego. Ranę zaszyto, włożono sączek. Po 2 tyg. chory opuścił szpital wyleczony.

XXXVIII. Trzebicki¹⁰. Mężczyzna lat 20. Nie wiadomo kiedy jądra zstąpiły; odkąd chory zapamięta, prawe jądro stale było nieco obrzękłe. Przed 2-ma laty nabawił się bez żadnej przyczyny przepukliny pachwinowej prawej, którą lekarz z łatwością do jamy brzusznej odprowadził. Od tego czasu nosił pasek i przepuklina więcej nie wypadła. — Bez widocznej przyczyny wystąpiły nagle silne bóle w brzuchu, wymioty, zaparcie. We dwa dni potem zapisał się do kliniki prof. Mikulicza, gdzie znaleziono: brzuch miernie wzdęty, przy ucisku bolesny. Okolica po nad prawym więzłem Poupert'a aż do przedniego górnego kolca kości biodrowej nieco twardsza, stawia większy opór na ucisk i ma odgłos wypukowy stłumiony, podczas gdy w innych okolicach jest on bębnowy. Prawy kanał pachwinowy otwarty, dla palca drożny; w kanale nie czuło uderzenia przepukliny o palec. Oba jądra na miejscu; prawe — nieco obrzmiałe, niebolesne. Operacja: Cięcie 15 cm. długie, równoległe do więzła Poupert'a i na 2—3 cm. po nad nim. Odslonięto worek przepuklinowy wielkości jaja gęsiego, który leżał w jednym poziomie z górnym kołcem kości biodrowej na 4—5 cm. na wewnątrz od niego. Worek zawierał trochę płynu mętnego, nieco cuchnącego i pętlicę kiszki cienkiej, 10 cm. długą, niebieskawą, lecz bez głębszych zmian. Rozszerzywszy nożem główkowatym pierścień, zasznurowując przepuklinę, Mikulicz wszedł palcem do krótkiej nie otwartej jeszcze części kanału pachwinowego, a ztąd do wolnej jamy brzusznej. Jelita odprowadzono i bramę przepuklinową (?) zamknięto jedwabnym szwem kuśnierskim. Wyłuszczenie worka było bardzo trudne, ponieważ powrózek nasienny, mocno poskręcany przylegał bardzo ściśle do tylnej ścianki worka. Jedna z grubszych tętnic (prawdopodobnie art. spermatica) została skałeczona, co zresztą żadnych następstw za sobą nie poiągnęło. Ranę zamknięto szwem warstwowym z 2 sączkami. 25-go dnia po operacji chory szpital opuścił, jako uleczony.

XXXIX. Wiesmann¹¹. Mężczyzna 74-letni, dobrze zbudowany, tkacz. Od lat 30-tu posiadał przepuklinę pachwinową lewostronną, zawsze odprowadzalną, którą utrzymywał paskiem. Teraz przepuklina wypadła przy stolcu, i już jej nie można było odprowadzić. Wprędce wy-

stąpiły objawy niedrożności. Na drugi dzień zawezwany lekarz bezskutecznie próbował odprowadzenia. We dwa dni po wystąpieniu uwięźnięcia choroego przywieziono do szpitala, gdzie znaleziono na stronie lewej przepuklinę pachwinową wielkości orzecha włoskiego. Jądra na miejscu; lewy powróżek nasienny znacznie zgrubiał, zapaś. Operacja: Worek przepuklinowy ma ścianki grube, zawiera nieco płynu cuchnącego i sino-czarne jelito wielkości wiśni. Wyciągnąwszy 6 cm. jelita i nie mogąc jeszcze osiągnąć krezki, W. zawahał się, czy to nie jest czasem właściwy worek przepuklinowy. Na szczęście udało się jelito jeszcze więcej wyciągnąć i wówczas okazało się, że był to wyrostek Meckela, a zatem że miano do czynienia z przepukliną Littré. Przewężenie, które przyjęto za pierścień zaciskający nadcięto i poprobowano wyrostek odprowadzić; jednakże wszystkie próby odprowadzenia pozostały bez skutku. Podejrzewając obecność worka przedotrzewnowego, wprowadził W. palec do kanału pachwinowego i rzeczywiście dosięgnął kieszeni, która leżała po zapwłokami brzusznymi, miała wielkość jaja kurzego i zawierała pętlicę kiszki cienkiej. Przedłużono cięcie na 12 cm., rozcinając powłoki brzuszne i ściankę worka wewnętrznego. Teraz operator ujrzał wyraźnie włóknisty pierścień, który stanowił wejście do wspomnianej kieszeni i pętlicę kiszki cienkiej zaciskał. Pierścień nadcięto i jelito odprowadzono. Z jamy brzusznej wypłynęło nieco żółtawego płynu surowiczego. Wyłuszczone tylko dolną część worka zewnętrznego, ranę przeszczekowano i zaszyto. Krótkotrwałe polepszenie. Chory umarł w 3 dni po operacji przy objawach zapalenia otrzewnej. Oględziny pośmiertne: Ropne zapalenie otrzewnej. Nastrzyknięcie i nawarstwienie ropne, najmocniej wyrażone w lewej dolnej okolicy brzucha. Tuż przy otrzewnowem wejściu do worka przepuklinowego, zakrywając takowe, leży zupełnie swobodnie w jamie brzusznej wyrostek Meckela, pokryty grubą warstwą ropy. Ta część kiszki cienkiej, z której wyrostek bierze początek, na przestrzeni 6 cm. zabarwiona jest na szaro, pokryta ropą i za pomocą świeżych zrębów połączona z flexurą sigmoidea; przedziurawienia nigdzie nie ma. Miejsce zaciśnięcia, resp. wyrostek Meckela znajduje się w odległości 92 cm. od zastawki Bauhina.— Badając worek przepuklinowy, sprawdzono, że składał się on z 2-ch kieszeni. Z nich jedna wychodziła na zewnątrz i leżała tuż pod skórą i powięzią; za pomocą otworu przepuszczającego mały palec (przy operacji rozciętego), łączyła się ona z drugą kieszenią, leżącą pomiędzy mięśniami brzuszными i otrzewną. Kieszeń wewnętrzna była pusta i rozciągała się na zewnątrz i ku górze w stosunku do worka zewnętrznego. Z jamą otrzewnej łączyła się ona za pomocą otworu, leżącego w pobliżu i tuż po nad połączeniem obu dwu próżni resp. wypukleń. Otwór ten miał postać pierścienia i przepuszczał zaledwie mały palec. W chwili zaciśnięcia w worku wewnętrznym leżała pętlica kiszki cienkiej, w worku zewnętrznym wyrostek Meckel'a, zaciśnięcie nastąpiło w otworze brzuszным, a w części, być może, i w ujściu worka przedotrzewnowego.

XL. *Cambria*¹⁴. Mężczyzna lat 43, dobrze zbudowany. Prawe jądro zstąpiło do moszny w kilka miesięcy po urodzeniu i zawsze potem leżało przed samym pierścieniem zewnętrznym. Podczas zstępowania jądra w głębi kanału pachwinowego lekarz wyczuł mały guzik, w którym rozpoznał hernia in. cong. Pasek nosił zawsze. Przepuklina zawsze łatwo odprowadzalna. Skłonność do zaparć. Ostatnimi laty chory zauważył, że nie odprowadza przepukliny do jamy otrzewnowej, lecz jakby do jakiejś kieszeni, leżącej po nad więzmem Poupart'a i skierowanej ku górze i na ze-

wnątrz, w którym to miejscu ścianka brzuszna się wypukła. Objawy uwięźnięcia gwałtowne (długość trwania nie podana). Badanie wykazało: Prawe jądro przed pierścieniem zewnętrznym, kanał pachwinowy szeroki, dla palca drożny. Mała przepuklina mosznowa. W prawej okolicy biodrowo-pachwinowej nad więzem Poupart'a pomiędzy kolcem górnym i okolicą pierścienia zewnętrznego guz wielkości pięści, wyraźnie ograniczony, niezmiernie czuły na dotyk, z odgłosem bębnekowym. Ruchy oddechowe i położenie ciała nie wywierają wpływu na guz. Przy pierwszych próbach odprowadzenia guz zniknął. Kiszki wpadły z burzeniem do jamy brzusznej przez otwór okrągły, włóknisty, wielkości 5-centowej monety, na 3 cm. od spina ant sup. odległy. Jak tylko palec usunięto, kiszki zaczęły znowu wychodzić. Dla utrzymania jelit zastosowano pasek z dostatecznie długą i wygiętą pelotą.

XXI. Cambria ¹⁴. Mężczyzna lat 24, majtek. Od lat 8-miu mała prawostronna przepuklina, która wyszła wskutek cielesnych wysiłków. Pasek nosił zawsze. Przed laty 2-ma wykonał odprowadzenie, po którym zaraz wystąpiło wygórowanie w prawej okolicy biodrowo-pachwinowej i bolesność w mosznie. Od 2-ch dni objawy uwięźnięcia. Badanie wykazało: brzuch wzdęty, nad prawym więzem Poupart'a wygórowanie wielkości ręki, bolesne, napięte. Jądro na miejscu; kanał drożny dla palca. Odprowadzenie niemożliwe. Operacja: W worku zewnętrznym pętlica kiszki cienkiej, umiarkowanie zaczerwieniona, i nieco płynu. Palec, wprowadzony do kanału pachwinowego, wchodzi po za pierścieniem wewnętrznym do jamy, skierowanej ku spina ant. sup. i odpowiadającej wypukleniu zewnętrznemu. Przedłużono cięcie, otwierając saecus properitonealis, w którym leżała kiszka cienka i sieć. Otwór brzuszny nacięto, jelito odprowadzono, sieć podwiązano i obcięto. Worek zewnętrzny wyluszczone, pierścień zewnętrzny zaszyto, ranę przysączkowano. Gojenie per primam.

XLII. Baron ¹⁵. Mężczyzna (wiek nie podany). Od lat 28-iu posiadał przepuklinę pachwinową, która często wychodziła, lecz zawsze odprowadzała się łatwo. Przed 20-ma laty po raz pierwszy wystąpiły objawy uwięźnięcia. Aczkolwiek z trudnością, udało się jednakże trzewia odprowadzić. Teraz znowu od dni kilku uwięźnięcie z charakterem przewlekłym (wymioty wystąpiły w 3-m dniu). Przepuklina pachwinowa prawostronna, wielkości orzecha. Przy próbach odprowadzenia część zawartości zniknęła, lecz jednocześnie zjawiało się po nad więzem pachwinowym wygórowanie ścianki brzusznej ściśle ograniczone, wielkości 2-ch podstawek. Rozpoznało przepuklinę przedotrzewnową. Rozciąwszy worek zewnętrzny, znalazłono w nim pętlicę kiszki cienkiej 1 cm. długą. Po rozszerzeniu bramy worka zewnętrznego B. dostał się do jamy o gładkich ściankach, wielkiej, jak dwie pięści. Wewnętrzny (górny) otwór tego worka wewnętrznego znajdował się prawie na linii środkowej, w środku odległości pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowym. W otworze tym była zaciśnięta pętlica kiszki cienkiej, blisko 40 cm. długa. Ponieważ pociąganiem za wypadnięte jelito nie udało się przysunąć otworu wewnętrznego, B. począł prawą ręką naciskać z góry na zawartość przepukliny i w ten sposób przybliżył pomалу otwór górny worka wewnętrznego do bramy worka przepuklinowego zewnętrznego. Wówczas brzegi otworu najprzód dwoma palcami zahaczył, a potem dwójgiem szczypczyków hemostatycznych na miejscu umocował. Rozszerzywszy teraz otwór nożem ku górze, jelita odprowadził, otwór katgutem zamknął, w worek przepuklinowy sączek włożył i ranę zaszył. Wyzdrowienie zupełne.

XLIII. H ü r l i m a n n ²⁴. Kobieta 67-letnia, matka 5-ga dzieci, zawsze była mocno zapracowana, w ostatnich czasach znacznie wychudła. — Przed kilkoma miesiącami zauważyła niewielkie obrzmienie w lewej okolicy pachwinowej. Uwięźnięcie wystąpiło nagle. Następnego dnia H. znalazł przepuklinę wielkości małego jabłka. Odprowadzenie nie powiodło się. Operacja po upływie 30-tu godzin od chwili uwięźnięcia. W worku zewnętrznym znaczna ilość płynu krwawo-surowiczego, mała pętlica kiszki cienkiej i kawałeczek sieci. Bramę przepuklinową rozszerzono i trzewia z łatwością odprowadzono, $\frac{3}{4}$ worka wycięto i ranę zaszyto. Zaraz po operacji stolec i wiatry. W ciągu dwóch pierwszych dni po operacji przebieg był zupełnie dobry. Trzeciego dnia wystąpiły boleści i wzdęcie brzucha, wymioty. Po przemyciu żołądka ogólne polepszenie, stolec i wiatry. W ciągu dwóch następnych dni stan chorej był znowu zupełnie dobry. Szóstego dnia po operacji znowu wystąpiły objawy niedrożności. Zapaś. Wykonano laparotomię. Cięcie tak poprowadzono, że dzieliło ono na dwoje kąt, wytworzony przez więz Poupart'a i smugę białą. Miejsce zaciśnięcia znajdowało się w okolicy przepukliny pachwinowej. Odcinek kiszki cienkiej leżał tu nieco ku dołowi i na zewnątrz od bramy przepuklinowej w kieszeniowatym wypukleniu otrzewnej. Wejście do kieszeni nie było zbyt wąskie, prawie dwa palce przepuszczało. Odcinek jelita nie przeginał się w wejściu i nie był w niem zamknięty, lecz tworzył kolistą pętlicę, przyrośniętą do ścianek wypuklenia. Głębokość jamy wynosiła około $4\frac{1}{2}$ cm. Część kiszki doprowadzająca rozdęta, odprowadzająca ściągnięta. Przyrośniętą do ścianek wypuklenia pętlicę H. ostrożnie palcem oddzielił i do jamy brzusznej wyciągnął. Pętlica ta przedstawiała sobą odcinek jelita 5 do 6 cm. długi, skurczony, ze zgrubiałemi, nierównemi ściankami, na całej powierzchni krwawiący, czerwono-brunatnej barwy. Wskutek znacznego skurczenia pętlica stała się zupełnie niedrożną. Chcąc przywrócić jej drożność, H. gwałtownie przepchnął przez nią zawortość, powyżej niej zatrzymaną. Szew i opatrunek. W ciągu dwóch dni potem powtarzały się jeszcze wymioty. — Wyzdrowienie zupełne. Widocznie podczas herniotomii kiszkę zamiast do jamy brzusznej, odprowadzono do wypuklenia przedotrzewnowego, leżącego na zewnątrz i ku dołowi od bramy przepuklinowej. Tu kiszka przyrosła, skurczyła się i spowodowała niedrożność, pomimo że otwór brzuszny był dostatecznie szeroki i jelito leżało w nim swobodnie.

XLIV. Kr ö n l e i n ⁴¹. Mężczyzna lat 24, dojarz (Melker) miał przepuklinę pachwinową prawostronną, wrodzoną, którą niedokładnie utrzymywał paskiem. W drugim dniu uwięźnięcia robił K. herniotomię. Kiszka wyglądała zupełnie dobrze; odprowadzenie jej nie udawało się pomimo dostatecznego rozszerzenia szyi worka przepuklinowego. Po dokładnem zbadaniu okazało się, że jelito wpychano do kieszeni, leżącej po za mięśniami brzuszными. Wykonano laparotomię poczem odprowadzenie udało się zrobić bardzo łatwo. Wyluszczone worek pachwinowy, ranę otrzewnową zaszyto katgutem. Wyzdrowienie.

XLV. S a w i c k i, patrz wyżej.

XLVI. S a n t e s s o n ⁶. W czasopiśmie szwedzkim „Hygiea“ pomieścił w r. 1858 opis przepukliny pachwinowo przedotrzewnowej, której podczas operacji nie rozpoznał. Oględziny pośmiertne wykazały obecność worka przedotrzewnowego. Bliższe szczegóły są mi nieznanne.

XLVII. B a u m ⁹. Wypadek przytacza Leisrink w Die moderne Radical-operation der Unterleibsbrüche. Bliższych szczegółów nie podano.

Przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowe nieujęznięte.

XLVIII. Krönlein². Mężczyzna 22-letni, dobrze zbudowany, z przepukliną pachwinowo-przedotrzewnową prawostronną, łatwo odprowadzalną. Do 12-go roku życia chory był wnetrem. W 12-ym roku prawe jądro zjawilo się w kanale pachwinowym, po za niem zaś można było wyczuć guz przepuklinowy, rozciągający się ku spina ant. sup. W ciągu lat 5 chory nosił pasek; odrzucił go jednakże z powodu bolesności, jaką sprawiał uciskiem na jądro. W 20 roku życia jądro ustawiło się przy pierścieniu zewnętrznym, gdzie już potem zawsze pozostawało, raz wchodząc, drugi raz wychodząc z kanału pachwinowego. Guz przepuklinowy w ciągu lat ostatnich pozostawał bez zmiany. Chory zjawił się u Krönleina z prośbą o nowy pasek. Przy badaniu lewego jądra zupełnie nie znaleziono; lewy kanał pachwinowy zamknięty. Prawe jądro ma wielkość prawidłową i leży przed pierścieniem zewnętrznym; można je z łatwością wepchnąć do obszernego kanału pachwinowego, lecz zaraz napowrót wypada. Wprowadzony do kanału pachwinowego palec, wyczuwa w nim jelito, co wskazuje na przepuklinę przestwórkową (h. interstitialis). Nad więzłem Poupart'a znajduje się okrągławe obrzmienie wielkości pięści, dość wyraźnie ograniczone, poczynające się z kanału pachwinowego i skierowane ku spina ant. sup. Oddechanie i zmiany położenia chorego nie wywierały na guz żadnego wpływu. Spoistość guza sprężysto-wiotka, odgłos bębnowy. Naciskając, można było wyczuć dokładnie pętlice kiszki przez ścięte powłoki brzuszne. Nadto można było trzewia odprowadzić z charakterystycznym burczeniem, poczem obrzmienie zniknęło. Wówczas przez ścianę brzuszną wyczuwał się okrągły otwór, leżący po nad więzłem Poupart'a, w wewnętrzno-dolnej części guza. Otwór ten miał brzegi ostre i wielkość 2-markówki; przepuszczał swobodnie do jamy brzusznej palec, którym można było przeszkodzić wychodzeniu jelit. Dość było palec usunąć, i jelita znowu wypadały. Zalecono choremu odpowiedni pasek.

XLIX. Fieber^{2,6}. Mężczyzna 32-letni operowany był w skutek uwięznięcia przepukliny pachwinowej lewostronnej, po czem umarł. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono przypadkiem na stronie prawej pusty worek przepuklinowy, sięgający przez kanał pachwinowy do połowy moszny. Przy jego otworze wejściowym (Eingangspforte) znajdował się uchylek, wytworzony przez zdwojenie otrzewnej. Wielkość uchylka równała się orzechowi włoskiemu, kierunek zaś był ku pęcherzowi. Za życia prawa przepuklina nie dawała żadnych szczególnych objawów.

L. Chrzanoski⁸. Mężczyzna 23-letni, litograf, zgłosił się po radę z powodu przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej lewostronnej, której nie mógł paskiem utrzymać. Znaleziono, że prawe jądro i prawy kanał pachwinowy zboczeń nie przedstawiają. Lewe jądro w stanie zaniku znajduje się w kanale pachwinowym; ztąd można je sprowadzić do otworu zewnętrznego, przy czem tuż za jądrem wysuwa się guz przepuklinowy. Naciskając mocniej, część guza można wypchnąć do moszny; guz ten wypełnia sobą cały kanał pachwinowy i wypukla część ściany brzusznej w kierunku do spina ant. sup. Zmiany położenia ciała na guz nie mają wpływu. Rozpoznano przepuklinę pachwinowo-przedotrzewnową i wykonano operację leczenia doszczętnego. W tym celu zrobiono cięcie sięgające do połowy kanału pachwinowego, worek przepuklinowy zewnętrzny odsło-

nięto i rozcięto. Wprowadziwszy palec do worka, operator znalazł w nim swobodnie leżące jądro i sieć. Worek dokładnie od łożyska odłuszczone, przez szyję przeprowadzono pętlicę i sam worek mocno wyciągnięto na zewnątrz. Teraz dopiero, wprowadziwszy do worka palec, można było nim wejść do obszernej bocznej przedotrzewnowej kieszeni. Ażeby móżdż i to boczne wypuklenie usunąć, rozcięto przednią połowę kanału pachwinowego, po czym udało się cały worek wyłuszczyć. Powrózek nasienny usunięto, przez szyjkę worka przeprowadzono podwójną nitkę katgutową, zawiązano i worek poniżej obcięto. Długość worka przedotrzewnowego wynosiła 8 cm., szerokość 1,3 cm.; jądro 2,2 cm. długie posiadało szypułę 1 cm. długą. Po upływie 3 tygodni wyzdrowienie zupełne.

LII. *Nussbaum*¹⁶. Kobieta lat 42, posiada na wejście 2 przepukliny. Z tych jedna pachwinowa lewostronna, wielkości głowy dziecka, z bramą przepuklinową, przepuszczającą 3 palce; druga zaś pomiędzy pępką i spojeniem łonowym na smudze białej, takichże rozmiarów, z bramą przepuklinową wielkości pięści. Jednocześnie występuje zazwyczaj jedna tylko przepuklina (przeważnie na smudze białej); pod wpływem ucisku przepuklina znika w jednym miejscu i zjawia się natychmiast w drugim. Zawnioskowano, że obie strony przepukliny mają wspólną zawartość. Leczenie doszczętne. Po zrobieniu cięcia na smudze białej, przekonano się, że worek przepuklinowy nie łączy się tu z jamą otrzewnej, lecz tylko leży pomiędzy powięzią poprzeczną i otrzewną ścienną, kierując się ku lewej okolicy pachwinowej. Worek wepchnięto przez bramę i takową zaszyto. Przeciawszy powłoki zewnętrzne w okolicy pachwinowej i odprowadziwszy trzewia, odłuszczone worek przepuklinowy od łożyska i od otrzewnej ściennej, co po przedłużeniu cięcia do pierścienia pachwinowego udało się bardzo łatwo. Worek w ogóle przyrośnięty był słabo. Nałożywszy szew na szyję worka, a nadto podwiązkę ryczałtową, worek obcięto. Po 6 tygodniach zupełne wyzdrowienie.

LIII, LIII i LIV.¹¹ *Wiesmann* wspomina, iż *Krönlein* spostrzegł 3 wypadki przepuklin niewięziętych, których nigdzie nie ogłaszał. Wszystkie trzy wypadki dotyczyły mężczyzn młodych, z niezupełnym zstąpieniem jąder na odpowiedniej stronie. Worek przepuklinowy występował na zewnątrz i można go było wyczuć dokładnie za pomocą obmacywania.

Przepukliny udowo-przedotrzewnowe uwięźnięte.

LIV. *Tessier*³². Kobieta 30-letnia, od lat wielu posiadała przepuklinę udową, którą często musiała odprowadzać z powodu łatwości wypadania. Obecnie uwięźnięcie od 30 godzin. Pod więzem *Poupart'a* guz przepuklinowy, złożony z dwóch połówek; z tych jedna skierowana na wewnątrz ku wardze sromnej, druga zaś leży na przedniej powierzchni uda. Po operacji, przy której rozcięto więz *Poupart'a*, nastąpiło wypróżnienie, lecz objawy uwięźnięcia trwały dalej. Podczas operacji zwrócono uwagę na następujący szczegół: po zniesieniu zaciśnięcia poleił się płyn surowiczy z wewnątrz. Śmierć. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono w tkance łącznej miednicy, pomiędzy otrzewną i ścianą brzuszną, na bocznej ścianie pęcherza obszerną surowiczą jamę. Jama ta z jednej strony łączyła się z jamą otrzewnową za pomocą okrągłego otworu o 1 calowej średni-

cy, przez który pętlice kiszek cienkich do worka wewnętrznego wchodziły. Z drugiej strony jama worka wewnętrznego otwierała się od dołu i od przodu, pod więzem Poupart'a do worka przepuklinowego zewnętrznego. W danym przypadku przeto worek przepuklinowy był podwójny. Jedna część jego leżała wewnątrz brzucha i łączyła się z jamą otrzewnej; druga zaś leżała na zewnątrz brzucha, podzielona była na 2 części i łączyła się z pierwszą za pomocą wąskiej szyi, podczas operacji naciętej. Zaciśnięcie, zdaniem T., było podwójne: w otworze brzuszny i w szyi łączącej obadwa worki.

LVI. Weiss³³. Kobieta 72 letnia, wyniszczona, od lat 5 ma prolapsus uteri. Podczas maglowania bielizny poczuła gwałtowne bólesci w dolnej okolicy brzucha. Objawy uwięźnięcia i chora po raz pierwszy spostrzegła guz w lewym przegubie pachwinowym. W trzecim dniu uwięźnięcia W. znalazł: brzuch wzdęty, w lewej okolicy pachwinowej pod więzem Poupart'a guz przepuklinowy $1\frac{1}{2}$ cala długi, 1 cal szeroki. Guz ten za pomocą niewielkiego przewężenia rozdzielony był na 2 nierówne części: mniejszą wewnętrzną i większą zewnętrzną. Spoistość guza sprężysta, odgłos bębnowy przytłumiony. Po daremnych próbach odprowadzenia wykonano herniotomię. W worku przepuklinowym znaleziono nieco płynu żółtawego, 4 cale długą pętlicę кишки cienkiej i niewielki odcinek sieci, leżący na zewnątrz od jelita. Jelito sklezione z workiem. Nieznaczone zwężenie bramy przepuklinowej usunięto nacięciem ku górze. Sieć odprowadzono łatwo, natomiast jelito udało się wepchnąć zeledwie po długich usiłowaniach. Znaleziono, że końcowy odcinek pętlicy nie wślizgnął się sam, jak to zazwyczaj bywa i że wepchnięte jelito pozostało tuż przy bramie przepuklinowej. Wprowadzony do rozszerzonej bramy przepuklinowej palec wyczuwał na zewnątrz od takowej taśmy napiętą, od góry na dół przebiegającą. Ponieważ żadnego końca taśmy nie można było osiągnąć i ponieważ na 1 cal była ona odległa od ściany brzusznej, przypuszczono, że to sznurerek sieci, przyrośnięty gdzieś opodal od bramy przepuklinowej. Krótkotrwale polepszenie, po czem znowu objawy uwięźnięcia. W 3 dni po operacji śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały peritonitis. Kiszki cienkie na przestrzeni 3-ch stóp od zastawki kątnicy skurczone, powyżej zaś rozdęte. Pętlica, stanowiąca granicę pomiędzy nimi, przyklejona do pierścienia udowego od strony jamy brzusznej. Pętlica ta 3 cale długa, ciemnoczerwona niepolyskująca wepchnięta była do worka wewnętrznego, leżącego pomiędzy powięźnią poprzeczną i otrzewną. Ujście worka wewnętrznego leżało tuż przy zewnętrznej stronie pierścienia udowego i przepuszczało swobodnie jeden palec; wystający do jamy brzusznej brzeg (der gegen die Bauchhöhle vorspringende Ring) był znacznie grubszy od samej ściany worka przepuklinowego. Worek wewnętrzny był kulisty, wypukłał się do jamy brzusznej i posiadał ściany bardzo cienkie. Dno jego skierowane na zewnątrz, odległe było na $1\frac{1}{2}$ cala od wejścia. Wewnętrzna powierzchnia worka była równa i gładka.

LVII. Rossander⁶. operował mężczyznę z przepukliną udową. Podczas operacji rozpoznano przepuklinę przedotrzewnową. Otwór zaciskający rozszerzono i trzewia odprowadzono. Chory wyzdrowiał. Bliższych szczegółów nie posiadam. Szczegółowy opis wypadku był pomieszczony w Hygiea, 1881 r.

LVIII. Tansini¹⁷. Kobieta 50-letnia, służąca, z przepukliną udową prawostronną. Paska nie nosiła nigdy, cierpiała często na bólesci

brzucha, które przy spokojnem leżeniu w łóżku przechodziły. Od 8-miu dni objawy uwięźnięcia, stopniowo się wzmagające. Zapaść, brzuch wzdęty, skóra nad guzem zaczerwieniona, nabrzęka, bardzo bolesna. Podczas operacyi znaleziono w worku przepuklinowym zmartwiałą i przedziurawioną pętlicę kiszki cienkiej. Zaciskający pierścień udowy nadcięty, jelita 9 cm., wycięto i nałożono szew Lambert'a. Podczas nakładania szwu zwrócono uwagę na mocne żyłne przekrwienie kiszki. Odprowadzenie okazało się bardzo trudnem. Nawet po zrobieniu nowych nacięć nie wślizgnęła się pętlica tak łatwo, jak to za zwyczaj bywa. Krótkotrwałe polepszenie; w 4 dni po operacyi śmierć przy objawach uwięźnięcia i zapaści. Przy oględzinach pośmiertnych zeszyte jelito znaleziono w jamie wielkości pomarańczy, leżącej po za pierścieniem udowym i zawierającej nadto kilka innych pętliec zczerniałych, lecz całych. Ściany owej kieszeni, leżącej pomiędzy otrzewną ścienną i powięzią poprzeczną, przedstawiały także głębokie zmiany. Kieszeń była skierowana do malej miednicy i na miejscu największej swej pochylności łączyła się z jamą otrzewnej, w której znaleziono tylko nieznaczne przekrwienie żyłne bez śladu wysięku.

LIX. Bar on ¹⁵. Kobieta 68-letnia. Objawy uwięźnięcia. W lewym przegubie udowym znaleziono przepuklinę wielkości orzecha, mocno napiętą, z wąską szyją. O przepuklinie tej dotąd chora nie wiedziała. Gdy odprowadzenie się nie udało, wykonano operacyję w 8-cim dniu uwięźnięcia. W worku przepuklinowym, ściana którego była bardzo cienka, znaleziono 8 cm. długą pętlicę kiszki cienkiej. Po rozszerzeniu nader ciasnego pierścienia udowego B. zauważył, że odprowadzone jelito nie wpadło w głąb jamy brzusznej, lecz pozostało tuż przy bramie przepuklinowej. — Wprowadziwszy palec, przekonał się, że takowy zamiast do jamy brzusznej, wchodził do jakiejś innej jamy o gładkich ścianach, wielkości pięści. Jama ta zawierała w sobie dużą pętlicę kiszki cienkiej; część takowej stanowiła w worku zewnętrznym znaleziona i odprowadzona pętlica. Pętlicę jelita była silnie połączona ze ścianą worka, w górnej tylnej części takowego. Ażeby dosięgnąć tego miejsca, rozszerzono dostatecznie bramę przepuklinową i 20 cm. długą pętlicę wyciągnięto na zewnątrz z worka przepuklinowego zewnętrznego. Wówczas razem z pętlicą ukazała się część worka wewnętrznego, posiadająca otwór o średnicy 1 cm. w którym kiszka była zaciśnięta. Otwór ten rozszerzono, poczem jelito odprowadzono do jamy brzusznej. Wyzdrowienie po upływie 8 tygodni. Zamiast nazwy h. inguino resp. cruro-properitonealis, B. proponuje h. inguino, resp. cruro-intra-abdominalis.

LX. W e r n e r ²⁵. Kobieta 61-letnia, matka 6-ga dzieci, dostała wymiotów i biegunki, które na czas krótki ustąpiły po zażyciu m. oleosae c. tra opii. Na drugi dzień znów wystąpiły wymioty, obok czego zaparcie i bolesci brzucha. Badając chorą trzeciego dnia choroby W. znalazł brzuch wzdęty, oraz przepuklinę udową prawostronną, wielkości małego jabłka. Po długich usiłowaniach udało się odprowadzić $\frac{2}{3}$ guza, lecz więcej już w żaden sposób nie można było wepchnąć. Przystąpiono do operacyi. W worku przepuklinowym, który nie zawierał ani odrobiny płynu, znaleziono mocno napięte jelito, mające postać ciemno-brunatno-czerwonego obrzmienia. Niezmiernie ciasną bramę przepuklinową nadcięto i popróbowano jelito nieco więcej wyciągnąć na zewnątrz. Wówczas W. zauważył, że pociągana pętlica pozostała na miejscu, gdy tymczasem na wewnątrz od niej, obok więzku Gimbernat'a zaczął się wydobywać inny, o wiele mniej zmieniony odcinek

kiszki cienkiej. Wtenczas W. popróbowal jelita odprowadzić, co mu się bez wielkiego wysiłku udało. Jedno go tylko uderzyło: na końcu wypychana część jelita nie wślizgnęła się, czyli nie uciekła z pod palca, jak to zwykle przy odprowadzaniu bywa. Operator jednakże nie przypisywał temu wielkiego znaczenia, ponieważ wprowadzony do jamy brzusznej palec, nigdzie nie wyczuwał żadnego obrzmienia. Po operacji początkowo polepszenie (bolesci i wymioty ustąpiły, stolec i wiatry odchodziły), lecz już na drugi dzień znowu wystąpiły objawy uwięźnięcia. Trzeciego dnia po operacji, t. j. po upływie 5 dób od początku choroby W. przystąpił do laparotomii. Zbadawszy jeszcze raz chorą, znalazł na 2 cm. po nad górnym brzegiem prawej poziomej gałęzi kości łonowej guz nieco ruchomy, niewielki, podługowato okrągławy. Odpowiednio do tego poprowadził cięcie w prawej regio hypogastrica równoległe do rany zrobionej przy hernijotomii i na $3\frac{1}{2}$ — 4 cm. powyżej takowej. Po otworzeniu jamy brzusznej wypadła skórczona i lekko zaróżowiona pętlica, którą stopniowo wyciągając, W. dosięgnął miejsca zaciśnięcia. Można było dokładnie wyczuć palcem, jak kiszka cienka wchodziła do zaciskającego ją ciasnego pierścienia, do którego zaledwie koniec pagnocia udało się wprowadzić. W. nadsiał pierścień ku górze i na wewnątrz, przy czem nie było słychać żadnego trzeszczenia. Rozszerzywszy jeszcze otwór za pomocą palca na tyle, by wchodząca pętlica leżała całkiem swobodnie, W. ranę zaszył. Podczas nakładania opatrunku poleał się nagle z sączka, przy 1-ej operacji założonego do worka przepuklinowego, strumień żółtego, mocno cuchnącego, kałowego płynu. (Zatem wytworzył się anus artificialis). Początkowo polepszenie; śmierć we 2 dni po operacji, przy objawach zapalenia. Oględziny pośmiertne wykazały peritonitis fibrinosa. Pętlica kiszki cienkiej, która podlegała uwięźnięciu, znajdowała się w odległości $1\frac{1}{2}$ stopy od valvula Bauhini. Rozdęty doprowadzający koniec leżał bardziej na wewnątrz (medianwärts), skurczony zaś odprowadzający — na zewnątrz (lateralwärts). Sama pętlica leżała po nad wejściem do prawego kanału udowego. Odpowiednio wejściu temu ujrano wypuklający się worek przepuklinowy pusty, z rozwartą raną operacyjną w dnie; wprowadzony do kanału udowego palec bez przeszkody dosięgnął worka przepuklinowego. Sama pętlica przedstawiała wyraźne ślady zaciśnięcia i byłych zrostów z wewnętrzną powierzchnią worka. Odpowiednia kreska uwięźnięciu nie podlegała, ponieważ zaciśnięcie nastąpiło poniżej takowej. Bezpośrednio obok powyższej pętlicy, prawie tuż za gałęzią poziomą kości łonowej spostrzeżono inną pętlicę kiszki cienkiej, wystającą z jakiegoś zagłębienia (Nische). Pętlicę tę ostrożnie wyciągnięto; była ona 11 — 12 cm. długa, brudnej, szarawo czarnej barwy, z przedziurawieniem na miejscu, odpowiadajacem wejściu do zagłębienia. Prowadzący do zagłębienia tego, podczas operacji nadoięty i naderwany rozporzek przebiegał równoległe do gałęzi poziomej kości łonowej i przedstawiał sobą otwór 2 cm. długi na $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm. rozwarty. Wprowadzony weń palec wchodził do kieszeni, która rozciągała się wzdłuż tylnej ścianki dziury zasłonowej, miała głębokości $4\frac{1}{2}$ — 5 cm. i szerokości 3 — 4 cm. Nie mogąc wypilować gałęzi poziomej, dokładniej się nie rozejrzano. Uwięźnięciu przeto w danym wypadku uległy 2 pętlice w dwóch miejscach: w pierścieniu udowym i w wejściu do worka wewnętrznego. Ze względu na własności worka przepuklinowego, W. przypuszcza, że musiał on istnieć oddawna, chociaż chora wręcz temu przeczyła. Starszą jeszcze, jego zdaniem, musiała być kieszeń wewnętrzna. Mąż chorej podał szczegół, że od $\frac{1}{2}$ roku powłóczyła ona prawą nogą.

Przepuklina pępkowo-przedotrzewnowa uwięznięta.

LXI. Terrier ⁴¹. Kobieta 77-letnia. Od lat przeszło 20-tu posiadała przepuklinę pępkową nieodprowadzalną. Wielokrotnie występowały objawy niedrożności z nudnościami i wzdęciami brzucha, co nie trwało nigdy dłużej nad 1—2 dni. Chora nosiła pasek. Tym razem objawy niedrożności trwają od 3-ch dni i mają charakter podostry. Na linii pośrodkowej w okolicy pępka guz duży, okrągławy, o średnicy 20 cm.; większa część jego leży po nad bliźną pępkową. Guz jest niebolesny, miękki, z odgłosem bębenkowym. W ciągu następnych 2-ch dni stan się nieco polepszył, bólesci prawie ustąpiły i chora miała 2 razy stolec. W 6-tym dniu choroby nagle wystąpiło obostrzenie objawów: gwałtowne bólesci brzucha, guz większy i bolesny, zapasć. Operacja: Obszerny worek przepuklinowy zawierał sieć i 3 pętlice kiszki cienkiej. Pętlice leżały poprzecznie i podlegały uciskowi ze strony starych zrostów zapalnych, które tworzyły rodzaj włóknistej przegrody i dzieliły worek na dwie komory: prawą i lewą. Ucisk spowodowany zrostami, nie mógł wprawdzie wywołać uwięźnięcia w ścisłym znaczeniu, zmniejszał jednakże światło jolita i przeszkadzał przechodzeniu zawartości. Zrosty te rozcięto, porozdzielano także świeższej daty połączenia pętlic z sobą i ze ściankami worka. Pomimo to odprowadzić do jamy brzusznej udało się tylko pętlicę środkową. Brama przepuklinowa okazała się dostatecznie szeroką i palec swobodnie przechodził przez nią do jamy otrzewnowej; przy tem T. wyczuł w głębi inną pętlicę jelita, która kierowała się gdzieś na dół i wchodziła jakby do innego worka o otworze bardzo szerokim. Ranę zaszyto. Śmierć jeszcze tego samego dnia. Oględziny pośmiertne: Ani śladu peritonitidis. Układ jelit następujący: wchodząc do worka przepuklinowego zewnętrznego, jelito cienkie tworzyło tu 3 znalezione podczas operacji zakręty, poczem wchodziło do jamy brzusznej. Zamiast leżeć tu swobodnie, jelito opuszczało się przed otrzewną ścienną, po za ścianą brzuszną aż do połowy przestrzeni pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowym. Ztąd wracało ono napowrót, łącząc się z leżącym swobodnie w jamie brzusznej dolnym odcinkiem kiszki cienkiej. Zatem oprócz worka podskórnego w danym razie znajdował się także worek przedotrzewnowy. Worek ten, jako też opisane zrosty wpłynęły na wytworzenie stosunków, które spowodowały niedrożność.

Następujące dwa przypadki, otrzymane po wydrukowaniu statystyki, umieszczam na końcu.

LXII. L ö b k e r ³⁸. Mężczyzna 34-letni, rządcą, wstąpił do szpitala z powodu uwięźniętej od 3-ch dni przepukliny. Jak chory zapamięta, zawsze posiadał prawostronną przepuklinę pachwinową, łatwo odprowadzalną. Prawa połowa moszny po odprowadzeniu przepukliny stawała się mniejszą od lewej. Prawe jądro, mniejsze od lewego, znajdowało się niekiedy w mosznie, częściej jednakże cofało się do kanału pachwinowego, lub nawet do jamy brzusznej. Op 3-ch dni chory doznawał bez widocznej przyczyny bólesci po nad prawym więzłem Poupart'a; przy tem przepuklina na zewnątrz zupełnie nie występowała. Zaparcie, wymioty, czkawka, wzdęcie brzucha. Najmocniejsza bolesność w prawej okolicy biodrowej. W tem miejscu znajduje się wyraźnie odgraniczone obrzmienie wielkości pięści, po-

kryte nieco zaczerwioną skórą. Obrzmienie na wewnątrz sięga do pierścienia pachwinowego zewnętrznego, który jest otwarty; na zewnątrz — prawie do spina ant. sup.; ku górze — do linii, łączącej obadwa kolce biodrowe górne; ku dołowi — do więzła Poupart'a. Prawa połowa moszny pusta. — Palec, wprowadzony do szerokiego otworu pachwinowego zewnętrznego, napotyka na drodze jądro. Rozpoznano przepuklinę pachwinowo-przedotrzewnową uwięzioną, oraz zapalenie otrzewnej. L. poprowadził cięcie po nad obrzmieniem od góry i od zewnątrz ku dołowi na wewnątrz. Po rozcięciu worka przepuklinowego, wypłynęła znaczna ilość mętnego surowiczego płynu. Wprowadzony do środka palec, wchodził na wewnątrz i ku dołowi do worka pustego, opuszczającego się do moszny. Idąc w kierunku do jamy brzusznej, palec swobodnie przechodził przez pierścień pachwinowy wewnętrzny. Ku górze i na zewnątrz, w kierunku ku spina ant. sup. natknął L. jądro w stanie zupełnego zaniku. Wyciągnąwszy nieco takowe, wyczuł on w tem miejscu ciasny otwór, za pomocą którego worek mosznowy łączył się z wypukleniem, leżącym pomiędzy ścianą brzuszną i otrzewną ścienną, i zawierającym jelita. Zaciśnięcie nastąpiło, widocznie, w ujściu wypuklenia przedotrzewnowego do worka przepuklinowego. Otwór ten rozszerzono wprowadzonym pod osłonę palca hernijotomem, i z wypuklenia przedotrzewnowego wyciągnięto na zewnątrz około 15 cm. kieszki cienkiej. — Gdy próby odprowadzenia nie udawały się, ponieważ jelito, zamiast do jamy brzusznej, wpychano wciąż napowrót do worka przedotrzewnowego, rozcięto całą przednią ścianę tego worka. Wówczas z łatwością odszukano otwór brzuszny, który był dostatecznie szeroki i rozszerzenia nie wymagał. Jądro i powrózek nasienny wyluszczone, worek, o ile to było możliwe, wycięto. Wobec zapalenia otrzewnej otwóru brzuszego nie zaszywano, lecz wstawiono weń grubi sążek. Krótkotrwałe polepszenie. Śmierć po upływie doby od chwili operacji. Ogłędzin pośmiertnych nie robiono. Zbadano tylko samą przepuklinę, przy czem przekonano się, że stosunki anatomiczne podczas operacji oceniono dobrze i zaciśnięcie zniesiono. Peritonitis septica.

LXIII. Orłowski. Chory, lat 61, posiada oddawna niewielką przepuklinę pachwinową prawostronną. Przepuklina, utrzymywana paskiem, wydobywała się często z pod niego; odprowadzenie raz bywało łatwe, drugi raz dość trudne. Szczególnych przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, ani objawów uwięźnięcia nigdy nie było. W Październiku 1885 r. przepuklina znowu wypadła z pod paska. Chory pchnął ją bez większego wysiłku i guz natychmiast się schował ku wielkiemu zadawoleniu chorego, że odprowadzenie udało się tak łatwo. Było to w Niedzielę. W Poniedziałek był stolec niewielki; chory czuł się zupełnie dobrze i był wieczorem na prozzonej kolacji. We Wtorek znowu stolec niewielki. We Środę chory był na proznom śniadaniu. We Czwartek wystąpiły bólesci w dolnej prawej okolicy brzucha. Zadany kalomel chory zrzucił. W Piątek obok bólesci wystąpiły wymioty. Zastosowano kalomel, wlewania Heger'a i kąpiele, bez skutku. Wypróżnienia od Wtorku nie było. Zawezwany w Sobotę D-r Orłowski znalazł: wymioty, bólesci, brzuch umiarkowanie wzdęty, przy naciskaniu bolesny; moszna pusta, kanał pachwinowy wolny, przepuszcza palec swobodnie. W głębi jego nie wyczuł nic można. Przepuszczając reduction en masse lub też inne powikłanie, pozostające w związku z wykonaniem odprowadzeniem, przystąpił D-r Orłowski do laparotomii. Cięcie poprowadził pionowo od pierścienia zewnętrznego

na 4—5 cali w górę. Otworzywszy jamę brzuszną, zaczął wydobywać kolejno pętlice i zaraz wprędo napotkał opór. Pętlica uwięźnięta sterczała z otworu, leżącego po za gałęzią kości łonowej i pomieszczona była widocznie w worku, leżącym w okolicy dziury zatykowej. Otwór brzuszny był na tyle obszerny, że bez jego rozszerzenia udało się jelito wyciągnąć. — Uwięźnięta pętlica miała długości około 5 cali i, aczkolwiek nie przedziurawiona, przedstawiła się jednakże mocno zmienioną. Zrobiono odbył sztuczny. Worka przepuklinowego nie zbadano. Chory miał się początkowo bardzo dobrze, wszelkie objawy uwięźnięcia ustąpiły; kał wydzielał się przez odbył sztuczny. Dziewiątego dnia po operacji chory zaczął skarżyć się, iż czuje się nie dobrze, chociaż żadnych objawów, któreby mogły to wytlómaczyć, nie było. Zapaść i śmierć w 11 dni po operacji bez jakichkolwiek objawów niedrożności lub zapalenia otrzewnej. Oględzin pośmiertnych nie robiono.

Choć w danym razie D-r Orłowski zarówno jak i Brugisser w swoim wypadku, nie przekonał się o istnieniu dwu worków, można jednak bez wahania przypuścić, że miano tu do czynienia z przepukliną przedotrzewnową. Za tem przemawiają: łatwość odprowadzenia przepukliny pachwinowej, przewlekły przebieg uwięźnięcia, umiejscowienie worka i otworu, w których znaleziono pętlicę podczas operacji. Nado względu na obszerność otworu brzusznego wykazuje, że niedrożność spowodowana tu była nie zaciśnięciem, lecz przegięciem jelita, co także przemawia na korzyść przepukliny przedotrzewnowej. Przyjmując tu odprowadzenie ryczałtowe, należałoby przypuścić możność wepchnięcia en masse przepukliny nie uwięźniętej, czemu nowsi autorowie przeczą.

Za łaskawe udzielenie mi tego wypadku D-rowi Orłowskiemu składam serdeczne podziękowanie.

Spis autorów.

- 1) Krönlein.—Herniologische Beobachtungen.—Arch. f. klin. Chir. 1876. B. XIX p. 406.
- 2) „ Weitere Mittheilungen über d. Hern. ing. proper.—Arch. f. klin. Chir. 1880. B. XXV p. 548.
- 3) „ Weitere Notiz über d. Hern. ing. proper.— Arch. f. klin. Chir. 1881. B. XXVI p. 521.
- 4) Neuber.—Mittheilungen aus d. Klinik d. prof. Esmarch.— Arch. f. klin. Chir. 1881. B. XXVI p. 509.
- 5) Trendelenburg.— Ueber Hernia ing. proper. Hydrocele abdom. bilocul.—Arch. f. klin. Chir. 1881. B. XXVI p. 867.
- 6) Wagner.— Ueber d. Hernia proper. Inaug. dissert.— Dorpat. 1883.
- 7) Matlakowski.— Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej.—Gaz. lek. 1883 s. 739 i 766.
- 8) Chrzanowski.— Ueber d. Hernia proper. Inaug. dissert.— Greifswald. 1884.
- 9) M. Schmidt.— Erklärungsversuch zur Genese gewisser Fälle v. Hernia ing. interst. u. ing. proper.— Arch. f. klin. Chir. 1885. B. XXXII p. 898.

- 10) Trzebiecky. — Przypadek przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej.—Przegl. lek. 1886. N. 17.
- 11) Wiesmann. — Ein Fall v. Hernia ing. proper. Littrica incarcer.—Correspondenzblatt f. Schwei. Aerz. 1885. N-r 17.
- 12) Bolling. — Heilung einer Hernia ing. proper. durch Operation. — Berl. klin. Woch. 1882. N. 26.
- 13) Obarst. — Ein Fall v. incarcer. Hernia ing. proper.—Centralblatt f. Chir. 1883. N. 5.
- 14) Cambria. — Zur Kasuistik d. Hernia proper. — Wiener med. Woch. 1886. N. 31.
- 15) Baron. — Peritonéale Hernie. — Wien. med. Presse. 1886. N-r 16.
- 16) Nussbaum. — Drei interessante Vorkommnisse bei Bruchoperationen.—Centralblatt f. Chir. 1886 N. 45, także Annalen der Krankenhäuser zu München 1886. B. III.
- 17) Tansini. — Sopra un caso di ernia cruroperitonéale.—Centralblatt f. Chir. 1886. N. 31.
- 18) Cruveilhier. — Essai sur l'anatomie pathologique en général. 1816 t. 2.
- 19) Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique générale. — 1849.
- 20) Schindler u. Steudner. — Zur Casuistik d. Leistenbrüche.—Deutsche Klinik. 1851. N. 19.
- 21) Gosselin. — Leçons sur les hernies abdominales. — 1865.
- 22) Billroth i König. — Chirurgija ogólna i szczegółowa, t. 3, przekład polski Matlakowskiego z oryginału wydanego r. 1875.
- 23) Bryant. — A manual for the practice of Surgery. — 1879 r.
- 24) Hürlimann. — Beitrag zur Behandlung d. Darmocclusion.—Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerz. 1885. N. 24.
- 25) Werner. — Jahresbericht Virchow — Hirsch z roku 1885, t. 2, str. 416; także Zwerchsacks-Hernie; — Medicinisches Correspondenzblatt d. Würtemb. aerzt. Landesvereins. 1885. N. 24.
- 26) Hüter. — Grundriss d. Chirurgie. 1886.
- 27) Nélaton. — Eléments de Pathologie Chirurgicale.—1882.
- 28) Tillaux. — Traité d'Anatomie topographique. 1884.
- 29) Follin et Duplay. — Traité élémentaire de Patologie externe. 1883.
- 30) Ravoth. — Die Unterleibsbrüche. 1886.
- 31) Sachs. — Jahresbericht — Virchow — Hirsch z r. 1885 t. 2. str. 415.
- 32) Tessier. — Jahrbücher V. Schmidt — 1835. B. VII, p. 246.
- 33) Weiss. — Wiener mediz. Presse. 1870. N. 38, 40, 41.
- 34) Ramonède. — Jahresbericht, Virchow—Hirsch z r. 1883, t. 2, str. 439.

- 35) Kölliker. — Grundriss d. Entwicklungsgeschichte d. Menschen u. d. höheren Thiere. 1880.
- 36) Henle. — Handbuch d. Systematischen Anatomie d. Menschen. — 1873.
- 37) Pitha u. Billroth. — Handbuch d. Allgem. u. Spec. Chirurgie. — 1875, B. III. Abth. II. Liefg. 7.
- 38) Löbker. — Mittheilungen aus d. Chir. Klinik in Greifswald. — 1884.
- 39) Berger. — Fausse réduction des hernies. — Revue de Chir. 1884 Octobre.
- 40) Küster. — Beiträge zur Lehre v. d. Hernia. — Beilage z. Centralblatt f. Chir. 1886. N. 24.
- 41) Terrier. — Considérations cliniques sur la hernie ombilicale étranglée. Bull. et mem. de la Soc. de Paris. 1881, tom VII, pag. 19; także Revue de Chir. 1881, pag. 157.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Bakterylogija.

125. CANTANI. **O własnościach trujących lasecznika cholerycznego i o leczeniu cholery.** Z 59-go zjazdu lekarzy i przyrodników w Berlinie. (*R. de Med.* 1887. N. 1).

Zmniejszenie ilości krwi w ustroju przy choleryze w skutek silnej biegunki nie może być uważane za przyczynę śmierci, w obec niezbiecie stwierdzonych śmiertelnych wypadków cholery tak zwanej suchej, bez biegunki. Należy przypuszczać zatrucie ustroju swoistym jadem, który powstaje: 1) jako ptomaina w ścianach lub zawartości kiszek pod wpływem lasecznika przecinkowatego, lub 2) jako jad swoisty, wydzielany przez laseczniki, lub wreszcie 3) sama istota laseczników jest jadowitą, podobnie jak grzybów trujących.

Cantani skłania się do tego ostatniego przypuszczenia na podstawie własnych doświadczeń, które wykazały, że hodowla lasecznika przecinkowatego w rosole peptonizowanym, nawet po 15-minutowem gotowaniu (100°), kiedy wszystkie pasorzyty są zabite, wstrzyknięta do jamy otrzewnej lub pod skórę zwierzęcia, sprowadza objawy właściwe choleryze. Ztąd Cantani wnosi, że istnieje jad choleryczny, który jest w związku z lasecznikiem przecinkowatym, jednakże nie zależy od działalności wegetacyjnej laseczników, które się znajdują w kiszkach.

Przy leczeniu według Cantaniego należy uwzględnić dwa wskazania:

1) Wstrzymać mnożenie się laseczników w kiszkach. — W tym celu Cantani zaleca lewatywy z 1 — 2 litrów wody 38—40° C. zawierającej 3, 5, 10 a nawet 20 grammów tanniny z dodatkiem nieznacznej ilości gummy arabskiej i kilku kro-

pel nalewki makowca. Po kilku godzinach kiedy biegunka powraca, należy lawatwę powtórzyć. (Tannina w rozcieńczeniu 1:100 zabija laseczniki przecinkowate przy T. 37° C. po upływie 1½ godziny).

2) Uwolnić krew od czynnika trującego. W tym celu Cantani radzi wstrzykiwania podskórne wody ciepłej zawierającej 4 gramy soli kuchennej i 3 gramy dwuwęglanu sody pro mille. Wstrzykiwania skutecznie się w górnej części brzucha pod żebrami, jednorazowo pół do jednego litra płynu. — Wchłanianie przez tkankę wysuszoną jest bardzo szybkie, wobec czego wstrzykiwania do żył, jamy płucnej lub otrzewnej są zbyt szybkie.

Rezultaty leczenia otrzymywane przez Cantani'ego były bardzo dobre. W towarzystwie lekarskiem peszteńskim Angyan oznajmił, że metoda Cantani'ego nawet w ciężkich przypadkach choroby niekiedy daje rezultaty zadziwiające.

Wł. Zawadzki.

126. ZASLEIN (Genewa). **O trwałej postaci lasecznika cholerycznego.**

Na 59 berlińskim zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich, Zaslein oznajmił o wynikach swych badań nad lasecznikiem cholerycznym. Z. przyrządził hodowle lasecznika przecinkowatego w płynach odżywczych bardzo rozcieńczonych i spostrzegł następujące formy: z początku lasecznik, proste kuleczki, lancuski laseczników, które giną po 2 — 5 minutach suszenia; następnie spirylle i nakoniec arthrospery (Hueppe). Te ostatnie są szersze od spiryllów, okrągłe, bardzo błyszczące, oddzielają się coraz bardziej i wreszcie stają się wolnemi. — W takim stanie opierają się wysuszeniu przez 3 godziny 20 minut. Z. często obserwował bezpośrednio ich tworzenie się i rozwijanie. Nakoniec rozwijają się postacie wsteczne, część których była opisana jako zarodniki i które sprzeciwiają się dłużej wysuszeniu aniżeli pierwsze. Arthrospery Hueppe'go należy uważać za postać trwałą lasecznika przecinkowatego. — Wreszcie Z. zaznaczył, że od roku lasecznik przecinkowaty rozwija się więcej nieregularnie a nadewszystko więcej szybko, aniżeli przedtem; jednakże nie tak szybko jak lasecznik Finklera.

Gutman zgadza się na istnienie trwałej postaci lasecznika przecinkowatego, gdyż hodowle kilkumiesięczne, w których nie można już było wykryć laseczników, przeszczipione na nowy grunt, powodowały rozwój nowej generacji lasecznika. Rozwój taki nie następuje, jeżeli hodowla stara rozpostarta na szkiełku pokrywkiem trzymaną będzie w termostacie przez 24 godzin.

Finkler dodaje, że tak samo ma się rzecz z lasecznikami choleryny (Finkler-Prior).

Wł. Zawadzki.

127. EMMERICH. **O obecności mikrokokków róży w mieszkaniach nieczystych (tamże).**

Prof. Bollinger został dotknięty ciężką różą gorączkową, jakkolwiek nie mógł wykazać źródła zarazy. Kiedy jeden z je-

go asystentów dostał teje choroby, przypuszczono, że zarazek róży może znajdować się w małej izdebce, w której zazwyczaj obadwa zarazieni pracowali. Emmerich zebrał z tego pomieszczenia dwa litry powietrza, przepuścił go przez bulijon, który następnie rozdzielił w 40 próbek. W dziesięciu z tych próbek rozwinęły się streptokokki; szczepienia wykonane na morskich świnkach i królikach stwierdziły, że w rzeczy samej miano do czynienia z pasorzytami róży. E. nie mógł wykryć ogniska z którego wychodziły wspomniane pasorzyty; wszystkie próby hodowli z pyłu zbieranego na ścianach murowanych pozostały bez skutku. Jest to nowym dowodem, że wapno ścian wstrzymuje rozwój pasorzytów, jakkolwiek zdanie powszechne widzi w ścianach porowatych, zawsze zawierających ślady wilgoci, prawdziwe gniazda pasorzytów. Według E. zdanie to jest mylnem i pokrywanie zwykłych ścian wapiennych materją nieprzepuszczalną, słusznie uważanem być może jako niebezpieczne.

Wl. Zawadzki.

128. **Micrococcus scarlatinae.** (*Deut. Med. Woch.* N. 25 1887). π

Dwaj angielscy badacze Power i Klein zrobili w ostatnich miesiącach ważne odkrycie, wykazawszy, że przynajmniej w większości przypadków szkarlatyna zawdzięcza swe powstanie mikrokokkowi, znajdującemu się w mleku krowiem. Już od dawna wiadomo, że szkarlatyna i dyfterya mniej zależą od złych sanitarnych warunków w mieszkaniach, a często epidemie płonicy były w związku z użyciem złego mleka, otrzymywanego z tegoż samego zakładu. Podobne epidemie opisywał 1870 r. Ballard, 1875 Buchanan, 1882 Power, a 1881 Ernest Hart tabelarycznie je zestawił. W epidemii spostrzeganej w Hendon (przedmieście Londynu) w 1885 i 1886 przez Powera okazało się, że tylko mleko pochodzące od niektórych krów było przyczyną szkarlatyny. Krowy te na rozmaitych częściach ciała posiadały owrzodzenia, szczególnie na wymionach, przy czem włosy wypadaly; jednocześnie płuca, wątroba, nerki i śledziona przedstawiały patologiczne zmiany, analogiczne spostrzeganym przy szkarlatynie u ludzi. Ropa owrzodzeń na wymionach szczepiona cielećtom wytwarzała podobne owrzodzenia. W tych owrzodzeniach znajdowały się znaczne ilości pewnego gatunku mikrokokków, które na sztucznej powierzchni odżywczej wytwarzały w parę dni kolonije mikrokoków ze szczególnymi cechami, wyróżniającemi je od innych bakteryi.

Cielećta szczepione mikrokokkami tej hodowli, ulegały cierpieniom zupełnie podobnym do powyższej choroby krów. — Mleko zaś tych krów wywoływało szkarlatynę u ludzi.

Klein następnie znalazł we krwi ludzi chorych na szkarlatynę mikrokokka, który mikroskopowo i w hodowlach posiadał te same własności co i mikrokok znaleziony u krów w Hendon. *Micrococcus Scarlatinae* jest więc przyczyną szkarlatyny u człowieka.

v. Jours: de) Antwerpen med. 1887 135.

Co się tyczy do sposobu w jaki mleko chorych krów staje się zaraźliwym, to Klein sądzi, że po części przy dojeniu mikrokoki z owrzodzeń na wymionach dostają się do mleka, a po części mleko samo zawiera produkta zakaźne.—Substancja zakaźna ulega zniszczeniu przy ogrzewaniu jej do 86° C. Ponieważ zaś powyższa choroba krów jest dość trudną do rozpoznania, należy więc wystrzegać się surowego mleka.

M. Hopfenblum.

129. E. METSCHNIKOFF. **Walka fagocytów w tyfusie powrotnym.** Ueber Phagocytenkampf beim Rückfalltyphus. (*Virch. Arch.* 109. I).

Stosunek spiryllów Obermeyera do komórek organizmu dotąd był ciemnym. Zarówno we krwi jak i w narządach znajdowano ustroje te zawsze zewnątrz komórek, tak, że Baumgarten stanowczo wystąpił przeciw przypuszczeniu, jakoby białe ciała chłoneły spirylle, a więc i w ogóle przeciw nauce o fagocytach. Autor od początku zbudowania swej teorii myślał o sprawdzeniu jej w przebiegu tyfusu powrotnego. Nie mógł jednak długo swej myśli urzeczywistnić, ponieważ choroba ta obecnie zupełnie wygasła w Odessie i dopiero w ostatnim roku otrzymał pożądaną materjał w postaci dwóch małp, z rodzaju macacus, którym D-r Doroschewsky zaszczerpił omawianą chorobę w Moskwie. Oprócz wspomnianych zwierząt poddano doświadczeniu jeszcze 4 małpy.

Przy szczepieniu okazało się przedewszystkiem, że chociaż jednorazowe przebycie tyfusu powrotnego nie zabezpiecza przeciw powtórnemu zarażeniu, to jednak powtórne zaszczerpienie wywołuje o wiele słabsze napady.

U pierwszej małpy, którą zachloroformowano na śmierć zaraz po okazaniu się we krwi pierwszych spiryllów — 59 godzin po zaszczerpieniu — nie znaleziono w narządach nic. Śledziona nie była powiększona.

Drugiemu zwierzęciu wyjęto za pomocą termokauteru kawalek śledziony na drugi dzień napadu (przy 41,2° C.). We krwi było mnóstwo spiryllów, ale wszystkie wolne. W śledzionie było w stosunku do krwi mało pasorzytów; niektóre tkwiły w protoplazmie komórek, mianowicie należących do leukocytów z jądrem kilkozrazowym, albo podzielonem. Małe limfoidalne komórki ciałek Malpighiego ani też duże komórki mięzszy nie zawierały nigdy spiryllów.

Trzecia małpa została uśmierconą w okresie przedkrytycznego wzniesienia się ciepłoty, kiedy spirylle zaczynają znikać ze krwi. Na świeżych preparatach nic nie znaleziono, za to z zabarwionych, wziętych z rozmaitych narządów, przekonano się, że spirylle znajdują się tylko wyłącznie w śledzionie. Tutaj leżały one po części swobodnie, po części zamknięte w leukocytach, miejscami były nagromadzone już pozarte (aufgefresene!) pasorzyty.

Czwartą małpę zabito po spadku ciepłoty. Wynik badania był podobny jak u poprzedniej, tylko że spiryllów pochłoniętych przez leukocyty było daleko więcej. Niektóre komór-

ki zawierały pojedyncze nitki, inne po kilka, czasem całe kłęby. Śledziona była znacznie powiększona; w komórkach mięszu dawały się licznie spostrzegać figury miotyczne, dowodzące sprawy dzielenia się tych komórek. Spirylle znajdujące się w początku okresu apireksyi w śledzionie były jeszcze żywe; zaszczepienie bowiem części śledziony, wyjętej (w drugim doświadczeniu) jednej z małp, dało wynik dodatni.

Małpa N-r 2 zdechła trzeciego dnia po operacji, ciepłota ciała spadała była do normy jeszcze pierwszego dnia. Przy badaniu pośmiertnem spirylle znaleziono tylko w śledzionie, było ich jeszcze mniej, a wiele z tych przedstawiało wyraźne oznaki rozpadu.

W wynikach tych autor widzi nową podporę dla nauki o walce komórek z pasorzytami, chociaż ta nie odbywa się w danym razie we krwi, ale w śledzionie.

Spirylle dłużej zachowują swoją żywotność we krwi trzymanej w rurkach szklanych niż w ustroju ludzkim lub małpim. W jednym przypadku w 28 godzin po wzięciu próby krwi, a w 17 godzin po zniknięciu spiryllów we krwi u tegoż zwierzęcia—w próbie pasorzyty ruszały się żywo. Zdaje się, że pasorzyty te nie wytwarzają produktów, któreby tamowały ich własny rozwój.

Ważną, lecz trudną do rozstrzygnięcia jest kwestyja, czy wysoka, przedkrytyczna ciepłota nie osłabia pasorzytów. Wiadomo, że najlepiej rozwijają się one przy normalnej temperaturze ssących, jak również, że wysoka ciepłota osłabia je, np. laseczniki karbunkałowe i gruźlicze. Zdaje się że można to przyjąć i odnośnie spiryllów, tak np. Aleksander i Antonoff, zauważyli zwiększenie się ich liczby po sztucznem obniżeniu ciepłoty. — Autor widział jednak znikanie spiryllów i przy normalnej ciepłocie. Być może, że wysoka ciepłota jeszcze i w inny sposób działa na korzyść ustroju, mianowicie pobudzając energiję fagocytów w walce z pasorzytami.

Dla czego spirylle tak długo pozostają we krwi i dopiero później przechodzą do śledziony i dla czego nie zdarzają się w wątrobie i szpiku kostnym—pozostaje dotąd nierozstrzygniętem. W doświadczeniach nad wstrzykiwaniem cynobru do krwi Hoffmann i Langerhans widzieli także rozmaite zachowywanie się; i tak: po wprowadzeniu 2,5 grm. cynobru — już po 48 godzinach nie było go we krwi, gdy po wstrzyknięciu 4 grm. można go było wykryć jeszcze po 15—24 dniach. Inne pasorzyty także okazują rozmaitość w rozszerzaniu się w rozmaitych narządach u różnych zwierząt, a nawet u tego samego.

Otrzymane powyżej fakty autor w następny sposób odnosi do ludzi. Po zaszczepieniu (umyślnie lub przypadkowo) spirylle nie napotykając oporu ze strony tworów komórkowych, dostają się do krwi i tu rozmnażając się swobodnie, powodują odczyn gorączkowy. Tylko wtedy zaczynają przedostawać się do śledziony, gdzie zostają pochłonięte przez leukocyty o rozdzielonych jądrach. Z razu odbywa się to w nieznacznych rozmiarach, niebawem jednak spirylle masą całą przechodzą do

śledziony, gdzie w przeciągu kilku godzin ulegają pasorzytom. Pochłonięte pasorzyty nie są w stanie wywoływać poruszeń gorączkowych i ciepłota ustrojów spada do normy.

Badania autora nie wykazały nic, coby dawało prawo na przypuszczenie tworzenia się zarodników w śledzionie. Jest to zresztą zbyt rzadkim, nowe napady można bowiem dostatecznie objaśnić rozmnożeniem się spiryllów, które ocalały w walce z leukocytami. Podczas przełomu i w okresie apireksyi komórki te są pełne spiryllów, a przytem zbywa im na energicznym bodźcu, jakim jest podniesiona ciepłota. Nową zdolność do boju otrzymują zapewne około przełomu następnego napadu.

Pozostaje do zbadania zachowanie się ustroju małego przy bezpośrednim zastrzyknięciu spiryllów do śledziona, jak również przebieg tyfusu powrotnego u małych z wyciętą śledzioną.

O. Hewelke.

130. Prof. J. Fodor. **Zdolność krwi niszczenia pasorzytów.** Die Fähigkeit des Blutes Bacterien zu vernichten. *Deut. Med. Woch.* 34.

Autor już z poprzednich pracach wykazał, że pasorzyty gnilne oraz laseczniki węglkowe znikają bardzo szybko po zastrzyknięciu ich do krwi, i przypisywał krwi zdolność zmniejszania ich żywotności. Wysokowitsch twierdził zaś, że pasorzyty przechodzą tylko ze krwi do tkanek (wątroby, śledziona i t. p.) i tam dopiero, po pewnego rodzaju przefiltrowaniu, ulegają zniszczeniu przez komórki.

Doświadczenia autora przemawiają przeciwko temu. Po upływie bowiem jednej minuty od zastrzyknięcia, już pasorzytów nie można wykazać we krwi, a czas ten jest zbyt krótkim, aby rzeczona filtracja zdążyła się odbyć. Zdaniu zaś Wysokowitscha, że wstrzyknięte drobnoustroje nikną we krwi dla tego, że już przedostały się do narządów, autor przeciwstawia twierdzenie, że znajduwane tam ustroje są właśnie te, które ocalały od wpływu krwi. W obec niemożności przekonania się o racji tych poglądów przez obliczenie ilości znajdujących pasorzytów i porównanie z liczbą wstrzykniętych, coby było najprostszym, autor postanowił zbadać wspomnianą własność krwi wprost.

W obec szybkości znikania pasorzytów ze krwi nie można było wysledzić stopniowania w zmniejszaniu się ich liczby.

Autor postąpił więc w następujący sposób: Za pomocą specjalnej pipety wyciągał pewną ilość krwi z serca świeżo zabitego królika i, wprowadziwszy w nią świeżej hodowli węglkowej, utrzymywał przy 38° C. Dla kontroli służyły także pipety z żelatyną peptonową, jedna przy 38° C., druga przy 20° C. - do których dodano taką samą ilość hodowli węglkowej. — Z tych naczyń brano w pewnych odstępach czasu (2 — 10 minut, 30 m., 1 g., 2 godz.) próbki i hodowano je na peptonowej żelatynie, obliczając później ilość wyrosłych kolonij. Z trzech

seryj doświadczeń okazało się, że we krwi świeżej ilość laseczników węglikowych się zmniejsza. — Uwzględniono przy tem i tworzący się skrzep krwi, który jak wiadomo, pochłania pasorzyty. Laseczniki w skrzepie, zdaje się, giną mniej szybko niż we krwi, pomiędzy ciałkami. Z czasem ta własność krwi słabnie tak, że w końcu staje się ona dobrym gruntem rozrodczym. Która z własności krwi żywej, zapewne jeszcze silniej działającej w tym kierunku niż wypuszczona, jest tu głównym czynnikiem, jej ciepłota, ruch, czy własności chemiczne? pozostaje do rozstrzygnięcia.

Autor sądzi, że zakażenie ustroju zwierzęcego przez pasorzyty, idzie drogą następującą: Po zastrzyknięciu np. laseczników węglikowych—giną one niebawem we krwi, niektóre jednak ostają się, przedostawszy się do wątroby, sledziony; tutaj znajdują warunki sprzyjające rozmnożeniu się, nie przechodzą jednak do krwi. Dopiero później (po upływie więcej niż 20 do 30 godz), kiedy zapewne krew stopniowo ulegnie zmianie — zjawiają się w niej, mnożą bardzo szybko i warunkują śmierć ustroju.

Nigdy autorowi nie udało się wykryć jakiegoś stosunku między ciałkami krwi i lasecznikami węglika tak, że nie przyjuje (dla tej sprawy, u królików) istnienia walki pasorzytów w myśl Metschnikoff'a. *O. H.*

131. A. CHAUVEAU. **O teorii szczepień ochronnych.** (*Revue de Med.*—1887—N. 3).

Autor rozebrawszy ważniejsze prace w danej sprawie, przechodzi do następujących wniosków teoretycznych:

1) Odporność nabyta, po przejściu choroby zakaźnej naturalnej, lub po szczepieniu ochronnem, w pewnych wypadkach, być może, warunkuje się wyczerpaniem pierwiastków potrzebnych do rozwoju pasorzytów swoistych w ustroju; lecz przedewszystkiem odporność taka jest wynikiem siły, wytworzonej w ustroju przez pierwszy rozwój zarazy i przeciwdziałającej powtórnemu rozwojowi czynnika zakaźnego.

2) Siła ta, według wszelkiego prawdopodobieństwa, jest skutkiem nasycenia ustroju jakąś materją płynną i przenikliwą, bądź to jadem specyficynym zrodzonym przez mnożenie się pasorzytów chorobotwórczych, bądź wszelką inną substancję wynikającą z życia drobnoustrojów.

3) Nie jest rzeczą niezbędną, ażeby ta materja dla wywarcia swego działania ochronnego, musiała wytworzyć się w tym samym ustroju, który chcemy ochronić od zarazy. Wzięta z obcego ustroju materja ta może wywrzeć swój wpływ zbawienny, byleby tylko była dość żywotną i wprowadzoną do nowego ustroju w dostatecznej ilości.

4) Nie ma zasadniczej różnicy pomiędzy szczepieniem ochronnem dokonaniem po lub przed zarażeniem. W obu razach chodzi o wytworzenie odporności dość szybko lub dość wczesnie, ażeby uprzędzić szerzenie się zarazy, które nastąpiłoby, gdyby ta ostatnia pozostawioną była naturalnemu przebiegowi.

5) Odporność udzielana przez rozmaite metody szczepień ochronnych, w gruncie rzeczy zdobywana jest jedną drogą. — Zbyteczne są liczne teoryje szczepień ochronnych: wszystkie zasadzają się w ogólnej teorii odporności na podstawach wyżej wskazanych.

Wl. Zawadzki.

132 **EMMERICH. Leczenie chorób zakaźnych.** (95-ty Zjazd berlińsk. lek. i przyr. niem.).

Emmerich wykrył przypadkowo, że u królików, którym zaszczerpiono mikrokokki róży, żadna inna forma bakteryj nie rozwija się. Wtedy N. przedsięwziął cały szereg doświadczeń na królikach w następującym porządku: 1) wstrzykiwanie mikrokokków róży, następnie laseczników wąglikowych; 2) wstrzykiwanie naprzemian pasorzytów róży i wąglik; wstrzykiwanie jadu wąglikowego, następnie wstrzykiwania podskórne lub do żył mikrokokków róży.

Na dziewięć królików, którym zaszczerpiono najprzód różę, następnie wąglik, dwa zdechły od róży, siedm zaś pozostałych okazały się odpornymi nie tylko względem wąglika, lecz także względem zapalenia różycowego, które się rozwinęło u wszystkich. Króliki użyte do kontroli, mniej więcej tej samej wagi, po zaszczerpieniu jednakowej ilości jadu wąglikowego zdechły bez wyjątku.

Starając się przerwać infekcyję wąglikową już jawną za pomocą wstrzykiwań do żył mikrokokków róży, na dziesięć królików E. uratował sześć. I tu także zwierzęta użyte do kontroli wszystkie zdechły.

E. sądzi, że zatrzymanie rozwoju zarazy wąglikowej więcej należy przypisywać pobudzeniu komórek ustroju, które przez to nabierają więcej odporności, aniżeli zniszczeniu laseczników wąglikowych przez mikrokokki róży. Większe lub mniejsze podniesienie się ciepłoty ciała, według E. nie odgrywa tu ważnej roli.

Jeżeli badania Emmericha zostaną stwierdzone, teoryja odrzucająca współlistnienie dwóch gorączek infekcyjnych znajdzie nowe poparcie i okaże się możliwym nowy sposób leczenia chorób zakaźnych.

Wl. Zawadzki.

133. **A. D. PAWLOWSKY. Leczenie karbunkułu przez bakteryje i zachowanie się laseczników karbunkułowych w organizmie.** Przyczynek do nauki bakteryjoterapii. (*Virch. Arch.* T. 108. Z. 3.)

Niewątpliwie istnieje pomiędzy rozmaitemi bakteryjami walka o byt, ujawniająca się nie tylko na różnych przestrzeniach odżywczych, ale i w organizmie. W walce tej jeden gatunek bakteryj staje się zwycięzcą w skutek większej energii rozmnażania się lub przez wydzielanie produktów toksycznych. Na tej zasadzie w ostatnich czasach starano się odnaleźć bakteryje, któreby działając antagonistycznie w obec pewnych chorobotwórczych bakteryj, takowe zabijały, a więc choroby przez nie wywołane leczyły.

Pierwszy dokonał tego (Fehleisen), który wyleczył nacieczenie wilkowe przez wstrzyknięcie kokków róży, a następnie Cantani u 24-ro letniej suchotnicy, po wziewaniu czystej hodowli bakterium termo, spostrzegł zniknięcie laseczników gruzliczych z płwociny.

Emmerich zajął się bliżej zbadaniem kwestyi bakteryjoterapii przez badania doświadczalne; zadaniem zaś autora było badania te rozszerzyć i powtórzyć. Wykonywał zaś je na królikach, biorąc zwykle całą szprykę Pravatza biało-mętnej masy mikroorganizmów w zjałowionej wodzie lub buljonie i wstrzykując podskórnie lub do krwi.

Najprzód wstrzykiwał autor podskórnie królikom mieszaninę laseczników karbunkułowych, otrzymanyh z hodowli na agar-agar i kokki róży (*streptococcus erysipelatosus*). Z tych doświadczeń wynika, że kokki róży nie są właściwe do leczenia karbunkułu ogólnego, ani miejscowego, ponieważ: 1) w każdej seryj doświadczeń u autora i u Emmericha otrzymano wielki procent śmiertelności, 2) przy wstrzyknięciu do krwi zaś wszystkie 7 królików u autora zdechły na karbunkuł. Niektóre jednak zwierzęta pozostały przy życiu, w skutek tego postanowił autor robić próby z innymi bakteryjami.

Wstrzykując pod skórę laseczniki karbunkułowe i *bacillus prodigiosus* otrzymał autor następujące wyniki: 1) *bacillus prodigiosus* w w organizmie się nie rozmnaża i prędko z takowego się wydziela, 2) w małych ilościach nie wywołuje ropienia, które następuje tylko przy znacznych jego ilościach, co zależy od wzrostu i chemicznych produktów przemiany materji w hodowli. Wynika to także z nowszej próby Grawitza i de Bary o ropieniu, w której utrzymują, że pewne chemiczne, szkodliwe dla bakteryj materje w pewnych warunkach są w stanie wywołać ropnie i bez udziału bakteryj; 3) jednorazowe wstrzyknięcie *bacilli prodigiosi* jednocześnie z wstrzyknięciem laseczników karbunkułowych lub w 2 godziny później, jest niedostatecznem do leczenia karbunkułu; przy dwukrotnem wstrzyknięciu z 10-ciu królików wyzdrowiało 8 i to te, u których powstały ogniska ropne. Nie nabyły one jednak odporności na karbunkuł, ponieważ przy następnem wstrzyknięciu *bacilli anthracis* wszystkie zdechły.

Wszystkie 8 prób wstrzyknięcia lasecznika karbunkułowego i *bacilli prodigiosi* do krwi skończyły się śmiertelnie; chociaż przy tem pomiędzy komórkami i lasecznikami odbyła się walka dłuższa, która się skończyła rozpadem wielu laseczników.

Doświadczenia ze wstrzyknięciem laseczników karbunkułowych i *staphylococcus aureus* wykazują, że ten ostatni może wyleczyć miejscowe zakażenie karbunkułowe, ale należy leczyć powstałe przy tem ropnie. *Diplococcus pneumoniae* okazał się najskuteczniejszym przy leczeniu karbunkułu, ponieważ po wstrzyknięciu takowego wszystkie króliki pozostały przy życiu, a niektóre nabyły nawet odporność przeciwko powtórnemu zaszczepieniu karbunkułu.

Przy mikroskopowym badaniu okazało się, że wewnętrzne organa królików, zdechłych w pierwszych dwóch dniach po wstrzyknięciu, są przepelnione lasecznikami karbunkułowymi; po 4-ch dniach laseczniki znajdują się przeważnie w komórkach śledziony, i to w komórkach limfatycznych dużych.

Niektóre laseczniki uległy już rozpadowi w postaci kwadratów, punktów i nieprawidłowych ziarn. W ogóle ilość swobodna po za komórkami leżących laseczników jest znacznie mniejszą, niż znajdujących się w komórkach. Pierwsze pozostają bez zmiany, drugie zaś ulegają rozpadowi. — Mamy więc do czynienia z energiczną walką organizmu z lasecznikami karbunkułowymi, którą można śledzić we wszystkich okresach, od wniknięcia lasecznika do komórki, aż do ostatnich ziarnistych resztek i zniknięcia tegoż z protoplazmy komórki.

Zjawiska te objawiają się łatwo na zasadzie teorii Miecznikowa, że bakteryje bywają pożerane przez fagocyty. Są to komórki rozmaitego rodzaju: leukocyty, małe ameboidne komórki z mocno zabarwionem jądrem i duże komórki z dużem okrągłym lub owalnym jądrem. Małe (mikrophagi) komórki walczą z mikrokokkami pożerając takowe, a duże (makrophagi) połykają małe i unoszą je z pola walki. Makrophagi walczą zaś specjalnie z lasecznikami karbunkułowymi. Pierwsze miejsce w tej walce należy się makrophagom śledziony: jednakże i leukocyty naczyń krwionośnych pożerają laseczniki. Już po 9-iu dniach może się organizm zupełnie uwolnić od laseczników, nieraz jednak walka trwa 14 dni i więcej, co zależy od energii komórek i ilości żyjących laseczników.

Co się tyczy wpływów owych bakteryj, to na mocy doświadczeń robionych na zewnątrz organizmu i na mocy histologicznych spostrzeżeń autor wnioskuje, że stanowią one bodziec drażniący phagocyty i zwiększający ich czynnościową energję.

Ogólne wnioski z doświadczeń autora są następujące:

2) Wyleczenie karbunkułu przez bakteryje jest zupełnie możliwe.

2) Wyleczenie karbunkułu miejscowego osiąga się przez szereg podskórnych wstrzyknięć rozmaitych mikroorganizmów w miejscu chorem lub naokoło tegoż. Pierwsze miejsce zajmuje tutaj najważniejszy antagonistą laseczników karbunkułowych — *diplococcus pneumoniae fibrinosae Friedlaenderi*. Drugie miejsce zajmuje *staphylococcus aureus*, który niszczy laseczniki karbunkułowe prawdopodobnie przez znaczne ropienie. Mniejsze znaczenie posiada *bacillus prodigiosus*, który leczy karbunkuł po dwukrotnem zastrzyknięciu, a ostatnie miejsce zajmuje *streptococcus erysipelatosus*. — Co się tyczy leczenia ogólnego karbunkułu przez wstrzyknięcie do żył, to autor otrzymał względnie dobre wyniki przy jednorazowem wstrzyknięciu laseczników karbunkułowych i diplokokków pneumonii Friedlaendera.

M. Hopfenblum.

999. George M. STERNBERG. **Stopień ciepłoty zabijający drobnoustroje.** The Thermal Death-point of Pathogenic Organisms. (The Amer. Jour. of Med. Sciences. July. — 1887).

Dokładna znajomość stopnia ciepła zabijającego chorobotwórcze drobne ustroje, jest ważną pod dwoma względami: *primò* o przedstawia ogólny naukowy interes, *secundo* ma bardzo ważne praktyczne znaczenie.

Dla biologów ważną jest rzeczą upewnić się, czy własności żyjącej protoplazmy, z jakiej są zbudowane drobne roślinne ustroje, zostają niszczone w jednostajnym stopniu ciepła i w jakim mianowicie; lub też w jakich granicach zamyka się życiowa odporność, jaką okazują różne drobne ustroje tej klasy.

Z drugiej strony dla lekarzy niezbędną rzeczą jest upewnić się, jaki mianowicie stopień ciepła wystarcza, aby zniszczyć zupełnie chorobotwórcze zarodki (spores), znajdujące się w wydzielinach zapadłych na tyfus, cholereę i inne zakaźne cierpienia, lub też znajdujące się w odzieży, wodzie, etc.

Różne już były czynione doświadczenia, by oznaczyć zabójczy stopień ciepła dla różnych niższych ustrojów, lecz można powiedzieć, że obecna praca D-ra Sternberg'a jest pierwszą usiłującą przeprowadzić badania za pomocą jednej i tej samej metody i oznaczyć życiową odporność wszystkich prawie dotąd znanych chorobotwórczych ustrojów na wpływ wilgotnego ciepła.

Rezultaty, jakie otrzymał Sternberg, dają się sprowadzić do następujących punktów:

1) Stopień ciepła, zabijający chorobotwórcze ustroje jest zmienny dla różnych ustrojów.

2) Granice ciepła zabójcze różnią się, jeżeli nie ma zarodków (spores) mniej więcej o 10° C.

3) 56° C. zabija laseczniki karbunkułu, tyfusu, nosacizny, spirillum cholery azjatyckiej, kokki róży, jad ospówki i innych zakaźnych cierpień.

4) 62° C. zabija wszystkie chorobotwórcze i nieszkodliwe ustroje z wyjątkiem zarodników i z wyjątkiem *Sarcina lutea*, na które w jednym doświadczeniu powyższy stopień ciepła pozostał bez wpływu.

5) Temperatura 100° C. podtrzymywana w ciągu pięciu minut niszczy zarodniki wszystkich chorobotwórczych ustrojów.--

Tablica przedstawiająca stopnie ciepła zabijające drobne ustroje.

Nazwa ustroju.	Stopień ciepła Cels.	Nazwa ustroju.	Stopień ciepła Cels.
<i>Spirillum cholerae Asiaticae</i>	52°	<i>Bacillus anthracis</i> (Chauveau)	54
<i>Spirillum tyrogenum</i>	52	„ <i>typhi abdominalis</i>	56
„ Finkler-Prior	50		

Bacillus mallëi (Löffler)	55	Bacillus mycoides; spores	100
„ Schweine-rothlauf (Rouget—Pasteur'a)	58	„ tuberculosis (Schill—Fischer)	100
„ murisepcticus	58	Staphylococcus pyogenes aureus	58
„ Neapolitanus	62	„ citreus	62
„ cavicida	62	„ albus	62
„ pneumoniae	56	Streptococcus erysipelatus	54
„ crassus sputigenus	54	Micrococcus tetragenus	58
„ pyocyanus	56	„ Pasteuri	52
„ indicus	58	„ gonorrhoeae	60
„ prodigiosus	58	Sarcina lutea	64
„ cyanogenus	54	„ aurantiaca	62
„ fluorescens	54	Vaccine virus (Carstens et Coert)	54
„ galinarum Salmon	56	Hydrophobia virus	60
„ acidi lactici	56	Rinderpest virus (Semmer et Raupach)	55
„ alvei; spores	100	Sheep pox virus (Semmer et Raupach)	55
„ anthracis spores	100		
„ butrycus; spores	100		

Drzewiecki.

II. Choroby nosa i gardzieli.

135. LUBLINSKI. **Rezultaty leczenia dychawicy za pomocą przypalania błony śluzowej nosa.** Welche Erfolge hat die Behandlung des Asthma vermittelt Aetzung der Nase aufzuweisen. (*Deutsche Med. Woch. NN. 23 i 24—1886*).

Na wstępie autor zaznacza niewątpliwy związek pomiędzy dychawicą a cierpieniem nosa, przytaczając zdanie Voltolini'ego, B. Fraenkel'a, Sommerbrodt'a Schaeffer'a, Hack'a i innych. Stosunek obu tych chorób względem siebie może być trojaki: albo obie zależą od jakiejś innej trzeciej, albo astma zależy od cierpienia nosa, albo to ostatnie od astmy.

Pierwsza ewentualność jest dla niektórych przypadków możliwą, pomimo bowiem leczenia nosa nie udaje się czasem usunąć dychawicy, przyczem w płucach żadnych zmian znaleźć nie można. Zależność cierpienia nosa od astmy neguje się odwrotnym stosunkiem, często bowiem po zapędzowaniu nosa kokainą ustępuje napad astmatyczny, i po usunięciu astmy leczeniem nosa znikają w płwocinie charakterystyczne włókna sprężyste Curschmann'a i kryształ Leyden'a.

Jakim sposobem choroby nosa wywołują dychawicę?

L. odrzuca teorię mechaniczną Voltolini'ego; nie uznaje również możliwości powstawania astmy skutkiem przejścia sprawy zapalnej z nosa na tchawicę i drobne oskrzela, przypisując

całą winę wpływom nerwowym. Istnienie ścisłego związku pomiędzy nerwami błony śluzowej nosa a oddechaniem i krążeniem zostało eksperymentalnie dowiedzione przez Kratschmer'a: drażnienie błony śluzowej nosa (resp. nerwu trójdzielnego, wywołuje odruchowo kurcz wydechowy. To samo spostrzeżenie na ludziach zrobili Hack i autor. Nerw węchowy może także odruchowo wywoływać to samo zjawisko: znane są wypadki migreny, bicia serca, astmy i t. d., wywołane zapachem kwiatów, potraw, wymiotnicy.

Co się tyczy samej istoty dychawicy, to autorowi najwięcej przemawia do przekonania teoria kurezu przepony Riegel'a.—Według teorii Hack'a tylko ciała jamiste muszel głównie dolnych, grają ważną rolę przy powstawaniu nerwic zwrotnych: jeżeli pod wpływem jakiegokolwiek bodźca następuje przekrwienie tych ciał, eo ipso naprężenie (jak sądzi Hack przy pośrednictwie bardzo hypotetycznych nervi erigentes) błony śluzowej muszel, to naprężenie owo, drażniąc zakończenia nerwowe w nosie, wywołuje odruch. L. nie zaprzecza znaczenia ciałom jamistym, dodaje tylko, że ponieważ prawie cała błona śluzowa nosa je zawiera, że zatem i z innych punktów nosa nerwice zwrotne powstać mogą. Przyczynę zaś pęcznienia ciał jamistych widzi we wzmożonej wrażliwości nerwów nosowych, a więc nerwu trójdzielnego i jego gałęzi. Wzmoczenie tej wrażliwości nerwów znowu zależeć może od najrozmaitszych cierpień tych części, w których się rozgałęziają. Prócz tego ogólny stan naturalnie gra tu bardzo ważną rolę. W każdym razie jednak, ażeby wywołać napad dychawicy u osób skłonnych do niej, potrzeba jakiegokolwiek bodźca, którego szukać należy albo w górnych drogach oddechowych chorego, albo w zewnętrznych szkodliwościach, działających na nie. Do pierwszych należą: małe polipy na szypułkach, powiększone gruczołki błony śluzowej gardzieli, przerosty migdałków, nieżyt gardzieli, przerost muszel, zwłaszcza tylnych ich końców. To ostatnie cierpienie przeważnie wywołuje stan podobny do dychawicy, polegający tylko na uczuciu duszności i występujący wyłącznie w pozie leżącej. Wówczas bowiem tylne końce muszel pęcznieją i uniemożliwiają oddechanie nosem. Jeżeli w tym stanie chorey nie otwiera zaraz ust, to zmuszony jest skutkiem braku powietrza unieść się. Dalej obrzęk błony śluzowej przegrody poniżej guziczka (tuberculum) może być także bliższą przyczyną powstania dychawicy. Do drugiej kategorii należą wpływy psychiczne, zбочenia w miesiączkowaniu, nagłe wahania temperatury, nieczyste powietrze, kurz, zapachy.

Przechodząc do leczenia, autor uważa za konieczne w każdym wypadku dychawicy zbadać nos, dotykając się rozmaitych jego części zgłębnikiem: w chwili natrafienia na właściwy punkt występuje napad astmatyczny, po znieczuleniu zaś onego punktu kokainą, napad powinien ustać.

Jeżeli za punkt wyjścia choroby uważać będziemy chorobliwie zmienioną błonę śluzową gardzieli, to tu zwrócić należy leczenie: powiększone migdałki usunąć, gruczołki tylnej ścia-

ny gardzieli przypalić bądź żegadłem galwanicznym, bądź kwasem chromnym.

Polipy nosa, wyrosłe polipowe i przerosłe części błony śluzowej wymagają usunięcia. Przy lekkich formach nieżytu przerostowego nosa wystarcza wdmuchnięcie azotanu srebra, w cięższych przynosi pomoc kilkakrotne użycie kwasu chromnego lub żegadła galwanicznego.

Na końcu swej pracy podaje L. krótką statystykę chorych, dotkniętych dychawicą. Na 500 przypadków chorób nosa i gardzieli, były 143 przypadki dychawicy, z których 27 wyleczonych, 13 z poprawą. Najlepsze rezultaty dawało usunięcie polipów nosa, inne przypadki wymagały powtórnych operacyj i uwzględnienia ogólnego stanu chorych. Z wewnętrznych środków chwali autor jod.—Postęp w leczeniu dychawicy zawdzięczyć należy Hack'owi, którego zasług nie zmniejsza bynajmniej błędny pogląd na niektóre poruszone przezeń kwestyje.

Srebrny.

136. D-r BÖCKER. **O stosunku chorobliwie zmienionej błony śluzowej nosa do dychawicy i o jej leczeniu.** — Die Beziehungen der erkrankten Schleimhaut der Nase zum Asthma und deren Behandlung. Vortrag, gehalten in der Sitzung des Ver. f. inn. Med. v. 31 Mai 1886 (*Deut. Med. Woch. NN.* 26 i 27—1886).

W odczycie tym autor przytacza cały szereg, zasługujących na uwagę argumentów, aby obalić hipotezę Hack'a, według której choroby nosa drogą odruchów wywoływać mogą dychawicę. Nie zaprzeczając związku pomiędzy tą chorobą a cierpieniami nosa, Böcker staje po stronie Voltoliniego, obrońcy teorii mechanicznej.—V. już w roku 1871 pierwszy zwrócił uwagę na związek pomiędzy polipami nosa a dychawicą, objaśniając powstawanie jej mechaniczną przeszkodą dla oddechania, skutkiem której zmienia się albo jego chemizm, albo budowa tkanki płucnej.

Nie wyklucza zresztą Voltolini możliwości odruchu, chętniej jednak przyjmuje pierwszą teorię. — W roku 1881 Fraenkel postawił swoją hipotezę powstawania dychawicy przy polipach nosa, uważając ją za skurez odruchowy, wywołany nienormalnem podrażnieniem nerwów czuciowych, przy czem przypuścić należy u nich nienormalny stan wrażliwości na bodźce zewnętrzne. Wreszcie w r. 1882, a później w r. 1884 Hack wystąpił ze swoją teorią, według której dychawica często wywołaną być może odruchowo ze strony błony śluzowej nosa, odruch zaś ten zależy od pęcznienia dolnej i średniej muszli. Obszerniej wyrażając się, teoria Hacka brzmi tak: Przy bezpośrednim drażnieniu muszel, albo pośrednio przy drażnieniu reszty błony śluzowej nosa napełniają się najprzód ciała jamiste dolnych muszel za pośrednictwem nerwów naprężających (nerwi erigen-tes). To przepelnienie i napełnienie muszel służy jako bodziec dla zakończeń nerwowych i ztąd dopiero powstają odruchy w narządach oddalonych.

B. przedewszystkiem twierdzi, że ciał jamistych w nosie nie ma, a istnienie nerwów naprężających podaje w wątpliwość. Badania Hopmanna i Zuckerkandla wykazały, że sama błona śluzowa, pokrywająca muszle, jest jamistą.

Następnie wbrew twierdzeniu Hack'a, jakoby muszle były punktem wyjścia dla odruchów chorobliwych, B. uważa własność pęcznienia za moment konieczny dla zdrowia, sprzyja on bowiem wydalaniu szkodliwych czynników, przenikających z zewnątrz.

Według Hack'a mają nieżyty nosa natury przerostowej przebiegać bez wszelkich objawów nerwowych, polipy zaś nosa często wywołują dychawicę. Jest to wyraźna sprzeczność, polipy bowiem nie powstają nigdy inaczej, jak drogą nieżyty i przerostów. Prócz tego Bresgen twierdzi, że dychawicę najczęściej zpostrzegać można przy nieżytach nosa. Ten sam efekt zmniejszania skłonności do nerwic zwrotnych ma sprawiać nieżyty zanikowy nosa. Spostrzeżenia Hopmann'a atoli i Becker'a są wręcz przeciwne temu. Dalej twierdzi Hack, że przy wielkich polipach nosa, które, pokrywając sobą błonę śluzową nosa, czynią ją niedostępną dla wpływów zewnętrznych, nigdy astmy nie bywa. I to spostrzeżenie Hack'a nie zgadza się z obserwacjami Voltoliniego i autora, którzy przy najzupełniej zatkanym nosie spostrzegali astmę.

Oprócz polipów nosa, których związek z dychawicą nie ulega kwestyi, wywoływać ją jeszcze mogą znaczne zboczenia przegrody nosowej, przerost migdalka gardzielowego (*vegetationes adenoideae*). W niektórych wypadkach napad dychawicy może być usunięty, albo przynajmniej osłabiony przez zapędzowanie błony śluzowej nosa kokainą, co znowu dowodzi bezwarunkowego związku pomiędzy cierpieniami nosa a dychawicą. Zachodzi tylko pytanie, o ile można uważać ją za nerwicę zwrotną i o ile zależeć ona może od zmienionego „chemizmu oddechania“.

Odruchowo ze strony błony śluzowej nosa dychawica wywołaną być może podrażnieniem nerwu węchowego: zapachem fijołków, róży, wymiotnicy i t. d. Zdarza się to jednak tylko wyłącznie u osób nerwowych, u neurasteników; nie należy przeto zapominać, że i wpływy psychiczne bez udziału jakiegokolwiek woni to samo wywołać mogą. Najjaskrawiej dowodzi tego wypadek J. Mackenzie'go, w którym sztuczna róża trzymana pod nosem chorego, wywoływała napad astmy. — Podobnie zgaśnięcie nocnej lampy jest w stanie spowodować to samo, ponieważ napady dychawicy zwykle występują nocą, a ciemność przypomina choremu noc.

W warunkach normalnych, jak wykazał Rossbach, drażnienie błony śluzowej nosa może wywołać tylko pewne odruchy, jako to: kichanie, łzawienie i t. d., dychawica zaś wywołaną nie bywa.

Należy zatem przypuścić, że potrzebną jest tu pewna chorobliwa drażliwość nerwów jak u neurasteników, osób, które niedawno przeżyły ciężkie choroby i t. d. U takich osobni-

ków prawdopodobnie zakończenia nerwu trójdzielnego w nosie inaczej oddziaływają na podrażnienie niż u zdrowych i ztąd odruch może być przeniesiony na nerw błędny, którego podrażnienie znowu jest w stanie wywołać napad astmatyczny. — W wielu jednak wypadkach dla objaśnienia dychawicy łatwo jest znaleźć mechaniczne przyczyny, albo zmianę w „chemizmie oddechania“.

Hack uważa dychawicę za nerwicę naczyńioruchową, wywołaną podrażnieniem błony śluzowej nosa, przytaczając jako zjawisko analogiczne rozszerzenie naczyń łącznicy przy drażnieniu błony śluzowej nosa; popełnia jednak przy tem błąd, porównywając zjawisko fizjologiczne z chorobliwym, fizjologicznie bowiem, t. j. u zdrowych astmy przy drażnieniu błony śluzowej nosa wywołać nie można.

Jakim sposobem powstaje astma pod wpływem polipów nosa?

Odpowiedź na to pytanie znajdujemy już u Volt olini'ego, który powiada, że nowotwory te stanowią przeszkodę dla oddechania, skutkiem czego chorzy oddechają ustami, t. j. nie drogą naturalną, rytm oddechania jest nieregularny i powietrze ma niewłaściwą temperaturę. Do tego dodać należy że czynniki szkodliwe, które w warunkach normalnych dostają się do nosa i drogą odruchów zostają ztąd wydalone, przy zatkanym nosie przenikają do tchawicy i oskrzeli, drażniąc je. To samo da się zastosować i do mniejszych polipów, które pod wpływem wilgoci lub w położeniu poziomem chorego pęcznieją i zatykają nos całkowicie. Na obronę swego zdania autor przytacza wypadek; w którym chory był w stanie przerwać atak dychawicy przez zadarcie palcami końca nosa do góry, przy czem nozdrza się rozszerzają.

Dychawicę zależną od zaziębienia Hack również stawia w związku z błoną śluzową nosa. Autor sądzi, że zaziębienie, które może wywołać najrozmaitsze cierpienia, jest w stanie także spowodować obrzęk błony śluzowej oskrzeli, a więc i dychawicę. Tak samo astma spowodowaną być może przeniknięciem do oskrzeli pyłku roślinnego, kurzu, mąki i t. d., bez pośrednictwa błony śluzowej nosa (Heuasthma).

Nie potrzeba dowodzić, że tak samo jak polipy, działać mogą przrosty błony śluzowej muszel, narośle brodawkowe i t. d.

W bardzo wielu wypadkach dychawicy nie można znaleźć żadnego cierpienia nosa, lekkie powiem zboczenie przegrody nosowej lub zaczerwienienie małej cząstki błony śluzowej, nie mogą w tym razie mieć żadnego znaczenia.

Po dokładnem zbadaniu nosa i skonstatowaniu zależności astmy od cierpienia nosa, należy je usunąć. Pomiedzy 310 wypadkami polipów nosa, autor spostrzegął tylko 9 razy dychawicę, przy czem po usunięciu guzów otrzymał tylko względne wyleczenie, recydywy polipów bowiem wywoływały nowe napady. Co się tyczy samej operacji, to B. wbrew zdaniu Hack'a,

jakoby galwanokaustyka zabezpieczała przed recydywami, usuwa polipy pętlą zimną, przed nadużyciem w przypalaniu błony śluzowej nosa ostrzega, sądzi nawet, że na zasadzie obserwacji przyjdziemy kiedyś do wniosku, że operacje i przypalanie w nosie stanowią moment sprzyjający powstawaniu astmy i wrócimy do dawnego leczenia polegającego na leczeniu miejscowym z uwzględnieniem ogólnego stanu.

W końcu swojej pracy oddaje Böcker sprawiedliwość Hackowi, że zdołał zwrócić uwagę lekarzy na narząd, który do czasu jego publikacyj był w zupełnym zaniedbanii.

Srebrny.

137. KRAUSE. Nerwice odruchowe nosa, szczególnie dychawica nosowa i eksperymentalne badanie nad nerwem trójdzielnym. Die nasalen Reflexneurosen, ins besondere das nasale Asthma und die experimentelle Trigeminiussforschung. (*Deutsch. Med. Woch. N. 32—1886*).

Zadaniem autora jest obrona teorii odruchowej dychawicy, podanej w wątpliwość przez Böcker'a. Wbrew twierdzeniu tego ostatniego, K. podkreśla i akcentuje słowa, że jak dychawica nosowa, tak i inne, według Hack'a, z nosa powstające nerwice, istnieją i są stosunkowo częste. — Drażniąc nerw trójdzielny, można je otrzymać. Najprzód Holmgren dowiódł, że drażnienie zakończeń nerwu trójdzielnego w błonie śluzowej nosa wywołuje wstrzymanie oddechania w stanie wydechu. Po nim Wegelc wykazał, że wstrzymanie to oddechania nie zależy od kurczu mięśni wydechowych, gdyż zjawia się także i po ich usunięciu, że zatem należy je uważać za pohamowanie ośrodkowego unerwienia oddechania.

Z doświadczeń Kretschmer'a wynika, że drażnienie błony śluzowej nosa wywołuje zamknięcie szpary głosowej, przerwanie zaczętego wdechu i kurcz wydechowy, zmniejszenie ilości uderzeń serca i jednoczesne powiększenie ciśnienia w tętnicach.

Knoll otrzymał przy drażnieniu nerwu podoczołowego, a także błony śluzowej nosa, za pomocą silnych prądów znaczne zwolnienie oddechania, przeważnie wydechowe, albo zupełne wstrzymanie w stanie wydechu. Opierając się na tych badaniach, K. powiada, że przy dychawicy nosowej mamy wzmoczenie wrażliwości czuciowych gałązek n. trójdzielnego w błonie śluzowej nosa, która to wrażliwość przy dostatecznej sile bodźca jest w stanie odruchowo wywoływać napady wydechowego wstrzymania oddechania.

Co się tyczy dychawicy oskrzelowej, to K. ostrzega aby jej nie utożsamiać z napadami krótkotrwałej duszności, gdyż ze wszystkich zebranych tego rodzaju przypadków, tylko w 10% znalazł typowe ataki astmatyczne z ostrą rozedmą płuc i kryształami Leyden'a, resztę przypadków uważa za skutek podrażnienia nerwu trójdzielnego, albo błędnego (Riegel).

K., drażniąc pewne punkty błony śluzowej nosa u tabetyków, był w stanie wywołać kurcz głośni. — Spostrzeżenie to u tabetyków, jak również okoliczność, że przy wielu przypad-

kach chorób nosa nie zdarzają się napady duszności, a z drugiej strony najwięcej przypadków takiej dychawicy zdarza się u osób nerwowych, każe przypuszczać, że do powstania tego rodzaju nerwicz potrzebny jest stan neurasteniczny.

Przechodząc następnie do teorii Hack'a, według którego narząd pośredniczący w wywoływaniu odruchów, stanowią ciała jamiste nosa, K. zaznacza, że ciała te są integralną częścią błony śluzowej i oddzielić się od niej nie dają, że zatem chcąc, jak każe Hack, zniszczyć ciało jamiste, trzeba zniszczyć i całą błonę śluzową aż do kości, co naturalnie dla tej ostatniej nie jest rzeczą obojętną. W większości wypadków wystarcza przypalenie przerosłych części błony śluzowej, wywierających ucisk na zakończenia nerwowe.

Co się tyczy przepelnienia krwią ciał jamistych, które Hack objaśnia także za pomocą odruchu, przywołując na pomoc nerwy naprężające, to według doświadczeń francuzkich badaczy okazuje się, że i tę rolę przypisać należy nerwowi trójdzielnemu, który według Vulpian'a zawiera włókna naczyńnieruchowe.

Ze wszystkich tych doświadczeń wynika, że dla objaśnienia nerwicz zwrotnych nie potrzebne nam są, jak sądził Hack, ciała jamiste. Stan podrażnienia w zakończeniach nerwu trójdzielnego wystarcza do wywołania odruchu. Nieudatna ta teoria Hack' jednak w niczem nie uszczupła zasług jego położonych dla nauki o nerwicach zwrotnych.

Srebrny.

138. HEGMANN. **O skutkach chorób nosa.** Ueber Folgesymptome von Nasenkrankheiten. (*Deut. Med. Woch. NN.* 28, 29 i 30—1886).

Choroby nosa mogą wywoływać cierpienia innych narządów dwojaką drogą: albo wprost mechanicznie lub chemicznie, albo odruchowo.

Mechaniczne i chemiczne przeszkody w oddechaniu zachodzą przy zwężeniu i rozszerzeniu jam nosowych. — Dwa te wręcz sobie przeciwne stany chorobowe mają prawie jednakowy skutek. Powietrze wdechane przez nos normalny, pozbywa się w nim szkodliwych cząstek, nabiera wilgoci i ciepła. Przy rozszerzeniu jam nosowych, będącem następstwem zanikowego nieżyty nosa, powietrze przechodzić będzie razem z cząstkami szkodliwymi, nie będzie wilgotne i ciepłe, muszle bowiem, które pełnią ową funkcję oddawania wilgoci i ciepła, są zniszczone; powietrze takie wysuszać będzie tkanki, a szkodliwe domieszki wywoływać w nich będą stan zapalny. Ztąd powstają przewlekłe nieżyty gardzieli krtań i płuc.

Jeżeli nos jest zatkany do tego stopnia, że nie przepuszcza powietrza, to jama ustna przyjmuje na siebie jego rolę. — Rzecz jest oczywista, że wówczas powietrze znowu przechodzić będzie przez szeroką przestrzeń, pozbawioną muszel, i że skutki tego oddechania będą takie same jak w pierwszym przypadku.

Różnica polegać tylko będzie na tem, że tam zmiany bę-

dą znaczniejsze w jamie nosogardzielowej, tu w niżej położonych drogach oddechowych.—Głos ma się rozumieć przy obu tych stanach cierpieć będzie.

Zwężenie nosa może być lekkie, tak że oddechanie nosem jest tylko utrudnione, albo też nos jest zupełnie zatkany, tak iż powietrze wcale przezeń przechodzić nie może, Przyczyny tego stanu są: obce ciało w nosie, sprawy chorobowe jamy nosogardzielowej, zatykające tylne nozdrza, nowotwory nosa, ostry i przewlekły stan obrzęku błony śluzowej nosa. Dalsze skutki zwężenia resp. zatkania nosa odbijają się na wzroku, powonieniu i na słuchu. Oddechanie ustami wywołuje zmiany w twarzy, utrudnienie przyjmowania pokarmów, niespokojny przerywany sen.

Przechodząc do nerwic zwrotnych, H. zaznacza przede wszystkim, że do powstawania ich konieczne jest pewne usposobienie nerwowe. Za moment wywołujący objawy odruchowe uważa autor tarcie jednej części błony śluzowej nosa o drugą, utrzymując, że nie widział ani jednego przypadku nerwicy zwrotnej, w którymby tego stosunku nie mógł znaleźć. Takie same tarcie musi mieć miejsce i przy wyrosłach adenoidalnych jamy nosogardzielowej, i przy ziarninowatym nieżycie gardzieli, i przy przeroście migdałków, i przy chorobach worka gardzielowego. Tem się tłumaczy, dla czego małe polipy wywołują nerwice zwrotne, wówczas gdy duże, wywołujące silny ucisk na naprzeciw leżącą błonę śluzową, nie drażnią jej tarcieniem. W tym względzie autor nie zgadza się z Heryngiem, który przypisuje wielką wagę właśnie uciskowi błony śluzowej przegrody przez powiększone muszle: duże polipy nosa, mocne obrzęki błony śluzowej nosa, nie wywołują nerwic odruchowych. Tym samym momentem tarcia objaśnia autor zjawiska odruchowe wywołane zapachem kwiatów i wymiotnicy, i pyłkiem roślinnym (Heuasthma): przy wdychaniu szkodliwych substancyj, lub przy drażnieniu błony śluzowej nosa zapachem, muszle pęczniają, a przy odpowiedniemu usposobieniu powstają wtenczas nerwice zwrotne.

Rozpoznawanie za pomocą zgłębnika nie zawsze jest pewne i rezultat ujemny nie dowodzi jeszcze, że przyczyna odruchu nie leży w nosie. Określonego pasa dla każdego rodzaju odruchów (Reflexione) nie ma, autor bowiem z tegoż samego punktu otrzymywał rozmaite zjawiska odruchowe.

Przy niepewnem rozpoznaniu, które często opiera się tylko na przypuszczeniu, i rokowanie nie zawsze bywa pewne, W tych tylko przypadkach, gdzie z wyraźnie zmienionej błony śluzowej udaje się otrzymać odruch, można poniekąd na pewno rokować wyzdrowienie lub poprawę. Za wypadki uleczone uważa autor te, w których nerwice usunięte zostały zupełnie na dłuższy lub krótszy czas, wystąpienie recydywy jest skutkiem odnowienia się dawnej choroby nosa, lub powstania nowej. — Poprawę autor konstatuje wtenczas, gdy napady choroby stają się rzadszemi lub słabszemi.— Zdarzają się jeszcze takie przy-

padki, w których środki wewnętrzne albo elektryczność pomagają dopiero po wyleczeniu cierpienia nosa lub gardzieli. Stosuje się to głównie do porażenia strun głosowych. Gerhard przytacza przypadek porażenia strun głosowych, w których elektryczność pomogła dopiero po usunięciu powiększonych migdałków. — H. spostrzegał także kilka tego rodzaju przypadków.

Leczenie polega na usuwaniu polipów nosa, wybujałości kostnych przegrody, na doprowadzeniu do normy obrzmiałych części błony śluzowej. Dla dopięcia ostatecznego celu autor oprócz azotanu srebra, kwasu chromnego, żegadła galwanicznego i chlorku cynku, chętnie używa dymiącego kwasu saletrzanego.

Rozpatrując dalej oddzielne grupy nerwic zwrotnych, autor zaznacza, że najlepsze rezultaty dawało leczenie nerwic czuciowych: migreny, nerwobóle n. trójdzielnego; nadczułości gardzieli, krtani i okolicy karku, a także przez autora spostrzeganego bólu zębów, występującego od czasu do czasu napadami i bólu przy łykaniu. Obydwa ostatnie przypadki wyleczone zostały po usunięciu chorób nosa.

Z drugiej grupy nerwic zwrotnych, nerwic ruchowych, jako to: kaszlu nosowego, kurczowego, kichania, epilepsji i płasawicy, leczenie dwóch ostatnich ze strony nosa dało rezultat ujemny, inne w wielu przypadkach dodatni.

Trzecią grupę stanowią nerwice naczynioruchowe i zбочenia w wydzielinach: wyciek surowiczy z nosa, Izawienie, ślinotok, zбочenie w wydzielinie oskrzeli bez dychawicy, zaczerwienienie nosa, obrzęk twarzy i spostrzegany przez Hack'a obrzęk stawów. — Z tych rokowanie przy czerwonym nosie bywa zazwyczaj pomyślne.

Z nerwic krtani, oprócz wspomnianego porażenia strun głosowych, bywa i kurez głośni. Dalej należą tu jeszcze dławiec i gorączka jesienna (Heufieber).

W końcu dodaje jeszcze H. kilka słów o dychawicy, wspominając o stanie duszności, podobnym do dychawicy, który wbrew zdaniu Lublińskiego zdarza się nie tylko w poziomem, ale i stojącym i siedzącym położeniu chorego. — Wypadki tego rodzaju łatwo dają się usunąć drogą rhinochirurgiczną, ale wymagają często kilkakrotnych rękoczynów.

H. przyznaje Hack'owi, że pierwszy wprowadził leczenie nerwic zwrotnych na nowe tory. *Z. Srebrny.*

139. D-r F. HERING. **O niektórych zaburzeniach nerwowych towarzyszących cierpieniom gardzieli.** Gaz. lek. N. 6. 1886.

Kaszel przyjmują ogólnie (Kothis, Stoerk, Nothnagel) jako odruch wywołany podrażnieniem błony śluzowej krtani i oskrzeli. Nowsze badania (Hack) wykazały, że podrażnienie błony śluzowej gardzieli, będącej w stanie zapalnym może u osób drażliwych wywołać napady kaszlu.

Autor przytacza trzy przypadki tak zwanego kaszlu gardlanego, spostrzegane w praktyce zwyczajnej.

Jeden z nich zależał od bocznego zapalenia gardzieli, drugi od obecności ziarniny na tylnej ścianie gardzieli, trzeci wreszcie od niezbyt przerosniętego i zaczerwienionego migdała.

We wszystkich tych przypadkach w płucach zmian żadnych, warunkujących kaszel, znaleźć nie było można; natomiast zmiany na tylnej ścianie: zaczerwienienie, obrzęk i zmętnienie błony śluzowej zawsze wykryć się dawały.

W każdym z tych przypadków po przeprowadzeniu miejscowego leczenia gardzieli (zapędzłowanie roztworem azotanu srebra, przyżeganie ziarniny, wycięcie przerosniętego migdała) objawy nerwowego kaszlu ustępowały; z nimi również ustępowały i zmiany w krtani, które, jak się z tego pokazuje, były skutkiem a nie przyczyną kaszlu.

Oprócz kaszlu występują i inne zaburzenia czynnościowe, — bóle w mięśniach, karku, w skutek cierpień gardzieli i torticollis w skutek przypalenia ziarnin na tylnej ścianie gardzieli się znajdujących.

Hack ogłosił trzy przypadki bólów w mięśniach karku: w jednym przypadku bóle umiejscawiały się między łopatkami, w dwóch nad obojczykami — ustąpiły po usunięciu miejscowych zmian w gardzieli; w jednym wypadku powróciły razem z odnowionem cierpieniem — (ziarniną) i wraz z niem tylko powtórnie zniknęły. — W czwartym wypadku Hack'a bóle w mięśniach, karku ostro wystąpiły podczas przyżegania ziarniny na tylnej ścianie gardzieli. — Autor podaje ciekawszy w tym rodzaju wypadek własny: u 13-letniego chłopca z powodu ziarniny na tylnej ścianie gardzieli, wywołującej odruchowy kaszel, przedsięwzięto wypalenie żegadłem; podczas operacyi wystąpił ból w karku, przechylenie głowy ku prawej stronie i nieco w tył, w skutek przykurczenia mięśni szyi. Stan ten trwał 9 dni — przeszedł jednocześnie z odpadnięciem strupa.

Co do powstawania torticollis w tym wypadku autor sądzi, że przyczyną jej była nerwica naczyniowo ruchowa, powstała w skutek podrażnienia gałązki nerwowej żegadłem; nerwica ta wywołała surowicze nasiąknięcie pewnej grupy mięśni i ztąd ich zajęcie.

Trudniej przypuścić torticollis odruchowego pochodzenia w skutek przykurczu mięśni trwającego 9 dni.

Adam Ciągliński.

140. W. LUBLIŃSKI. **Jodol przy gruźlicy krtani.** — Ueber die Jodol-Behandlung der Larynx-tuberculose. (*Deut. Med. Woch.* N. 51. 1886 — patrz *Kron. Lek.* str. 166 z r. 1886).

Autor stosował jodol przy gruźlicy krtani w postaci proszku wdmuchiwanego bezpośrednio na owrzodzoną błonę śluzową. Wdmuchiwanie te znoszone były przez chorych bardzo dobrze; ani bólu, ani żadnego nieprzyjemnego odczynu nawet w postaci kaszlu nie było, chyba tylko, gdy część proszku dostała się do tchawicy.

Proszek pozostawał czas jakiś na błonie śluzowej, formując lekki powierzchowny strup, który się dość prędko razem z wydzieliną wrzodziejącej powierzchni oddzielał.

Żaden z 15 tu chorych leczonych tą metoda nie skarżył się na jakieś nieprzyjemne uczucie. Wszyscy ci chorzy byli porażeni gruźlicą krtani, która się przedstawiała jak następuje: U czterech wrzody gruźlicze in reg. interarytaenoideae, — u 5-ciu wrzody gruźlicze na strunach głosowych, — u 3-ch — owrzodzenia na wyrostkach głosowych, — u reszty (3) obrzmienia chrząstek nalewkowych i nagłośni z owrzodzeniami powierzchownymi i głębszemi tych części.

Wszystkim tym cierpieniom krtani towarzyszyła gruźlica płuc; przymiot we wszystkich wypadkach wykluczony; — rozpoznanie — prawie we wszystkich wypadkach potwierdzone wykazaniem laseczników gruźliczych w wydzielinie wrzodów krtaniowych.

W większości wypadków wdmuchiwanie stosowane były codziennie — w niektórych co 2 — 3 dni.

Skutkiem tej kuracji było: oczyszczenie się powierzchni wrzodów; dno wrzodu poprawiało swój wygląd i pokrywało się dobrą ziarniną. Bóle przy polykaniu ustępowały, pacjenci czuli się doskonale.

Na pytanie czy można za pomocą jodolu otrzymać zupełne wyleczenie — autor przedstawia dwa wypadki, w których wrzody gruźlicze przynajmniej czasowo zablizniły się zupełnie. Czy to wyleczenie trwałe — czy tylko czasowo poprawa? — tylko dalsza obserwacja wykazać będzie w stanie.

Autor nie chce widzieć w jodolu nowego specyfiku, — wykazuje tylko, że obok innych środków (tannina, kreozot, jodoform, kwas borny, kwas mleczny), zasługuje na uwagę, ze względu na swoje działanie antyseptyczne, poniekąd z nieczulające, wolne przytem od wszelkich pobocznych nieprzyjemnych skutków.

Adam Ciąglinki.

141. D-r A. THOST. **O związku chorób nosa i płuc.** Ueber Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und der Lungen. (*Deut. Med. Woch.* 35).

Poprzednio już autor wykazał w wydzielinie z nosa przy ostrym i przewlekłym niezycie i przy ozenie obecność pasorzytów otorbionych, identycznych z opisanymi przez Friedlaendera przy włóknikowem zapaleniu płuc.

Jeżeli zauważymy drogi możliwego przedostawania się pasorzytów do ustroju w ogóle, to obecność ich w jamie nosowej powinna się wydać zupełnie naturalną i należy się nawet spodziewać, że zdarzają się tu wszelkie rodzaje drobnoustrojów, które tylko dzięki własnościom błony śluzowej nie są w stanie dostatecznie się rozwijać i wpływu swego wywierać.

Blizsze badania pokazały, że na rozwój wspomnianych pasorzytów ważny wpływ wywiera odczyn i konsystencyja śluzu nosowego. I tak najwięcej znajduje się ich w miękkich częściach strupów i w nitkach ropnych i śluzowych rozciągających się między muszlami i przegrodą, także w gęstej wydzielinie pod koniec kataru, podczas gdy w wodnistym wypływie pierwszego okresu pasorzytów bywa bardzo mało.

Co się tyczy morfologicznej strony, to autor godzi się z Weichselbaumem na przeważanie wymiaru podłużnego nad poprzecznym u opisywanych otorbionych pasorzytów i uważa, że właściwiej należy je nazywać nie kokkami ale lasecznikami zapalenia płuc. (Por. Kr. Lek. 1887. N. 1)

Wichselbaum, który bardzo szczegółowo badał pasorzyty, spotykane przy zapaleniu płuc (200 doświadczeń na zwierzętach i 120 sekcji wykazuje cztery ich gatunki:

- 1) *Coccus resp. bacillus Friedlaenderi*.
- 2) *Diplococcus* (Fraenkel).
- 3) *Streptococcus*.
- 4) *Staphylococcus* (aureus et albus).

Te same ustroje znajdował on w wydzielinie nosa i jam sąsiednich, a także w wysiękach opon mózgowych, tam gdzie zapalenie płuc było powikłane przez zapalenie opon mózgowych.

Oba rodzaje *staphylococcus* spotykał i autor w wydzielinie nosa u osób, które nie były chore na zapalenie płuc, przy niezycie nosa przewlekłym i ostrym.

Streptococcus nie był wyhodowany, gdyż potrzebuje wyższej ciepłoty niż pasorzyt *Friedlaendera*, którym się autor głównie zajmował. Obecność jego zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości przy przewlekłym niezycie nosa; przemawiają za tem częste u takich chorych zapalenia różycowate nosa, biorące początek na skrzydłach nosa i mające zapewne swą przyczynę w obecności *streptokokków* w żrącej wydzielinie nosa. Co się zaś tyczy *diplokokków* *Fraenkela*, to różnią się one tak mało od pasorzytów *Friedlaendera*, że łatwo mogą być z nimi zmieszane.

Weichselbaum objaśnia obecność tych pasorzytów w nosie i w jamach sąsiednich przechodzeniem z płuc. Autor zaś sądzi, że rzecz się ma na odwrót, że zakażenie pneumoniczne wychodzi z nosa, a to na następnej podstawie: 1) zapalenie płuc zaczyna się często od kataru, zaziębienia, zatem idzie niezyt oskrzeli, wreszcie zajęcie płuc. 2) Przy katarze w późniejszym okresie i w przewlekłym niezycie zdarzają się niekiedy prawie czyste hodowle pasorzytów *Friedlaendera*. 3) Tak zwane urazowe zapalenie płuc, u osób poprzednio zdrowych po uszkodzeniu klatki piersiowej, zdaje się potwierdzać przypuszczenie autora. Sądzi on, że płuco uszkodzone staje się mniej odpornem, zkad łatwo mogą się w niem rozwinąć pasorzyty wciągnięte z nosa. 4) Przebieg niezytu nosa, jego epidemiczne zjawianie się, ostrego przebiegu i typowy, często z krytycznym zakończeniem, gorączką, tak zwanem „rozebraniem“ i wreszcie liszajem wargowym, przypomina poniekąd obraz zapalenia płuc.

Autor sądzi, że obecność aż 4-ch pasorzytów przy omawianej chorobie i wzajemny ich stosunek może wpływać na postać jej kliniczną. Tak przewaga *streptokokków* warunkuje być może postać wędrującą zapalenia płuc. Dla terapii w wyżej wspomnianego mogą wypłynąć tylko niektóre profilaktyczne zabiegi. I tak, dezynfekcyja nosa u osób po operacyjach w ja-

nie ustnej, gardzielowej i krtani, także u ludzi podlegających często różny twarzy.

Co się tyczy leczenia nieżytu nosa, to i tu na pierwszy plan należy wysunąć środki przeciwgnilne. Autor radzi przemywanie $\frac{1}{2}$ procentowym roztworem równych części salicylanu sodu i dwuwęglanu sodu z dodatkiem morfiny. Dla kokainy widzi przeciwwskazanie z następującem przy częstszym użytku zwolnieniu napięcia naczyń, w skutek czego przebieg nieżytu może stać się przewlekłym.

O. Hewelke.

142. D-r P. HEYMANN. **O polipach nosowych.** (Ueber Nasenpolipen. *Berl. Klin. Woch.* N-r 32 i 33).

Polipem nosowym nazywamy wszelki guz w jamie nosowej, za wyjątkiem jednak chrzęstniaka i kostniaka, i wogóle wszelkich nowotworów złośliwych. Polipy nosowe wyrastają na błonie śluzowej nosa i tworzą to okrągławe, to podługowate, często podzielone na zrazy, guzy, nieraz narosty na wzór brodawek. Podstawa ich jest albo płaską, albo też szypułkowatą. Przy sapaniu polipy te poruszają się. Przy dotykaniu sondą, można je ścisnąć; dotykalnie nie jest nigdy prawie boleśnym. Rzadko mamy do czynienia z jednym polipem, ilości ich nieraz dochodzi do stu. Wielkość ich jest rozmaita; od ledwie dostrzegalnego guzika do wielkości dużej śliwki. Nieraz wielkie polipy wychodzą z jamy nosowej ku przodowi lub do jamy noso-gardzielowej, albo też rozszerzają jamę nosową tak, że dochodzi do dwu- lub trzykrotnej normalnej wielkości.

Polipy są zwykle ściśliwe. Leżące u przodu są starsze od tylnych. Nieraz pomiędzy polipami znajdują się pęcherze, pękające przy dotykaniu, wylewa się z nich płyn. Po pęknięciu takiego polipa znikają wszelkie dolegliwości; lecz już po kilku dniach worek się napełnia na nowo płynem.

Wzrost polipów jest nierównomierny; raz szybki, to znów powolny.

Polipy składają się z tkanki łącznej, biorą też w nich mniejszy lub większy udział inne składowe części błony śluzowej nosa: gruczoly, naczynia etc. Tkanka łączna jest różnorodną, poczynając od miękkiej tkanki zarodkowej, aż do trwałej włóknistej. Tak więc możemy uważać polipy nosowe za włókniki. Są to albo twarde włókniki, albo myxofibromy lub fibroadenomy.

Właściwy punkt wyjścia polipów leży głębiej, niż klinicznie daje się stwierdzić. Klinicznie biorąc, polipy wyrastają ze średniej muszli i jej najbliższego otoczenia, rzadziej z górnej muszli. Polipy górnej muszli są nazwane przez Hofmanna brodawkami; polipy zaś przegrody nosowej są nader rzadkie.

Przyczyna powstawania polipów jest ciemną. Większość autorów uważa za takową drażnienie błony śluzowej nosa; — trudno uważać za takową przewlekły katar nosa: ten ostatni równie dobrze może być przyczyną jak i skutkiem polipów. — Przeciwno katarowi nosa, jako przyczynie polipów, mówi to, że

we wieku dziecięcym katar nosa jest nader częstym; polipy zaś trafiają się rzadko. W etjologii polipów gra niezaprzeczenie wielką rolę dziedziczność.

Trafiają się one najczęściej między 20 — 50 rokiem życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet.

Rozpoznać polipa najłatwiej za pomocą wziernika nosowego. Najczęściej wystarcza badanie od przodu, jeśli wyniki badania wzrokowego dopełniemy dotykowem przy pomocy sondy. Widzimy wtedy nos napełniony krąglawemi o wilgotnym połysku nowotworami. Dają się one uciskać, a nieraz i przesuwając sondą, są nieczule i odróżniają się od otaczających tkanek jaśniejszą nieco szarawą barwą. Gdy chodzi o rozpoznanie rozprzestrzenienia się polipów, lub o polipy na tylnej części muszli musimy się udawać do tylnej thiaskopii.

Odróżniają się polipy od nowotworów złośliwych: 1) przez małą skłonność do krwawienia, 2) brak bolesności, 3) od kostniaków i chrzęstniaków przez odporność na ucisk. Ciała obce w nosie wywołują silne naokoło siebie zapalenie i cuchnący napływ z nosa. Brano za polipy: ropnie przegrody, skrzywienia i przepukliny teźże, nawet przepuklinę mózgową. Przyjmowano również za polipy obrzmienie błony śluzowej.

Głównym objawem polipów jest niedrożność jamy nosowej i katar nosa. Jeśli polip siedzi na szypulce, to huśta się niejako przy oddechaniu. Przy znacznej wielkości polipów zmienia się forma nosa. Także powstaje utrata powonienia, zawroty i bóle głowy. Wszystkie te dolegliwości zwiększają się przy wilgoci w powietrzu, kiedy polip się powiększa.

Prognoza przy polipach jest pomyślną. Recydywy przy nowszym sposobie operowania rzadsze.

Obecnie zarzucono już zupełnie leczenie farmaceutyczne. Terapia jest czysto chirurgiczną, zasadza się ona na wydaleniu i zniszczeniu polipa. Z dawnych sposobów operowania (wrywanie, podwiązywanie, obcinanie, wypalanie, wypylowywanie nitkami) pozostał tylko pierwszy, t. j. wrywanie. Uskutecznia się on albo za pomocą kleszczy, albo pętlicy.

Kleszcze mają formę zwykłego nieco skrzywionego kornca. Do pętlicy używano t. z. drutu kwiatowego (Blumendrath), miękkiego ale trwałego drutu żelaznego. Mojem zdaniem ciałystość zalecanych ogólnie strun fortepianowych, nie mówi na ich korzyść. To że drut elastyczny łatwiej wnika w wąskie jamy, jest małą korzyścią wobec wyslizgania się i rozkręcania takowego. Oprócz zimnej pętlicy używa się również galwanokaustyczna.

Operacja kleszczami przedstawia następujące niedogodności: 1) Niszczymy często minowolnie zdrowe tkanki (błonę śluzową, przegrodę, muszle nosowe), i t. p. 2) Nie jesteśmy w stanie, nawet nie szcędząc zdrowych tkanek, dokładnie zniszczyć polipa. 3) Powodujemy bardzo obfite krwotoki. 4) Sama operacja jest nader przykrą dla chorego, gdyż musimy wkładać palce do ust i przez tylny otwór jam nosowych (choanae) aby palcami zbliżyć tylne polipy do kleszczy.

W krótkości przytoczymy szczegóły operacyi za pomocą pętlicy. Chorego sadzamy nieco wyżej od operatora. W nos wkładamy wziernik i jamę nosa oświetlamy reflektorem; wkładamy pętlicę i szukamy dotykiem początku polipa. Następnie chwytamy polipa pętlicą jak można najwyżej, i skręcamy ją. — Zwykle wtedy polip jest już odcięty i wychodzi przy kichnięciu lub wyjmujemy go szczypeczkami. Krwawienie jest przytem bardzo nieznaczne i można wyjmować polipy jeden za drugim. Jeśli nie uda się osiągnąć odrazu pętlicą podstawy polipa, można go kawałkami wyrwać. Jeśli krwawienie jest nieco większe (przy wyrwaniu kawałka muszli lub błony śluzowej), zawiązujemy operacyję i pozostające polipy wrywamy podczas drugiego posiedzenia. W ogóle nie należy przedłużać zbytnio posiedzeń ze względu na wpływ operacyi na system nerwowy. Leczenie wtedy jest zakończonem, gdy nie pozostanie ani śladu polipów, gdyż inaczej może nastąpić recydywa.

S Kamiński.

143. D-r R. Coë n. **Choroby języzka i wpływ ich na głos i mowę.** Die Krankheiten der Uvula und deren Einfluss auf Stimme und Sprache. (*Wiener Med. Presse.* N-r 25, 26.—1887).

Choroby języzka bardzo mało są uwzględniane w podręcznikach patologii chociaż mają dość ważne znaczenie pod względem patologicznym, etyologicznym i dyjagnostycznym. Występują one albo idyopatycznie, albo symptomatycznie. Z pierwszych najczęściej zdarza się: 1) *Uvulitis catarrhalis acuta*, posiadająca następujące objawy: czerwonosć i obrzmienie języzka, lekka tegoż bolesność, wzrastająca przy każdym połykaniu, przy czem chorzy uczuwają obecność obcego ciała w gardzieli. W razie obfitego wysięku, płyn surowiczy przenika do tkanki podśluzowej, a nawet do mięśnia, w skutek czego następuje *prolapsus uvulae*. Te anatomiczne zmiany występują dość prędko. 2) Jeżeli proces zapalny zajmuje i woreczki gruczołowe błony śluzowej to często ulegają one ropieniu i owrzodzeniu, co stanowi *Uvulitis follicularis*. Języzek wtedy jest bardzo czerwony i obrzmiały, a na powierzchni spostrzegają się liczne guziczki wielkości ziarna soczewicowego lub konopnego. Bolesność znaczna, zwiększająca się przy każdym połykaniu. Dla odróżnienia tej sprawy od dyfterytycznej, służy okrągły, prawie jajowaty kształt owrzodzeń. Przy większem natężeniu sprawy otrzymujemy 3) *Uvulitis phlegmonosa*, przyczem chorzy uczuwają w gardzieli obecność ciężkiego obcego ciała, w skutek czego nietylko połykanie, ale i oddechanie jest znacznie utrudnione. Zapalenie zajmuje tutaj nietylko błonę śluzową i podśluzową, ale i m. azygos, a nawet rozszerza się i na sąsiednie części gardzieli i podniebienia.

Etyologiczny moment powyższych cierpień języka stanowią: zaziębienia, wpływ drażniących środków na błonę śluzową ust (gorące napoje, palące lub drażniące alkalijskie, kwasy), zapalenia gardzieli, migdałków, podniebienia i nosa.

Objawy powyżej opisane trwają nie długo, czasami zaś przy częstem powtarzaniu się podobnej sprawy przechodzą w stan przewlekły. Przewlekłe zapalenie występuje najczęściej w postaci: 4) *Uvulitis granulosa* i stanowi hyperplastyczne zapalenie elementów gruczołowych błony śluzowej języzka. Powierzchnia takowego usiana jest twardemi, ciemnoczerwonymi guziczkami, wielkości ziarna soczewicy; pomiędzy guziczkami błona śluzowa jest również twardą, ciemnoczerwoną i prawie niewrażliwą na dotyk. Cierpienia te spotykają się u osób skrofalicznych, anemicznych i wycieńczonych; jest ono bardzo uporczywem w leczeniu.

Kończy się zwykle przerostem, lub następuje *prolapsus uvulae*, przy czem języzek traci zdolność kurczenia się i wrażliwość. Jednocześnie chorych męczy uczucie obcego ciała w gardzieli, utrudnienie w polykaniu i suchy częsty kaszel. Niekiedy w nocy zjawiają się napady duszności, wywołane tem, że zaostrowany koniec wypadniętego języzka drażni podstawę języka i swobodny brzeg nagłośni, w skutek czego wydzielają one większą ilość śluzu, spływającego podczas snu do dróg oddechowych.

Symptomatyczne choroby języzka zdarzają się przy niektórych zakaźnych chorobach, jak odra, płonica, ospa, dławiec, dyfterya, przymiot. Często przy odrze, dławcu i dyfteryi pierwsze objawy chorobowe występują na języzku.

Co się tyczy zmian głosu i mowy, wywołanych przez choroby języzka, to najczęściej spotykają się one przy przeziębieniu, porażeniu, owrzodzeniu i zupełnem lub częściowem zniszczeniu tegoż.

Języzek przy tworzeniu się głosu i mowy ma dwojakie znaczenie: stanowi organ wzmacniający głos i współdziałający (*consonirendes Organ*), a także jest klapą zamykającą. Pierwszą czynność wykonywa nie tylko przez przyjęcie fal głosowych, ale i w skutek własnych drgań. Działanie zaś języzka jako kłapy jest koniecznem dla wytworzenia wszystkich dźwięków mowy.

Patologiczne zmiany języzka wywołują w skutek tego anomalije w tworzeniu się głosu i mowy. — Przy ostrem kataralnem zapaleniu, kiedy języzek bywa obrzmiałym i nieruchomym, głos zmienia się, stając się głuchym i mało dźwięcznym. Wymawianie zgłosek „m“ i „n“ nie posiada swego naturalnego nosowego brzmienia, podczas gdy przy wymawianiu innych zgłosek zjawia się lekki odcień nosowy. Odcień ten zwiększa się w przewlekłych formach cierpienia w skutek zwiększonej nieruchomości języzka, przez co czynność jego jako kłapy zamykającej zupełnie ustaje.

Przedziurawienie lub zniszczenie języzka, często powstające przy przymociu, jest przyczyną bardzo nieprzyjemnego zбочenia mowy, to jest mowy nosowej (*Näseln*). Zбочenie to odróżnia się od powyżej opisanego, które autor nazywa *Nasabiren* — tem, że w skutek zwiększonego odbicia się fal głosowych mowa staje się zupełnie niezrozumiałą. Różni się ona

też od mowy nosowej w przypadkach porażenia języzka, ponieważ w tych przypadkach języzek traci tylko czynność swą jako kłapa, ale zatrzymuje czynność współdzwieżenia i odbijania fal głosowych.

Co się tyczy leczenia chorób języzka—to przy zapaleniu kataralnem ostrem i przewlekłym, z dobrym skutkiem używają się środki przeciwzapalne, ściągające, jakie w ogóle są w użyciu przy podobnych cierpieniach gardzieli.

Dławcowe, dyfteryczne cierpienia, owrzodzenia i porażenia leczą się tak samo, jak też same choroby gardzieli i krtani, to jest za pomocą środków antyseptycznych, tonicznych, elektryczności i t. d. Zboczenia mowy oprócz tego wymagają jeszcze metodycznej gimnastyki głosu i mowy, mającej na celu pobudzenie możebnej ruchliwości języzka.

Defekta i zniszczenia języzka usuwają się za pomocą uranoplastyki lub sztucznymi obturatorami które posiadają niedogodność, że po pewnym czasie stają się przyczyną zapalenia i owrzodzeń sąsiedniej błony śluzowej.

M. Hopfenblum.

III. Farmakologija.

144. D-r P. GUTTMANN. **O wchłanianiu środków lekarskich w maściach lanolinowych.** Ueber Resorption von Arzneimitteln in Lanolinsalben. (*Zeitsch. f. Klin. Med.* XII. N-r 3.

Autor w kilku przypadkach ciężkiej róży stosował maść sublimatową z lanoliny, opierając się na zachwalanych jej własnościach, ułatwiających jakoby wysysanie środków przez skórę. Rezultat jednak nadziei pokładanej nie potwierdził. Postanowił przeto zbadać tę kwestyję bliżej i do doświadczeń obrał jodek potasu i kwas salicylowy, jako najłatwiejsze do wykrycia w moczu. Jod daje się za pomocą chloroformu wykryć jeszcze przy 1:100000 wody; w moczu odczyn wypada mniej wyraźnie, ale dostatecznie jeszcze przy 1:10000.

Kwas salicylowy wykrywa się przez dodanie chlorku żelaza, poczem występuje niebiesko-fioletowe zabarwienie (w wodzie nawet przy 1:200000, w moczu przy 1:30 — 50:00 zwłaszcza przy uprzednim zakwaszeniu kwasem siarczanym).

Maści ze wspomnianymi środkami wcierano w dobrze wymyte łydki i uda na przestrzeni 450—1000 kw. ctm.— do kontroli wcierano także same ilości jodu i kw. salicylowego z sadłem innym chorym. Z całego szeregu obliczeń okazało się, że lanolina przynajmniej dla użytych ciał nie posiada żadnej wyższości nad zwyczajnym tłuszczem, a dla jodu nawet nieco od niego stoi niżej.

Oh.

145. TAYLOR. **O fizyologicznym wpływie Zimowitu jesiennego (Colchicum) na czynności nerek przy durze i gościecu.** Report on the physiological Action of Colchicum on

the Kidneys of the Gouty and Rheumatic. *The Br. Med Jour.* July 30. 1887.

Z przytoczonych ilościowo-jakościowych rozbiorów chemicznych krwi i moczu, dokonanych przed stosowaniem, jak i po stosowaniu zimowitu, przekonywamy się o silnym wpływie tego środka na wydzielanie się mocznika i kwasu moczowego; zwiększone wydzielanie się powyższych składników moczu stwierdzonem zostało we wszystkich badanych przypadkach, lubo nie zawsze w jednakowym stosunku. Na podstawie swych badań chemicznych autor przypuszcza, że wpływ zimowitu na czynność nerek polega na regulowaniu niewystarczającego wydzielania się moczanów i kwasu moczowego ze krwi. Dzięki tej własności, jaką zimowit posiada, powinien jako środek leczniczy znaleźć obszerne zastosowanie.

Jak nas autor zapewnia, środek ten okazuje najsilniej swój wpływ w tych cierpieniach stawów, podczas których występujące objawy przypominają więcej cierpienia artrytyczne.

Środek ten wywiera również znakomity wpływ przy cierpieniach stawów z charakterem gościcowym.

Podawanie dużych dawek jest zupełnie zbytecznem; 20 kropli Tinct. Colchici należy podawać co sześć godzin, lub gran jeden zgęszczonego soku, albo gran extr. acet. co cztery godziny, dopóki widoczna ulga nie nastąpi. Pod wpływem powyższego leczenia gościec stawowy i artrytyzm ustępowały niekiedy nawet w ciągu dni trzech. Z ubocznych objawów Zimowit wywołuje ogólne osłabienie i rozwolnienie, chociaż zdarzają się przypadki, w których przy użyciu tego środka, ani zaburzenia żołądka, ani zaburzenia ze strony kiszek nie miały wcale miejsca.

J. Drzewiecki.

146. J. HUTCHISON. **Salix nigra, jako środek uspakajający organy płciowe.** *Salix nigra* as a sexual sedative. *The Br. Med. J.* July.

U wielu bardzo kobiet podczas miesiączkowania stale występują bóle w okolicy jajników. U niektórych jest to zależnem od organicznych cierpień, lecz w większości przypadków jest tylko objawem ogólnego nerwowego usposobienia. Podobne nerwowe objawy zdarza się spotykać w różnych stopniach napięcia, począwszy od lekkich zaburzeń nerwów, jak np. globus hystericus, a skończywszy na hystero-epilepsyi w najwyższym stopniu jej przejawienia się.

Przeciw tym zaburzeniom, okazuje się bardzo skutecznym środkiem używany w życiu codziennem przez prostych ludzi i znany jako posiadający własności: tonicum, carminativum et stimulant, a oprócz tego astringens i antiperiodicum.

Oddaje on lepsze wyniki, aniżeli użycie bromków, walerjanianów, smrodzieńca (*assafoetidy*) etc., masaży i odosobnienia.

Jest to *salix nigra* znana pod nazwą „the pussy willow“ drzewo, od 15 do 20 stóp wysokości, rosnące nad brzegami rzek południowej Ameryki.

W „the Transaction of the Texas Medical Association“, Pain przytacza wiele przypadków z zaburzeniami nerwowymi, leczonych pomyślnie tym środkiem.

Autor ten przepisywał płynny wyciąg z tego drzewa w przypadkach nadczułości jajników, w neuralgijach macicy etc., a także przy nasieniotoku (spermatorrhoea) i nocnych polucyjach i utrzymuje, że środek ten wywiera potężne uspakajające działanie, podobne do działania bromków, lecz ujemnych stron tych ostatnich nie posiada.

Hutchison podawał po pół drachmy płynnego wyciągu z salix nigra trzy razy dziennie. 75% leczonych tym środkiem otrzymało po dwóch lub trzech dniach niewypowiedzianą ulgę.

Nie tylko nadczułość jajników, ale i nerwowe bicie serca ustępowały i chorzy czuli się pod każdym względem znacznie lepiej.

W dwóch przypadkach nocnych polucyj, autor podawał ten środek i okazało się że polucyje ustępowały nietylko podczas przyjmowania, lecz nawet w kilka miesięcy później, po zaniechaniu użycia tego środka, nie zjawiały się wcale. Również przy nadmiernym popędzie płciowym widziano zadawalniający wpływ powyższego środka.

J. Drzewiecki.

147. **Pereirinum hydrochloricum.** (Bull. Gén. de Thér. Avril 15. 1887).

D-r Ferreira z Brazylii zwraca uwagę na potężną leczniczą własność chlorku Pereiriny przy bagienniczem zakażeniu.— Alkaloid ten został otrzymany z rodziny Toinowatych (Apocynaceae), która dziko w dużej ilości rośnie w Brazylii. Ilość podawana przez D-ra Ferreira wynosi dwa gramy w dwóch dawkach w półgodzinnym odstępie. Ilość powyższa w zupełności wystarcza aby przerwać napad, mniej drażni żołądek jak chinina, a nawet w tych przypadkach gdzie chinina okazała się bezskuteczną—nie zawodzi. Najlepiej środek ten działa w świeżych ostrych przypadkach.

J. Drzewiecki.

148. **MACGREGOR. O działaniu kwasu bornego.** (Lancet, D. M. W. 34).

Autor podnosi pożytek kwasu bornego przy wewnętrznem użyciu, a to dzięki jego rozpuszczalności (w wodzie, glicerynie, i innych ciałach), niezłemu smakowi i wreszcie jego obojętności obok niezaprzeczonej własności przeciwnieżylnych.

Dla tego też nadaje się bardzo w dziecięcej praktyce, przy chorobach ust, gardła, nosa, krtani, w postaci proszku do wdmuchiwań, pędzlowań, płókań. Roztwór 1 cz. kwasu bornego, 4 gliceryny z dodatkiem małej ilości kali chlorici jest dzielnym środkiem przy wszelkich pasorzytowych cierpieniach jamy ustnej.

Bardzo chwali autor użycie omawianego środka przy tyfusie — do mycia ust w związku z kali chloridem, gliceryną,

kwasem cytrynowym. Także nadaje się on jako raacyjonalny składnik proszków do zębów.

(Ac. borici 2,5, kali oxym. 1,25, Pulv. guajaci 2,0, Calcar. praep. 4, Magn. carb. pul. 20,0, ol. rosar. gtt. 11).

Oh.

149. MILLER. **O wpływie agaricyny na poty suchotników.** (*Disert. Pet.* 1885).

Autor dawał agaricinę chorym pocącym się co noc. (Preparat był używany z fabryki Merk'a).

Podawaniem agaricyny w wziętkach od $\frac{1}{12}$ do 1 grana można w większej liczbie wypadków, znakomicie zmniejszyć wydzielanie się potu u suchotników, a nawet zupełnie wstrzymać takowe. Są jednak wypadki, w których nawet 2 grana agaricyny nie wstrzymują pocenia się, a jeżeli żądany cel zostanie osiągnięty, to często rozwijają się objawy poboczne jak naprzykład większy kaszel, gorszy sen i t. p.

W mniejszej liczbie wypadków wstrzymanie się lub zmniejszenie pocenia następowało bezpośrednio po pierwszej wziętce środka; zazwyczaj dopiero na 2-gi, a nawet 4-ty dzień mógł być osiągnięty odpowiedni cel, powiększając przytem stopniowo dawki.

Bardzo częste pierwsze działanie agaricyny objawia się powiększeniem potu, a dopiero na 2-gi, 3-ci, a niekiedy i później następuje zmniejszenie.

Wkrótce po zaprzestaniu używania środka pot wydziela się z poprzednią siłą.

Agaricina nie tylko ogranicza wydzielanie potu, na wielu chorych działa w zwykłych lub powiększonych dawkach (od $\frac{1}{12}$ do 1 gr.) jako znakomity środek nasenny. Niekiedy działanie nasenne występuje jawniej aniżeli ograniczające wydzielanie potu.

Napady kaszlu zjawiają się rzadziej, jakkolwiek ilość płwociny nie zmniejsza się. W niektórych wypadkach agaricina zmniejszała pragnienie.

Wpływ agaricyny na ilość moczu wydzielonego w ciągu doby był nie jednokowy; w kilku wypadkach było nieco więcej, w innych mniej.

Przeciwgorączkowych własności agaricina prawdopodobnie nie posiada.

Wpływu na ciężar ciała nie można było zauważyć; nie działa również na zmiany w płucach.

Działanie agaricyny objawia się częstokroć już po upływie pół godziny. Najodpowiedniejszą dawkę agaricyny autor uważa $\frac{1}{4}$ do gr. w pigułkach.

Zmniejszając pocenie się, łagodząc kaszel i polepszając sen — agaricina przez to samo robi chorych rzeświejszymi, cierpienie czyni znośniejszem.

J. Wojciechowski.

150. **Nieprzyjemny uboczny wpływ antipiryny.** — (*D. Med. W.* 34). D-r Lutand podaje następujące spostrzeżenie:

Kobieta dotąd zupełnie zdrowa, będąc w 8-ym miesiącu

ciąży, zapadła na tyfus brzuszny. Przy 42° (w pochwie) otrzymała 2 grm. antipiryny w dawkach 0,5 co 3 godziny. Ciepłota po ostatniej dawce spadła do 37, a po upływie 1/2 godziny do 35,5 wśród objawów zapaści. Pomimo środków pobudzających i sztucznego ogrzewania, w nocy ciepłota spadła do 34,5 i dopiero po kilku dniach wróciła do normy, a później do wysokości właściwej durowi.

Zkądinał doniesiono również o podobnych zjawiskach po zadaniu antipiryny u ciężarnych.

P. Guttman ogłasza następujący przypadek. Młody człowiek, cierpiący na gościec stawowy, dostał przez dwa dni po 2 grm., a w kilka dni później 1 grm. antipiryny. Tego dnia zjawilo się uczucie gorąca w całym ciele, duszność, bicie serca, sinica. Objawy te przeszły w pół godziny po zastosowaniu kamfory, lodu na serce, synapizmów.

U młodej panny, która z powodu bólu głowy zażyła 1 grm. antipiryny, po upływie 5 minut zjawilo się palenie całego ciała, swędzenie, wysypka pokrzywkowata na twarzy, bicie serca, ogólne podrażnienie i utrata wzroku na jedną minutę. Po upływie godziny twarz, a zwłaszcza powieki mocno obrzękły, nieznaczny obrzęk zauważono też na dłoniach i przedramionach Tętno 124. Pomimo środków pobudzających i lodu na głowę i okolice serca objawy utrzymywały się. Przyłączyły się wymioty, w wymiocinach nie było antipiryny; w moczu wykryto ślady białka i 0,5% cukru. Ciepłota normalna. Następnego dnia było polepszenie, ale bicie serca i uczucie gorąca powracało napadami. Dopiero 4-go dnia chora przyszła do zupełnego zdrowia.

Objawy te uboczne są zresztą bardzo rzadkie, wspomniane są bowiem jedynymi, które G. widział w ciągu trzech lat przy codziennym użytku.

Oh.

151. Prof. G. Séé. **Zastosowanie lecznicze antipiryny; porównanie z antifebryną.** Diverses applications thérapeutiques de l'antipyrine. Comparaison avec l'antifebrine. — (L'union méd. N. 111 i 112).

I. Gościec stawowy ostry i przewlekły.

Przy zajęciu stawów z wysoką gorączką niezaprzeczoną wyższość nad antipiryną ma salicylan sodu, za to ustępuje jej przy cierpieniach stawów bez poruszeń gorączkowych. Podobnych chorych autor miał trzydziestu. Podawał im antipirynę w postaci zastrzykiwań podskórnych (0,5 grama, 2 — 3 razy dziennie) obok użytku wewnętrznego (3—4 gram). Bardzo szybko następowała znaczna ulga, po upływie doby możność użycia zajętych stawów. Aby zapobiedz powrotowi zalecono chorym jeszcze w ciągu 10—15 dni po 3 gramy do wewnątrz. Jednakże zdarzają się przypadki niepoddające się antipirynie jak i salicylanowi sodu, ale w przypadkach podobnych można się napewno spodziewać nie tylko chwilowej ulgi ale i zupełnego wyleczenia.

Na sprawy śródsierdzia wpływ jest prawie żaden, można jednak w ogóle zauważyć zwolnienie natężenia sprawy.

Zestawiając środki głównie w omawianem cierpieniu używane, autor tak je ocenia:

1) Salecylan sodu ma wyższość w przypadkach gościa ciężkiego z gorączką. Jeżeli jednak mamy osłabienie czynności serca, zaburzenie wyrównania w przypadkach wad zastawkowych, należy niezwłocznie odstawić ten środek (według autora niższa ona siłę mięśniową serca) i przejść do antipiryny.

2) Antifebryna nie ma żadnej wyższości nad antipiryną.

3) Salol — stoi o wiele niżej od powyżej wyliczonych, według Sée zeszedł on do roli środka do pomadek antyseptycznych dla użytku w cierpieniach ust i nosa.

Przy chorea rheumatica, mającej być przejawem zajęcia ośrodków nerwowych przez sprawę gościcową, antipiryna nie wywiera żadnego wpływu

Przy goście przewlekłym, a właściwie przewlekłem zajęciu stawów, suchem lub z wysiękami, a także przy ar. nodosa — środek omawiany może spowodować zupełne wyleczenie. Autor obserwował 6 kobiet w wieku od 30 do 50 lat i dwóch mężczyzn, cierpienie rozwijało się z wolna, ale ciągle postępując i zajmując coraz więcej stawów (kolanowe, barkowe, st. dłoni).

Przy użyciu przez czas dłuższy po 4 gramy dziennie bóle ustąpiły (już po 15 tu dniach) i ruchy w stawach stały się możliwe. Za to w czterech przypadkach zajęcia przewlekłego stawów szyjowych nie otrzymano żadnej poprawy.

II. D n a — w postaci przewlekłej została wyleczona u dwóch osobników w wieku 30 i 42 lat w przeciągu trzech miesięcy. Autor zaznacza, że nie chodzi tu o napady, które ustępują bardzo łatwo, ale o zupełne wyleczenie. Rozumie się że złogi (concretions) nie uległy zmianie.

III. B ó l e l ę d ż w i o w e , ś r ó d ż e b r o w e , k u l s z o w e (ischias).

Przechodzą po zastrzyknięciu dwukrotnem 0,30 antipiryny i 3 gm. do wewnątrz, niekiedy odrazu; z 23-ch przypadków rwy kulszowej, nawet bardzo zastarzałej, tylko dwa nie poddały się antipirynie (ani też innym środkom). Przy dłuższem leczeniu można w ciągu 2 — 3 tygodni otrzymać zupełne wyleczenie.

IV. N e r w o b ó l e p r z y w i ą d z i e r d z e - n i o w y m.

Bóle te są dziś przypisywane zajęciu nerwów obwodowych. Dujardin-Beaumetz i Lepine zachwalają przeciw nim antifebrynę, Sée przekłada antipirynę ze względu, że pierwsza wywiera szkodliwy wpływ na krew. Przytem nie rozpuszcza się ona w wodzie i nie nadaje do podskórnych wstrzykiwań, które w tych razach bardzo są pożądane, ponieważ chorzy odnośni

są przyzwyczajeni do wstrzykiwań morfiny i można ich tą drogą odzwyczajać. Środek może być stosowanym przez czas długi nie wywołując ubocznych wpływów, najwyżej wysypki pokrzywkowate. Na samą sprawę lek ten rozumie się nie wpływa, ale za to usuwa zupełnie bolesne jej przejawy.

Dalej widział autor dobre działanie antipiryny przy bólach głowy specyficznych i natury organicznej (przy nowotworach mózgu).

V. Kolki: wątrobiane, nerkowe, kiszkowe i t. d.

Morfina przy podobnych bólach ma tę wielką niedogodność, że przy kamieniach żółciowych, zmniejsza wydzielanie się żółci, śluzu kiszkowego i przeszkadza przejściu kamienia. — Antipiryna, zastosowana na oddziale p. Sée przez jego asystentów p. Capitana i Baudoin — znosi od razu po jednym wstrzyknięciu bóle, a nie ma tej złej strony. Zapobiegawczo dobrze jest dać jeszcze po 4 grm. 4 razy w wodzie lodowej, a następnego dnia 3 grm. — i tak przez 8—10 dni.

Przy piasku moczowym i kamykach leczenie jest podobne, wymaga jednak więcej zastrzyknięć (1 — 3). I tu autor po napadzie podaje po 2 grm. dziennie antipiryny. Zdarzało mu się przytem widzieć, że następnie kamyki odchodziły bez bólu.

Podobniez dobre wyniki spostrzegano przy ostrem zapaleniu macicy, a zwłaszcza przy dysmenorrhea membranacea 1 — 2 grm. w lewatywach w początkowym okresie miesiączkowania znosił bóle w przypadkach, trwających od lat kilku.

Jeżeli atonija żołądkowa albo niestrawność (dyspepsie chimique) połączona jest z bólami — autor stosuje antipirynę na pół z dwuwęglanem sodu (po $\frac{1}{2}$ grm.) trzy razy dziennie. Środki te należy użyć w wodzie lodowej przed jedzeniem. Przy kolce gazowej (wiatry) przepisuje co 3 godziny po gramie z kredą plwioną, a jeżeli nie ma ulgi, napewno ją osiąga przez zastrzyknięcie.

VI. Bóle w okolicy serca. — Dusznica bolesna.

Tak zwane bóle sercowe nie zależą od serca, względnie ani od jego mięśnia, ani od jego powłok, umiejscawiają się one w sąsiedztwie. Sondowanie serca przez żyły główne u zwierząt nie wywołuje żadnych objawów bolesności. Według Petera przyczyną bólów tych ma być ucisk na pierwszą lub drugą przestrzeń śródżebrową lewą.

Wykluczwszy znajdujące się tu nerwy współczulne (naczynioruchowe), nerwy przeponowe, nerw Cyona i zwoje (nie dostępne), których winić tu niepodobna, pozostają tylko nerwy błędne. Według F. Franka pobudzenie śrōdsierdzia (które jak i powierzchwnia wewnętrzna wielkich naczyń jest sama przez się nieczułą), wywołuje odruchy naczynioruchowe zupełnie niewin-

ne, w sferze obwodowej. Według autora w sprawach niezapalnych, chociaż błędnie nazywanych myocarditis, aortitis chr. następuje zwolna, niepostrzeżenie pewne pobudzenie, które odruchowo odbywa się w mięśniach śródżebrowych w okolicy serca, miejsca te autor nazywa, według Pflügera, punktami sercowymi. Bóle te rozchodzą się niekiedy do obojczyka w lewe ramię. Niekiedy umiejscawiają się u wierzchołka i innej natury bóle, np. wywoływane przez nagromadzenie się gazów w sąsiednim zaraz zagięciu okrężnicy albo w żołądku.

Trzy rodzaje przyczyn mogą mieć te bóle. Przyczyna leży zewnątrz serca, bóle są w związku z ogólną nerwicą: hysteryją, anemią.

Przyczyną są zmiany w sercu: zwyrodnienie, wady zastawek zwłaszcza aorty. Albo, tertio, mamy dusznicę bolesną, zależną od sklerozy tętnic wieńcowych. Autor umyślnie robi ten podział, aby zapobiedz nadużywaniu terminu angina pectoris — dla każdego bólu, gdy dusznica rzeczywista, zależna od stwardnienia naczyń sercowych, spotyka się bardzo rzadko.

Autor odróżnia pewne stopnie w dusznicy bolesnej, które nazywa niedokrewnością bolesną serca. Z początku chorzy doznają tylko uczucia ciężaru na wysokości rękojęści mostka i mocnego bólu w lewym ramieniu co ich zmusza do zatrzymania się. — Niebawem wszystko mija i ponawia się przy jakimś zmęczeniu mięśniowem. Nie ma tu wyraźnego uczucia strachu, ani bladoci i sinicy. Później następuje wzmożenie objawów — okres ten jednak nie wchodzi już w zakres terapii.

W pierwszych okresach antipiryna oddaje wielkie usługi, mianowicie co się tyczy punktów sercowych. Na możność leczenia sklerozy aorty lub nerwów wieńcowych, autor zapatruje się sceptycznie, i odmawia znaczenia środkom dziś używanym (jod, sparteina etc.). Zato podczas napadu zastrzyknięcie 0,5 antipiryny daje lepsze wyniki niż morfina, amylnitryt. Obok tego chory powinien wdychać pyridinę, którą musi nosić we flakoniku ze sobą, aby użyć w pierwszej chwili. Dla zapobieżenia powtarzaniu się powinien przyjmować regularnie 3 — 4 grm. antipiryny, unikać zaś naparstnicy, nie wpływającej na bóle, bromków osłabiających ustrój, chlorału zmniejszającego napięcie naczyń, leczenia wodą i elektrycznością.

Leczenie powyższe okazało się skutecznem przy bólach z przyczyn pierwszej i drugiej grupy. Co się tyczy dusznic, autor wyraża się bardzo ostrożnie, że miał 7 przypadków na pewno rozpoznanych; we wszystkich zdołano napady przerwać, a przy ciąglem użyciu antipiryny od dwóch miesięcy — nie powtórzyły się już ani razu.

Spostrzeżenia te autor przedstawił Akademii medycznej, poddając je jej sądowi, i zachęcając do wypróbowania wspomnianego sposobu leczenia.

O. Hewelke.

Odpowiedzi Redakcyi.

— D-rowsi Kr. w Balwierzyszkach. — Posłaliśmy — zabrakło kopiejek 31.

O d W y d a w c y.

Szanownych panów prenumeratorów, którzy nie wnieśli przedpłaty za drugie półrocze, upraszamy o spieszne przesłanie takowej.

OGŁOSZENIA.

DO NABYCIA

WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH.

D-ra J. Cohnheima, Odczyty z patologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z 2-go wydania. 1884. 3 tomy rs. 5.

G. Jaccoud, Wykład patologii szczegółowej. Przekład z siódmego wydania. 1884. 3 tomy rs. 13.

Birch-Hirschfeld. Wykład anatomii patologicznej. *Część ogólna*. Przekład z 2-go wydania. Ze 118 drzeworytami. 1884. Rs. 2.

H. Haeser. Historyja medycyny. Tom drugi. Dzieje medycyny nowożytnej. 1886. Str. 1062. Rs. 5.

W. Szokalski. Podręcznik i rozwój umysłowości w przyrodzie. 1885. Rs. 3.

T. H. Huxley. Wykład biologii praktycznej. 1883. Rs. 1.
Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. 1882. Rok II. 1883. Rok III. 1884. po rs. 1.

K. Filipowicz. Wiadomości początkowe z botaniki 1884. Rs. 1.

J. D. Everett. Jednostki i stałe fizyczne. 1885. Rs. 1,20.