

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1870 roku do 1 stycznia 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1871 r. sr. 68.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

**TREŚĆ:** Prace oryginalne. Kazuistyka szpitalna. Spostrzeżenia Dra Wygrzywalskiego (z Piotrkowa). O działaniu kofeiny i teiny na organizm ludzki a w szczególności na krążenie. Przez Dra W. Piwowarskiego (ze Sławatycz). (Ciąg dalszy). **Kronika Zagraniczna** Anatomia patologiczna przepuklin kiszkowych i o ich uwięznięciu (*in-carceratio*). Przez Dra Friedricha Pauli. Streszczył *Jakób Gutwein*, lekarz praktykujący w Warszawie. **Wiadomości bieżące.** Ś. p. Prof. Dr. Albrecht v. Gräfe. **Dodatek.** Historia szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (429—436). Przez *Juljana Bartoszewicza*. (Ciąg dalszy). — Fizyologii arkusz 1szy, Anatomii opisowej ciała ludzkiego arkusz 2gi, Uroskopii arkusz 12ty.

## KAZUISTYKA SZPITALNA.

Spostrzeżenia Dra Wygrzywalskiego (z Piotrkowa). <sup>1)</sup>

(Dokończenie).

*D.* Przebicie ścian brzusznych celem przyniesienia ulgi przy wodnej puchlinie było 7 razy wykonanem.

*E.* Operacyi przetok kiszki stolcowej było 13. Uwagi godnem jest, że na tę cyfrę przypadło tylko 2ch chrześcian, resztę starozakonnych. W poprzedniem sprawozdaniu zanotowaliśmy 11 u drugich, u pierwszych żadnego. Ta częstość jest więcej niżeli czysto przypadkową. Zda mi się, iż nie daleko od prawdy będę, jeżelibym ją dwóm okolicznościom przypisał. Raz siedzącemu sposobowi życia tak zwanych (talmudycznie) uczonych, który ma za następstwo skłonność do wiecznych zatwardzeń stolcowych, a powtóre okoliczności tej, iż u nich akt defekacyi ujęty jest w pewne rytuałowe przepisy, nakazujące go w pewnym czasie „à tout prix“ uskuteczyć i to z możliwą dokładnością. Takie długotrwałe (np. półgodziane) posiedzenia z silnem połączone wydymaniem, nie mogą bez szkodliwego wpływu na kiszkię stolcową pozostać.

*F.* Dwie operacye wodnej puchliny jądra.

<sup>1)</sup> Patrz Nr. 10 Gaz. lek.

Osiągnąwszy poprzednio parę razy dobry rezultat z zastosowania elektrolizy, próbowaliśmy jej i w tych dwóch wypadkach. Po 4ch posiedzeniach ilość cała płynu do pozostałości jednej trzeciej została wessaną — lecz bądźto przez niedostateczne działanie galwanopunktury, bądź też z powodu iż u obydwóch chorych wodna puchlina jądra trwała lat 8—10, po upływie niespełna roku przybyli oni poddać się innej operacyi. Wykonaliśmy ją przez przekłucie trójgrańcem i przeprowadzenie rurki drenowej z codziennem przestrzykiwaniem wodą karbolową — z zupełnem powodzeniem.

1. *Haematocèle* wielkości głowy dziecka. Wylew krwisty w pochewkę jądra i sznurka nasiennego stał przeszło od roku i przez terapeutyczne usiłowania i ztąd podbudzane zapalenie raczej wzrastający. Był on prostym sposobem operowanym. Cięciem przez całą długość obrzękłości idącem wydalonemi zostały skrzepy krwiste, wewnątrz jamy z osiadłych, nawpół uorganizowanych strzępów i błon włóknikowych oczyszczonem (*par decortication* — *Velpéau*). Przy opatrunku odwietrzającym ropienie było nader małym, i chory w 24 dni jako uleczony szpital opuścił.

1 operacyę obrzezania u dorosłego mężczyzny, przy ściśnieniu napletka od urodzenia — wykonano ze znieczuleniem miejscowem części mającej być odciętą.

2 zwężenia cewki moczowej. Jedno uleczone stopniowem rozszerzaniem przez wprowadzanie elastycznych świeczek od Nru 1—10. Drugie zupełnie nie leczone. Przy trwaniu przeszło 12-letniem zwężenia, mocz cewką prawie całkiem nie odchodził tylko mnóstwem przetok włoskowatych w skórze moszen i krocza znajdujących się. Żadną miarą i najcieńszym przewodnikiem jednego ciągu cewki wykryć i do pęcherza trafić nie było można, a nie mając ani chęci ani środków chirurgicznych do zrobienia uretrotomii zewnętrznej, chorego w tym samym smutnym stanie w jakim przybył wypuściliśmy ze szpitala. Przy tej sposobności, nasuwają mi się dwa chirurgiczne *curiosa* — wskazujące ile umiejętne zaprowadzanie moczociągu czyli kateteru jest u nas upowszechnionem.

Pewien jegomość cierpiący na bezwład pęcherza z zatrzymaniem moczu, a mający znaczne powiększenie jądra przez nowotwór — musiał o mil 7, parę razy do miasta przyjeżdżać — by mógł urynę moczociągiem oddać, a to z powodu, że sąsiedni terapeuta zostawiał tak poniżającą czynność jak jest kateteryzowanie swemu „*ad latus*” felczerowi, który małej trudności z krętego nieco przebiegu cewki wynikającej nie umiał pokonać.

Drugi raz przywieziono w oplakanyim stanie starca 73-letniego, któremu przy zatrzymaniu się moczu z powodu bezwładu pęcherza felczer miejscowy przez dni kilka usiłował wprowadzić kateter (*Cheap doctoring*). Jedna fałszywa droga szła ku kości siedzeniowej, druga przez krocze ku kiszce stolcowej, trzecia pod skórę ku wzgórkowi łonowemu. Nacieki urynowe, zapalenie różowe moszen, skóry ud, — i pokryć brzusznych w dolnej części. Wchodzący z największą łatwością w pęcherz Nr. 9 kateteru i zostawiany na stałe, nie mógł w danym razie śmiertelnych powstrzymać następstw.

1 operacya przetoki pochwowo-stolcowej. Po ciężkim porodzie i obrażeniach przy nim zadanych — pochwa była w górnej połowie zarosła, otwór do odbytnicy prowadzący 2 cale długości, pół cala szerokości mający, leżał zaraz przy wejściu pochwy. Przerwania krocza nie było.

W sześć tygodni po porodzie chora przybyła po pomoc do szpitala. Odświeżenie brzegów przetoki i założenie szwów metalowych nieprzedstawiało żadnej trudności. Dnia 4go po operacyi chora poczęła gorączkować, wstawiło się silne rozwolnienie, bolesność brzucha, następnie wymioty. Dnia następnego szwy wszystkie puścili.

Dnia 8go w dolnej części brzucha znaczną ilość wypocin wykryć można. W dni 8 później, chora z oznakami ropnego zapalenia otrzewnej zmarła. Pośmiertne badanie w miejscu operowanem ani w macicy żadnych chorobnych zmian nie wykryło — tylko zapalenie ropne całej błony otrzewnej kiszki i macicy pokrywającej — z mocnym nastrzykaniem tak cienkich jak grubych kiszek.

To spostrzeżenie choć samo w sobie mało znaczące nasunęło nam parę uwag. Najpierw: że śmierć nie była spowodowaną przez mało znaczącą operację. Pacjentka przybyła do szpitala wcale w dobrym stanie zdrowia, w sześć tygodni po położeniu, w 3 czy 4 dni później była operowaną, miejscowego odczynu lub pojawu jakiegoś chorobnego nie było żadnego. Równocześnie znajdowała się w tej samej sali młoda 20-letnia dziewczyna cierpiąca początkowo na boleści w brzuchu — z gwałtownym rozwolnieniem, poczem nastąpiły wymioty i objawy ropnego zapalenia otrzewnej, które się śmiercią zakończyły. U operowanej powtórzył się w 8 dni później co do joty ten sam obraz choroby.

Miałoby tu udzielenie się choroby mieć miejsce?

Na prostą przypadkową równoczesność zanadto było podobieństwa a prawie tożsamości symptomów w jednym i w drugim wypadku.

Następnie sposób utworzenia tej przetoki miał w sobie coś przerażającego. Była to kobieta 34-letnia (o 3 mil po drodze żelaznej mieszkająca) pierwszy raz rodząca. Całe dni 4 trwał poród, dni dwa główka stała przy wyjściu małej miednicy przez dni dwa dwie operatorki wiejskie (*vulgo babki*) haczykami od okna robiły bezskuteczne usiłowania wydobyć dziecko. Gdy w nocy dnia czwartego rodzącą widziałem, główka dziecka stała między wargami sromnemi, odarta po uszy z powłok miękkich, dosłownie skalpowana. Opowiadała dalej chora, iż gdy haczkowa operacja nie doprowadzała do celu, jedna z operatorok włożonemi w kieszkę odchodową palcami, starała się główkę wyprowadzić — lecz chora z wielkiego bólu z uczuciem rozdierania połączonego, nie dozwoliła tego manewru dalej przedłużać. „*Exemplum movent.*“

2 przetoki pęcherzowo-pochwowe. Jedna podłużna w sklepieniu, przy samej szyi macicznej leżąca operowaną była bez żadnego skutku. Chora powtórnej operacyi poddać się nie chciała. W drugim wypadku przetoka leżała nisko, pozwalając dwa palce w jamę pęcherza wprowadzić. Czterema operacyami nie potrafiliśmy jej zupełnie zamknąć — pozostają dotąd dwa po 3 prawie milimetry mierzące otworki, któremi się czasami mocz wysącza.

G. Oprócz operacyi poprzednio opisanych wykonano na kończynach dolnych:

1 raz wyprostowanie gwałtowne w stawie kolanowym z powodu skurczenia pozapalnego mięśni zginaczy — bez tenotomii, z następnym unieruchomieniem kończyny w opatrunku gipsowym. Opatrunek taki dozwolił nam inną razą w dwóch wypadkach wstrzymać w dalszym rozwoju zapalenie stawu kolanowego.

1 wycięcie narostu włóknistego z grzbietu nogi wychodzącego od powięzi — i zajmującego niemal cały grzbiet nogi aż po palce.

3 wycięcia wrastającego paznokcia wielkiego palca u nogi ze znieczuleniem miejscowém.

II. Rozpalonego żelaza użyto, oprócz wspomnianych razy dwa, raz dla uleczenia próchnienia (ograniczonego małą przestrzenią) szczęki dolnej — i ztąd powstałej (tak zwanej) fistuły zębowej. Drugi raz dla skrzywienia stosu kręgowego przy cierpieniu samego rdzenia. Obadwa razy z pomyślnym skutkiem.

I. Prądu galwanicznego stałego, prócz wspomnianych próbek elektrolizy, użyliśmy dwa razy w płasawicy u 13—14 letnich chłopców, u których zachwalone w swoim czasie zamrażanie eterem i użycie bromku potassu i i., nie zdawały się mieć żadnego wpływu. U jednego z nich nastąpiło uleczenie, u drugiego znaczne i długotrwałe polepszenie.

Raz przy skurczeniu prawego przedbarku dał nam prąd stały — a raz przy porażeniu ręki prąd indukcyjny pożądany rezultat.

Dwa razy zastosowany prąd indukcyjny przy bezwładzie pęcherza moczowego u starców pozostał bez skutku i wpływu na polepszenie.

### O działaniu kofeiny i teiny na organizm ludzki, a w szczególności na krążenie.

Przez Dra Władysława Piwowarskiego (ze Sławatycz).

(Ciąg dalszy). \*)

#### Doświadczenie IV.

Pies mały, wyżelek angielski, spokojny. Kofeina wyrobiona z kawy, w farmaceutycznej pracowni b. Szkoły Głównej.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Srednie cis- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>o</sup>	48'	30—40	166	—	Wstrzyk. 7 cent. kub. 1/2 procen- towego roztworu kofeiny w prze- ciągu 20 sekund.
		40—50	168	14	
		50—60	170	15	
	49'	0—10	166	14	
		10—20	170	14	
		20—30	172	15	
		30—40	171	15	
		40—50	170	15	
		50—55	166	15	
	50'	55—60	167	14	
		0—10	162	13	
		10—20	158	17	
		20—30	168	17	
		30—40	169	16	
		40—50	170	16	

\*) Patrz Nr. 9 Gaz. Lek.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Srednie cis- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>o</sup>	51'	50—60	183	14	
		0—10	179	15	
		10—20	174	15	
		20—30	170	17	
		30—40	175	—	
	55'	10—20	191	16	
		20—30	191	16	
		30—40	188	15	
		40—50	188	15	
	56'	50—60	192	15	
		0—10	190	15	
		10—20	189	15	
		20—30	185	15	
		30—40	178	15	
	57'	40—50	180	14	
		50—60	175	17	
		0—4	175	17	
		4—10	180	17	
		10—20	182	16	
		20—30	198	15	
30—40		190	17		
40—50		183	15		
58'	50—60	192	17		
	0—10	180	17		
	Przerwa 3 1/2 min. w kreślen. linii.				
	Przerwa 3 min w kreśleniu linii.				
1 <sup>o</sup>	1'	10—20	195	18	
		20—30	197	16	
		30—40	195	15	
		40—50	196	15	
		50—60	196	16	
	2'	0—10	193	16	
		10—20	197	16	
		20—30	200	16	
		30—40	183	16	
		40—50	191	15	
	3'	50—60	191	15	
	4'	0—10	191	15	
		10—20	187	16	
		20—30	185	18	
		30—40	186	17	
		40—50	195	16	
		50—60	197	16	
		0—10	200	19	
		10—20	205	18	
	5'	20—30	205	19	
		30—40	205	19	
		Przerwa 1 min. w kreśleniu linii. Iniekcya trzeciej równej dozy te- goż samego roztworu kofeiny, w przeciągu 30 sekund.			
		Z powodu zatkania się rurki skrze- pem, pędzelek hemodynamome- tru zaczął kreślić linię prostą; dlatego nie mogąc dalej obserwo- wać, doświadczenie zakończone.			

**U w a g i.** W niniejszem doświadczeniu przedstawia się jako główny i najwybitniejszy skutek kofeiny nader silne powiększenie ciśnienia, wzmagające się po każdej nowej iniekcji. Bezpośrednio po iniekcjach następuje wprawdzie i tu obniżenie ciśnienia, lecz takowe bardzo szybko przemija i stosunkowo jest nieznaczne. Zmiany tętna również nie przedstawiają się w tak wyraźnie typowej formie, jak w poprzednich doświadczeniach, chociaż i tu po każdej iniekcji częstość tętna się powiększa, a następnie znowu się zmniejsza. Zauważymy jednak, że gdy po trzeciej iniekcji ciśnienie dochodzi do wysokości, jaka normalnie u psów prawie nigdy nie przytrafia się, to i tętno się przyspiesza. Elewacje fal pulsowych w tem doświadczeniu okazały takie same zmiany, jak w poprzednich.

**D o ś w i a d c z e n i e V.**

Pies średniej wielkości, dosyć spokojny. Kofeina otrzymana z kawy w farmaceutycznej pracowni b. Szkoły Głównej.

Go-dziny.	Mi-nuty.	Sekundy.	Średnie ciś-nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>o</sup>	40'	40—50	167	12	Zmiany z powodu niespokojności psa. Iniekcya 7 1/2 cent. kub. 1 <sup>o</sup> -procentowego roztworu kofeiny w przeciągu 30 sekund.
		50—60	171	12	
	41'	0—10	169	12	
		10—20	171	12	
		20—30	173	13	
		30—40	173	13	
		40—50	179	15	
		50—60	184	18	
	42'	0—10	176	14	
		10—16	173	13	
		16—22	172	} 26	
		22—30	165		
		30—40	160	22	
		40—50	168	33	
	43'	50—60	167	36	
		0—10	150	37	
		10—20	131	37	
		20—30	125	37	
30—40		102	34		
40—50		103	33		
44'	50—60	90	31		
	0—10	88	28		
	10—20	95	26		
	20—30	91	24		
	30—40	84	25		
	40—50	96	24		
45'	50—60	104	22		
	0—10	112	20		
	—	—	—		
	—	—	—		

Przerwa w pisaniu linii.

Go- dziny	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ciś- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>0</sup>	47'	10—20	156	12	
		20—30	158	11	
		30—40	161	8	
		40—50	161	8	
		50—60	161	8	
	48'	0—10	162	10	
		10—20	166	8	
		20—30	166	9	
		30—40	166	9	
	50'	10—20	164	11	
		20—30	162	12	
		30—35	161	23	
		35—40	160	20	
		40—50	155	18	
		50—60	161	28	
	51'	0—10	169	26	
		10—20	187	22	
		20—30	174	17	
30—40		172	18		
		40—50	180	18	

Injekcja drugiej równej dozy tegoż samego roztworu, w przeciągu 25 sekund.

U w a g i. W 5 doświadczeniu po pierwszej dość znacznej dozie (około 1¼ grana) widzimy znowu najpierw znaczne obniżenie ciśnienia, z wielkim przyspieszeniem tętna. Wkrótce jednak ciśnienie znowu wzrasta, a tętno się zwalnia, lecz zwolnienie tętna następuje jeszcze w czasie opadania ciśnienia, wyprzedza więc wzrastanie ostatniego. W następstwie, gdy ciśnienie wróciło już prawie do normy, tętno nawet znacznie jest wolniejsze od normalnego. Po drugiej iniekcji z początku okazuje się zwykły skutek, t. j. obniżenie ciśnienia i znaczne przyspieszenie tętna, lecz pierwsze nader szybko ustępuje miejsce podwyższeniu, przechodzącemu nad stan normalny, gdy tymczasem częstość tętna wolniej się zmniejsza i przy końcu doświadczenia nie powróciła jeszcze do normy.

Ciekawem przy tem doświadczeniu jest zachowywanie się fal tętna, spisanych kimografionem, albowiem wraz z obniżeniem ciśnienia i przyspieszeniem tętna wysokość fal zmniejsza się z 30 na 2 mm.; w miarę wracania się pierwszych do normy, również i fale stają się coraz większemi i nawet przewyższają wysokość fal normalnych. To samo się powtarza po drugiej iniekcji, gdzie przy końcu doświadczenia wysokość fal dochodzi aż do 40 mm.

Doświadczenie VI.

Pies średniej wielkości, nie bardzo spokojny. Kofeina pochodząca ze składu materiałów aptecznych.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ciś- nienie krwi w młm. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>o</sup>	45'	20—30	158	13	Pies niespokojny, rzucił się.  Injekcja 7 cent. kub. 1-procentowego roztworu kofeiny, w przeciągu 35 sekund.
		30—40	163	12	
		40—50	160	12	
		50—60	163	12	
	46'	0—10	171	13	
		10—20	168	12	
		20—30	157	12	
		30—40	162	12	
	47'	40—50	163	12	
		50—75	—	—	
		15—20	170	—	
		20—30	165	15	
48'	30—40	156	17		
	40—50	151	16		
	50—60	148	27		
	0—10	158	22		
	10—20	167	23		
	20—30	169	22		
49'	30—40	167	19		
	40—50	169	14		
	50—60	168	15		
	0—10	166	14		
52'	10—20	169	15		
	20—30	169	15		
	30—40	170	16		
	—	—	—		
53'	—	—	—		
	40—50	182	16		
54'	50—60	179	17		
	0—10	172	18		
	10—20	176	18		
	20—30	173	17		
	30—40	176	18		
	40—50	184	17		
54'	50—60	183	16		
	0—10	179	17		
	10—20	180	17		

U w a g i. Doświadczenie 6te przedstawia poniekąd typowy przebieg zmian w krążeniu po iniekcji średniej dozy kofeiny, t. j. z początku krótkotrwałe i bardzo znaczne przyspieszenie tętna wraz z obniżeniem ciśnienia, następnie powolne wracanie jednego i drugiego prawie do normy, a następnie podwyższenie



tętna nad normę z małym przyspieszeniem tętna. Wysokość fal w tym przypadku nie daje się oznaczyć, gdyż z powodu niespokojności psa, linie na kinografonie dały się tylko nakreślić przy na w pół zamkniętym kruczku w hemodynamometrze.

(Dalszy ciąg nastąpi)

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Anatomia patologiczna przepuklin kiszkowych i o ich uwięźnieniu (*incarceratio*).

Przez Dra Friedricha P a u l i.

Streścił Jakób Gutwein, lekarz praktykujący w Warszawie.

Nie można dokładnie oznaczyć liczby warstw pokrywających worek przepuklinowy. Im dawniejszą jest przepuklina, tém więcej warstw powinniśmy się spodziewać znaleźć, nie należy jednak sądzić aby z powiększeniem się przepukliny szło w parze wytwarzanie się nowych warstw otaczających jęj worek, albowiem spotyka się znaczne przepukliny których worek leży bezpośrednio pod skórą.

Liczba warstw powiększa się także przez nacisk poduszczonej opaski przepuklinowej; warstwy te złożone z tkanki komórkowatej są jużto ścięte, już zgrubiałe, a niekiedy tworzą się pomiędzy niemi torbiele surowicze dające niekiedy powód do pomyłek przy operacjach przepukliny, zwłaszcza jeżeli z tych torbieli wylewa się surowica podobna do surowicy w worku przepuklinowym się znajdującej. Tłuszcz również niekiedy zaciemnia wygląd worka przepuklinowego. Tkanka włóknista znajdująca się przy otworach przepuklinowych z czasem staje się wiotką i podatną a nie sztywną i dla tego nie staje się przyczyną zaciśnięć. Jeżeli zaś przeciwnie tkanka komórkowata pomieszana z tkanką włóknistą tworzy otwory kanałów przepuklinowych, jak to ma miejsce przy otworze górnym kanału pachwinowego albo w miejscu gdzie się tworzy przepuklina udowa, to ta tkanka zamienia się powoli na włóknistą, staje się do pewnego stopnia nierozciągliwą a ztąd niekiedy przyczyną zaciśnięcia być może. Przy tworzeniu się przepuklin, jak to wykazali: S c a r p a, R i c h t e r, D u p u y t r e n i inni, otrzewna oddziela się od ściany brzusznej, przedłuża i tworzy takim sposobem worek przepuklinowy który otacza występujące kiszki. Po odjęciu przepukliny do jamy otrzewnej worek przepuklinowy zwykle pozostaje na zewnątrz, jakkolwiek i on może być odprowadzony, a wtedy zdarza się czasami że w chwili kaszłania przepuklina nie uwytadnia się, lecz po pewnym dopiero, krótszym lub dłuższym czasie. Fakt ten jest niezaprzeczony, lecz wytłumaczenie jego jest dotychczas niewystarczające. Jeżeli zaś przy inkarceracyi przepukliny odprowadzi się ją razem z jęj workiem, to wystawia się chorego na niebezpieczeństwo, albowiem daje się powód do inkarceracyi wewnętrznej.

Czasami worek przepuklinowy przedstawia wygląd kielbasy pośrodku lub w jednej jęj trzeciej części przewiązanej, powstaje to przez skurczenie się otrzewnej w tych miejscach gdzie się znajdują pierścienie kanałów. Karby takie, jeżeli spotyka się przy operacyi przepukliny są zawsze dowodem dłuższy czas trwającego nacisku, a dla operatora są niezajrzeczoną wskazówką że ma do czynienia z workiem przepuklinowym, a nie z kiszką.

Wytworzenie się podobnego worka może nastąpić w samym kanale jeszcze, przy czem zewnętrzny i wewnętrzny pierścień kanału pachwinowego wywiera nacisk na worek przepuklinowy.

Pod wpływem długotrwałego zasznurowania szyjka worka przepuklinowego zgęszcza się niekiedy, traci powoli swoją rozciągliwość, a w skutek tego mniejsza tylko część kiszki niż poprzednio może wystąpić, tak że spostrzegano nawet wypadki zupełnego w ten sposób zamknięcia jamy worka przepuklinowego i radykalnego uleczenia przepukliny, chociaż czasami i inkarceracya w taki sposób powstać może.

Takie zmiany w worku przepuklinowym uważano już dawniej, i to nie bez słuszności, jako następstwa zapalenia; nie należy jednak sądzić jakoby one powstały w skutek zapalenia

ostrego: powstają one w skutek zapalenia chronicznego, którego przyczyną jest nacisk opaski przepuklinowej na worek przepuklinowy. Nie jest to wszakże chroniczne zapalenie otrzewnej, albowiem otrzewna traci tu pierwiastkową swoją czułość i wrażliwość i tem bardziej zmienia swoją naturę, im bardziej worek przepuklinowy grubieje.

Rzadko kiedy, wszakże zdarza się, że znaczna ilość naczyń wytwarza się na szyjce worka przepuklinowego.

Zupełne zarośnięcie szyjki worka przepuklinowego uważamy jako radykalne uleczenie przepukliny, nie znamy jednak wypadku całkowitego zarośnięcia całego worka, jakkolwiek zdarzało mi się widzieć nagromadzenie surowicy w worku przepuklinowym po zarośnięciu jego szyjki, inni zaś spostrzegali w nim ropę i krew.

Co się tyczy zgrubienia worka przepuklinowego, to takowe podawano wielokrotnie, jakkolwiek niezupełnie słusznie, w wątpliwość. Normalnie wprawdzie worek przepuklinowy nie grubieje, jednakowoż przy większych przepuklinach pachwinowych od reguły tej są wyjątki. Ja sam z 125 operowanych przepuklin w 9 wypadkach przepukliny pachwinowej i w dwóch wypadkach przepukliny udowej znalazłem mniejsze lub większe zgrubienie worka powstałe już to z miększej, już też twardszej a nawet włóknisto-chrząstkowej tkanki.

Tak samo jak przepuklina może być otoczona zgrubiałym workiem przepuklinowym, tak samo też niekiedy worek ten jest nadzwyczaj cienki i do kiszki ściśle przylega, tak że nie ma wcale wody przepuklinowej; stan taki przedstawia jak największe trudności przy operacji przepukliny. Zupełny brak worka przy przepuklinach jest niezmiernie rzadkim, wszakże możebnym jest przy następujących okolicznościach: 1) Jeżeli w przepuklinie znajdują się części kiszki niezupełnie albo wcale niepokryte otrzewną jak np. kiszka ślepa, której jedni przyznają że jest w zupełności pokryta otrzewną (A m u s s a t, B a r d e l e b e n, L i n h a r t), inni że tylko w części (D a n z e l) a ztąd pierwsi utrzymują że przepuklina tej kiszki ma worek, ostatni zaś że go nie ma, jakkolwiek myśmy w jednym przez nas obserwowanym wypadku przepukliny kiszki ślepej, worek także znaleźli.

Wrodzoną przepuklinę pachwinową zewnętrzną zaliczano także do przepuklin bez worka, jednak czyniono to niesłusznie.

Oprócz tego przy różnych jeszcze okolicznościach może brakować worka przepuklinowego i tak: przy drugiej operacji jednej przepukliny znaleziono kiszkę zaraz pod skórą, albowiem zranione brzegi worka przepuklinowego przy pierwszej operacji nie zrosły się z sobą lecz z pokrywającą ten worek skórą. Toż samo może także mieć miejsce w skutek rozdarcia worka przepuklinowego przy nadaremnych usiłowaniach odprowadzenia przepukliny, jak to P i t h a w przeciągu 3 lat 6 razy obserwował.

Do rzadszych także wypadków należy zropienie worka przepuklinowego. D i e f f e n b a c h i E m m e r t podają takie wypadki, a i nam zdarzyło się podobne wypadki obserwować, przy czem przekonaliśmy się, że ropienie to pierwotnie wystąpiło w sieci, a wtórnie dopiero w worku przepuklinowym.

Opaska przepuklinowa nie daje nigdy powodu do ropienia, co najwięcej do złepnego zapalenia ścian worka, a w skutek tego do radykalnego uleczenia przepukliny. I w rzeczy samej przyjąć należy, że sieć ta, która przeszła w ropienie musiała poprzednio uleść pewnym zmianom organicznym a dopiero później, z przyczyn traumatycznych jakkolwiek uległa ostremu zapaleniu z zejściem w ropienie, albowiem gdybyśmy tego przypuszczenia nie przyjęli, takie zropienie worka przepuklinowego musiałoby być częstszem.

Godnym uwagi w obserwowanym przez nas wypadku zropienia sieci było to, że przypadłości były podobne do przypadłości towarzyszących inkarcercacji kiszki. Tylko jedynym znakiem rozeznawczym była czerwoność skóry i nieznaczne pod nią chelbotanie. Toż samo było w wypadku E m m e r t a, i zdaje się że i D i e f f e n b a c h a.

H y r t l przypuszczał także możebność nieobecności worka przy przepuklinie udowej, lecz tłumaczył to w sposób niewystarozający; toż samo tyczy się przepukliny pępkowej.

## O inkarceracyi przepuklin.

Rozmaite były mniemania co do przyczyny inkarceracyi. Fallopius, Riola n byli mniemania że w pierścieniach pachwinowym i udowym siła jakaś skurozowa staje się przyczyną inkarceracyi. Dupuytren przypuszczał że w  $\frac{3}{4}$  wypadków przepukliny pachwinowej inkarceracya następuje przez szyjkę worka przepuklinowego, Maligne był również tego zdania, z tą wszakże różnicą, że jako przyczynę inkarceracyi przy przepuklinach udowych uważa otwory blaszki przedziurawionej. Angielscy chirurgowie powód inkarceracyi widzą w pierścieniach kanałów. Gosselin nareszcie, i to najsluszniej, uważa jako powód inkarceracyi i szyjkę worka przepuklinowego i pierścienie kanałów, albowiem w tych wypadkach w których pierścienie kanałów już same przez się są szczuplemi, szyjka worka przepuklinowego zostaje więcej uciśniętą, a stąd grubszą i skłonniejszą do przerostu aniżeli wtedy kiedy pierścienie te są obszerne. Joberrowi (de Lamballe) należy się największa zasługa wykazania, przez doświadczenia na zwierzętach czynione, zmian patologicznych przy inkarceracyach. Z doświadczeń tych wypada że w zaciśniętej części kiszki z początku powstaje przekrwienie żyłne, potem zastój krwi, a w końcu zapalenie. Błona surowicza traci blask, silna czerwoność jej przechodzi powoli, przez powiększające się coraz bardziej nacieczenie krwiste błony surowiczej, mięsnej i śluzowej, w kolor brunatny, a nawet czarny i w skutek tego nacieczenia, ściana kiszki grubieje. W dalszym ciągu, jako następstwo utrudnionego chłonięcia tworzą się małe przedziurawienia przez które przechodzą gazy, a w końcu powstaje zgorzel kiszki. Jeżeli operacya wykonywa się w czasie kiedy jeszcze nie potworzyły się przedziurawienia kiszki, to po zniesieniu inkarceracyi można tak zmienioną kiszkę odprowadzić, jeżeli zaś dotykając delikatnie gąbką niema na niej śladu krwi i na szaro-czarnej, miękkiej, bez połysku tkance, dają się dojrzeć małe otworki przez które uchodzą gazy, to taką część kiszki strzedz się należy do jamy brzusznej odprowadzić, albowiem po odpadnięciu części uległej zgorzeli kał wyleje się do jamy otrzewnej. Czas potrzebny do przejścia zaciśniętych kiszki w zgorzel jest rozmaity, tém krótszy im zaciśnienie silniejsze. Im szczuplejszy jest pierścień zaciskający i im mniejsza część kiszki uległa inkarceracyi, tém zgorzel jej szybciej następuje. Obserwacya również nauczyła że wszystkie inkarceracye kiszki samych, bez inkarceracyi jednoczesnej sieci, przedziej i gwałtowniej przebiegają aniżeli gdy i sieć równocześnie została zaciśniętą, gdyż ta, podług Richtera ma chronić kiszki od ucisku przez pierścienie kanałów. Wynika z tego także że małe przepukliny wywołują gwałtowne przypadłości.

Rezultaty operacyi przepuklin przy inkarceracyach ich, są gorsze jeżeli zawartością przepukliny jest sama tylko kiszka, aniżeli wtenczas kiedy i sieć zawartość jej stanowi. Skutkiem inkarceracyi sieć ulega małym tylko zmianom, mianowicie przekrwieniu żylnemu a wydatnych śladów zapalenia jej, lub zejść takowego zapalenia nie spostrzegamy jako to: zlepów lub ropienia. Zgrubienie i stwardnienie sieci przy inkarceracyach dawniejszych jest głównym śladem zapalenia który ja spostrzegałem, i lubo przerodzoną już sieć nie odprowadzałem nigdy do jamy brzusznej, z obawy aby ona nie działała drażniąco jako obce ciało i nie wywołała zapalenia, odcinałem przeciw takową przy samych ścianach brzusznych.

Po otwarciu worka przepuklinowego wylewa się zawarta w nim zwykle żółtawo-wodnista ciecz, zwana wodą przepuklinową. To jest zarazem najpewniejszym znakiem że widoczny teraz guz jest kiszka lub siecią, albo jednym i drugim. Niekiedy jednakowoż w worku niema takiej cieczy a wtedy pomiędzy workiem a kiszka zwykle niema bezwzględnie zlania się ich lecz poprostu dotykają się one, lub zlepami są połączone. Im świeższa inkarceracya tem jaśniejszą jest ciecz ta, przeciwnie im dłużej trwa i im gwałtowniejszą jest tem jest ciemniejszą, aż do koloru jasno-czerwonego, a przy zbliżającej się zgorzeli ciecz ta brudno-czerwoną stać się może, a jeżeli i gazy równocześnie się wydalają to jest dowodem przedziurawienia kiszki. Woda przepuklinowa jest widocznie produktem zapalnym błony surowiczej kiszki. Równocześnie z tem tworzą się słabsze lub silniejsze zlepki kiszki lub sieci z workiem przepuklinowym. Zropienia i owrzodzenia worka jako pierwotne nigdy nie występują i tém różni się takowy od otrzewnej w jamie brzusznej zawartej. Jak skoro nastąpi

zapalenie i błony surowiczej kiszki, wydzielina surowicza, a rzadziej surowiczo-ropna staje się bardzo obfita, a w takim razie przy sekyi znajduwałem rozległe zapalenia kiszek cienkich i zlepy rozdętych gazami kiszek pomiędzy sobą. Zlepy te są właśnie powodem dla którego przy przedziurawieniach kiszek z powodu ich zgorzeli kał nie wylewa się do jamy otrzewnej.

W ogóle przyjąć należy że ilość i jakość wody przepuklinowej jest w stosunku do stopnia zapalenia inkarcerowanej kiszki. Jeżeli worek przepuklinowy jest tak naprężony że nie można pincetą w fałdę go ująć, to należy się spodziewać mocnego zaczerwienienia kiszki i znacznej ilości wody i wtedy można worek przepuklinowy otworzyć poziomo poprowadzonym cięciem bez obawy jednoczesnego zranienia kiszki. Przeciwnie rzecz się ma, jeżeli łatwo fałda ująć się da, wreszcie wspomnieć należy że naprężenie worka nie zawsze jest w stosunku do zafarbowania wód przepuklinowych. Im dłużej zapalenie trwa w pierwotnym swoim nasileniu, tem więcej obawiać się należy przejścia jego w gangrenę, sama nawet ilość wód przepuklinowych w takim razie zmniejsza się, ztąd też należy podejrzewać gangrenę wtedy kiedy przy istniejących objawach inkarceracyi naprężenie guza zmniejszy się cokolwiek.

Nie należy takich wód pomieszanych ze krwią w stanie rozkładu będącą mieszać ze krwią jaką znajdujemy w worku przy gwałtownych próbach odprowadzenia przepukliny, albo innych działaczach gwałtownych, gdyż taki wylew krwi jest jaśniejszy i świeższy aniżeli ten który znajdujemy przy rozpoczynającej się gangrenie.

Jeżeli zwrócimy uwagę na to że przy przepuklinach sieci samój lub obok przepukliny kiszek w których sieć tę z powodu znacznej jej objętości, lub też przerodzenia jej, do jamy brzusznej odprowadzić nie można, że takową sieć można odciąć, to przekonamy się że inkarceracye sieci, same przez się, nie są w stanie wywołać objawów inkarceracyi, że zatem niebezpieczeństwo zależy od przejścia oddzielonej części sieci w zgniły rozkład i od powstałej ztąd posocznicy. A zatem niebezpieczeństwo inkarceracyi, samiej tylko sieci, zależy jedynie od zatrzymania posoki w worku przepuklinowym, otworzenie przeto tego ostatniego oddala, wszystkie ztąd mogące wyniknąć, złe następstwa. Jeżeli więc podczas operacyi przepukliny przekonamy się że kiszka nie jest inkarcerowana, to nawet wtedy kiedy sieć jest już przerodzona można nie zrobić nacięcia w uciskającym pierścieniu, a niewprawna ręka uniknie w ten sposób możliwego poranienia tętnicy nadbrzusznój lub zasłonowej.

Na początku zeszłego stulecia francuzki chirurg *L i t t r e* opisał nieznaną jeszcze do tego czasu szczególny rodzaj przepukliny, w której znajduje się tylko jedna ściana kiszki. Ten rodzaj przepukliny przyjęli wszyscy chirurgowie od owego czasu, lecz *R o s e r* w nowszych czasach zaprzeczył jej istnienie, opierając się na tem, że setki chorych na przepuklinę nie wiedzą o tem że ją mają i o chwili jej powstania nie mogą nic powiedzieć.

Tak się rzeczy mają w znaczniejszej liczbie przepuklin, jednakże znamy wypadki w których przepukliny powstają *n a g l e*, i pod działaniem bodźców mechanicznych jako to: kaszłania, kichania, wymiotów, albo też zeskoknięcia, uderzenia i t. p. Ja sam obserwowałem trzy takie wypadki: przepukliny te były inkarcerowane i skutkiem operacyi dwa wypadki z tych zakończyły się pomyślnie. Przypuszczenie *R o s e r*'a, polegające na tem: że kiszka mająca w przecięciu 27 milimetrów nie mogłaby przejść przez otwór 11<sup>o</sup> milimetrowy nie jest wystarczające, albowiem cienka i gładka ściana kiszki może przy nadymaniu się przejść przez otwór, który w fizyologicznym stanie jest węższy, lecz chwilowo mechanicznie się rozszerza.

Przez doświadczenia na żywych zwierzętach nie można nic stanowczego wykazać, albowiem mięśnie przy podobnym doświadczeniu, przez sam wpływ przestrichu, zostają sparaliżowane.

*D a n z e l* podał dwie ciekawe obserwacye, oraz badania pośmiertne z praktyki *M ü n c h m e y e r*a w Lüneburgu, z których dowiadujemy się że przepukliny *L i t t r e*'go nie istnieją wyłącznie tylko jako przepukliny udowe, ale mogą to być i przepukliny pachwinowe w których miejscem zacisnienia jest otwór wewnętrzny kanału pachwinowego. Wiadomym przy tem jest, że w przepuklinach takich oprócz kiszek i sieci mogą się znajdo-

wać i inne organa jako to: pęcherz, jajnik, jądra, jajowody, nawet pęcherzyk żółciowy i t. p. Lecz takie wypadki są rzadkie bardzo i ja w mojej własnej praktyce raz jeden tylko oprócz kiszek i sieci znalazłem pęcherze wągrowca, a największe menormalności widzieć się dają w sieci która rozmaite niekształtności przedstawia; między innemi widziałem dwa wypadki, w których sieć tworzyła rodzaj więzu wychodzącego od szyjki worka przepuklinowego i dwa razy okręcała kışkę lecz zaciśnienia nie spowodowała, i jeden wypadek podobny, lecz w samej jamie otrzewnej stał się powodem zaciśnienia wewnętrznego.

Ten ostatni wypadek jest jedynym w mojej praktyce, gdzie sieć musiałem uznać jako przyczynę zaciśnienia, we wszystkich innych wypadkach, nawet przy znacznem przerodzeniu sieci nie mogłem takowej z wszelką pewnością uważać jako wywołującą inkarceracyę.

W ogóle przyjęc należy że sieć sama, czynnie nigdy nie powoduje zaciśnienia, nawet wtedy kiedy przerodzeniu uległa, lecz zaciśnienie to przez sieć następuje tym tylko sposobem, że stosunek kiszek do sieci zmienia się. Nawet i wtedy kiedy kışka jest powleczonea siecią w kształcie worka ją otaczającego, sieć czynnie nie powoduje zaciśnienia lecz przestrzeń tego worka niedostatecznie się powiększa odnośnie do większego coraz wypadania kiszki. Sieć tylko wtedy może zaciskać jeżeli już nawet śladu elastyczności swęj nie posiada i przerodzoną jest w rodzaj twardego powrózka.

Najczęstszą uwięzioną przepukliną jest i pozostanie zawsze przepuklina kışkowa. Podano kilka teoryi dla jej wytłumaczenia, te jednak nie są wystarczającemi. Najprawdopodobniej inkarceracya pierwotnie powstaje zawsze przez zmianę stosunków z jednej strony pomiędzy kışką i siecią, a workiem przepuklinowym a głównie szyjką jego z drugiej. Do takiego sposobu powstania inkarceracyi prowadzi wszystko to, co pomnaża zawartość worka przepuklinowego, albo to co ścieśnia jego szyjkę.

Do pierwszego rodzaju przyczyn należy: kaszlanie, wymioty, kichanie, gwałtowny śmiech, skakanie, podnoszenie ciężarów i t. p. albowiem przy tém powstaje skurcz mięśni brzusznych i przepony, zmniejszenie jamy brzusznej i wciskanie się kiszek do kanałów przepuklinowych. Do drugiego rodzaju przyczyn zaliczyć należy wszelkie zmiany patologiczne w skutek których worek przepuklinowy, a głównie jego szyjka traci moc naprężenia się i obszerność — tu należy przerost.

Równowaga pomiędzy workiem przepuklinowym a jego zawartością zuiesioną zostaje przeważnie przez tę ostatnią, a głównie przez kiszki. Przy obecności wyżej już wspomnianych przyczyn usposabiających, już to przez spożycie znacznej ilości trudno strawnych, a przytem rozdymających pokarmów, już to pod wpływem zaziębnienia w błonie mięsnej kiszek, i tak już drażliwszych skutkiem zmiany ich położenia, może powstać kurecz, w skutek którego w systemacie żylnym następuje zastój. W skutek tego zastój objętość kiszki i sieci się powiększa, a w skutek długotrwałego przekrwienia powstaje i zapalenie. Ponieważ rozwijające się zapalenie obejmuje wszystkie błony kiszek, przeto też i nie zaoszczędza błony surowiczej, a następstwem jej zapalenia jest wysięk surowiczy: woda przepuklinowa. Jeżeli zapalenie to przepukliny przeniesie się następnie na otrzewną i na kiszki w jamie brzusznej położone, to wytwarza się tu wysięk i zdarza się przy operacyach przepukliny że 10 do 12 uncyi płynu zostaje ztąd wydalonych. W skutek nagromadzenia się surowicy w worku przepuklinowym naprężenie w całej przepuklinie się powiększa i odprowadzenie kiszki staje się niemożliwym, albowiem brak tu głównego do odprowadzenia warunku to jest: równomierności nacisku kiszki przy występowaniu jej z kanału przepuklinowego, prócz tego także, szyjka worka przepuklinowego skutkiem powiększającej się coraz bardziej objętości kiszki staje się względnie zaciśną dla łatwego przepuszczenia jej. Niepodatne pierścienie powięziowe uzupełniają wreszcie uwięzienie.

Od chloroformu przeto przy odprowadzeniu przepukliny tylko w początku inkarceracyi możemy się spodziewać skutku, to jest wtedy kiedy skurcz mięśniowy kiszek nie wywołał jeszcze żadnych zmian materyalnych.

Wszystko co dotychczas powiedzieliśmy stosuje się do wszelkiego rodzaju inkarceracyi spowodowanych już to przez kanały przepuklinowe, już to przez szyjkę worka przepuklinowego. Nastęrcza się jednak bardzo ważne dla wyboru operacyi pytanie: czy można przed

operacją rozróżnić inkarceracye spowodowane przez kanały przepuklinowe od inkarceracyi przez szyjkę worka przepuklinowego spowodowanych? Przedewszystkiem musimy nadmienić, że pytanie to nie zawsze da się rozstrzygnąć i dla tego postaramy się kwestyę tę cokolwiek rozwinąć. Za zasadę do uważania szyjki worka przepuklinowego jako powód inkarceracyi podaje S c a r p a następujące: 1) Jeżeli od dzieciństwa lub młodości istniała przepuklina w worku mosznowym która przedtem nie przedstawiała guza w okolicy pachwinowej. Znak ten ma znaczenie jeżeli nie było przy tém puchliny jąder. 2) Jeżeli utrzymywana przez długi czas za pomocą paska przepuklina, po zdjęciu takowego przy wysileniu nagle wystąpi. 3) Jeżeli pomiędzy kanałem a przepukliną znajdziemy rodzaj przestworu. 4) Jeżeli przy odprowadzaniu częściowo tylko przepuklina wchodziła. Znak ten jest bardzo ważny. 5) Jeżeli nad pierścieniem brzuszny znajdziemy guz, którego poprzednio nie było. 6) Jeżeli chory skarży się na ból jednakowy czy z jednej, czy z drugiej strony pierścienia brzuszego gdy na guz się naciska. To jednak nie jest pewnem. 7) Jeżeli przy kaszaniu w położeniu stojącym górny guz znowu się pokazuje a przepuklina przyjmuje napowrót tę samą objętość i to samo położenie jak przed próbą odprowadzenia. I ten znak nie jest pewny. S c a r p a tylko z współistnienia wszystkich tych okoliczności chce wnioskować o zaciśnięciu spowodowanem przez szyjkę worka przepuklinowego, jednakowoż to następuje się rzadko tylko.

Zdaje mi się, że dla zrobienia sobie dokładnego pojęcia o inkarceracyi, nie trzeba spuszczać z uwagi sposobu jęj powstania. Przepuklina powstaje zwykle powoli i nieznacznie. Z początku można ją razem z workiem przepuklinowym odprowadzić do jamy brzusznej. W tymto czasie, kiedy worek przepuklinowy nie zrósł się jeszcze z sąsiednimi częściami i nie umocował zewnątrz jamy brzusznej, zdarza się że przepuklina kilka dni nawet przy kaszlu nie występuje a chory łudzi się radykalnem jęj uleczeniem. Jeżeli się jednak przepuklinę, nawet w swym początku jęj powstania nie odprowadzi, to zrosnie się ona z otaczającą tkanką łączną, czemu dopomaga zwykle nacisk paska przepuklinowego. Szyjka worka przepuklinowego szczególnie, w skutek tego nacisku traci swoją kurczliwość i zrasta się częściowo lub zupełnie z kanałem przepuklinowym, i ułatwia przez to powstanie inkarceracyi. Nie pomylimy się jeżeli przyjmiemy, że przyczyną inkarceracyi świeżej przepukliny jest pierścień kanału, toż samo gdy nastąpi inkarceracya przepukliny takięj gdzie nie noszono nigdy paska.

Przyczyną zaś inkarceracyi przepuklin starszych, lub takich przy których noszono pasek jest szyjka worka przepuklinowego.

Prawie z pewnością możemy twierdzić że przyczyną inkarceracyi jest szyjka worka przepuklinowego gdy: 1 chory dawniej po odprowadzeniu przepukliny mógł palec głęboko do kanału wprowadzić i wyczuć ostre jego ograniczenie; a teraz w skutek przerosnięcia szyjki worka przepuklinowego, palec mniej głęboko do kanału wprowadzić może a brzegi jego są tępe, prawie miękkie. 2. Gdy przy odprowadzeniu przepukliny tylko część guza wchodzi, druga zaś część przy istniejących lub powiększających się nawet przypadłościach inkarceracyi nie może być odprowadzoną.

Przy inkarceracyi przepukliny spowodowanej przez pierścień, można całą zawartość przepukliny odprowadzić.

Pozostaje nam jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie: czy po otwarciu worka przepuklinowego jesteśmy w stanie rozróżnić inkarceracyą spowodowaną przez pierścień od inkarceracyi spowodowanej przez szyjkę worka przepuklinowego, i że jaką mamy pewność że mamy przed sobą worek przepuklinowy?

Mamy przed sobą worek przepuklinowy dopiero, a nie kiszki: 1. Jeżeli przecięte dotychczas warstwy komórkowe lub włókniste były cienkie odpowiednio objętości i czasu trwania przepukliny. 2. Jeżeli przy przecinaniu tych warstw nie wypłynęła jeszcze woda przepuklinowa. 3. Jeżeli na powierzchni guza znajdują się nierówności. 4. Jeżeli w którymkolwiek miejscu guza, a szczególnie w jego części dolnej daje się dojrzeć przejrzystość zależąca od wody przepuklinowej. 5. Jeżeli na guzie znajdziemy tłuszcz, choćby w jak najmniejszej ilości, albowiem na błonie surowiczej kiszki niema nigdy śladu tłuszczu. 6. Jeżeli przy podstawie rany nie można palcem dostać się do miejsca zaciśnięcia. 7. Jeżeli guz nie

jest zupełnie gładki. 8. Jeżeli pincetą można z guza zdejmować cienkie warstwy komórkowe albo nitki komórkowe. 9. Jeżeli guz niema kształtu okrągłego, owalnego, lub podługowatego.

Mamy przed sobą kiszkę: 1) Jeżeli guz nie jest nierówny, lecz przy przepuklinie udowej ma kształt okrągły, kulisty, rzadziej owalny, a przy przepuklinie pachwinowej ma postać podługowatą, gruszkowatą, i jest przytém gładki. 2) Jeżeli woda przepuklinowa odpłynęła już. 3) Jeżeli daje się rozeznąć pętla kiszki. 4) Jeżeli oprócz kiszki spostrzegamy i sieć. 5) Jeżeli guz jest zupełnie gładki. 6) Jeżeli kolor guza jest ciemno-czerwony, brązowy, albo czarno-szary, bez blasku. 7) Jeżeli naczynia przebiegają więcej w kierunku poprzecznym. 8) Przypuszczano również że po przecięciu worka przepuklinowego można wyciągnąć cokolwiek ucisniętą pętlę kiszki. To jednak jest mylném, albowiem miejsce ucisnione pozostaje zawsze nieruchomém. 9) Dla rozstrzygnięcia wątpliwości czy już kiszki mamy przed sobą czy jeszcze nie, radzono naciąć kanał przepuklinowy; lecz podług mnie na nic to się nie przyda. Guz odprowadzi się tym sposobem, i to albo kiszka sama, albo razem z workiem przepuklinowym.

Jeżeli pamiętać będziemy wszystkie znaki wskazujące obecność kiszki, jak również wszystkie znaki przemawiające za obecnością worka przepuklinowego, to nawet mało wprawnemu łatwo będzie rozróżnić czy w danym wypadku ma do czynienia z kiszką, czy z workiem przepuklinowym.

### Wiadomości bieżące.

— † Przed kilku tygodniami (Nr. 5) donieśliśmy o zgonie *Professora Albrechta v. Grafę*; pozwolą zapewne szanowni czytelnicy naszego pisma, że się obecnie nieco szczegółowiej zastanowimy nad żywotem tego zawezesnie zgasłego męża i uwydatnić postaramy się chociaż niektóre z licznych pamiątek jego działalności. Śmierć tego człowieka dotknęła boleśnie nie tylko ciało lekarskie ale i ludzkość cała, nie ma bowiem lekarza któryby ś. p. *Gráfem* u palmy pierwszeństwa pomiędzy współczesnymi okulistami nie przyznał, z drugiej zaś strony śmiało twierdzić możemy, że żaden z współczesnych okulistów nie posiada tych danych od natury, tego wszechstronnego wykształcenia, tej żelaznej w pracy wytrwałosci, jedném słowem tych wszystkich warunków, których zjednoczenie w jednym człowieku robi go człowiekiem epoki. Praca i poświęcenie ludzkości sił nadwątlonych, zwolna lecz zabojezo nurtującą chorobą, zabiły tego człowieka w okresie życia najbardziej produktywnym. Pracy tylko i poświęceniu bez względu na stan zdrowia tę przedwczesną śmierć ś. p. *Gráfego* przypisać musimy i przepowiadaliśmy mu krótkie życie jeszcze przed 10-ciu laty, w którym to czasie mieliśmy szezęście korzystania z jego bogatej i twórczej wiedzy.

Pozwolimy sobie przypomnieć czasy owe dla wykazania słusznosci tych naszych przepowiedni: mając dozwolony wstęp do prywatnego księgozbioru *Gráfego*, już o 8ej godzinie z rana zastawaliśmy go dyktującego swe znakomite prace sekretarzowi, o 10 słuchaliśmy jego teoretycznych w klinice wykładów; o 12ej byliśmy obecni przy przyjęciu chorych przychodnich, które wraz z wykonaniem operacyi przeciągało się nieraz do godziny 5 po południu; o 6ej prof. *Gráfę* przyjmował chorych przychodnich w swoim prywatnem mieszkaniu, a następnie od 8, drugiemu już sekretarzowi, dyktował swoje w ciągu dnia pozbierane spostrzeżenia i powzięte wnioski. Jeżeli do tego porządku dziennego dodamy odwiedzanie chorych w klinice stale się mieszczących, których liczba nieraz 100 przenosiła i czas potrzebny na przejrzenie bieżącej publicystyki oraz prac nadsyłanych do wydawanego przez ś. p. *Gráfego* *Archiwu*, to zadziwić się tylko będziemy mogli, jak człowiek przy tym ogromie pracy, wyczerpującej nie tylko umysłowe ale i fizyczne siły, roku 42 życia doczekał.

Ś. p. prof. *Gráfę* urodził się w Berlinie w roku 1828, z ojca słynnego w swoim czasie profesora chirurgii Karola *Gráfego*, który naszego miasta, Warszawy był synem. Studya lekarskie odbył w Berlinie i tamże w roku 1848 pozyskał stopień *Dra* medycyny; następnie po kilkoletniej naukowej po Europie podróży, otworzył w Berlinie swą prywatną

klinię i mianowany został honorowym professorem tamcznego Uniwersytetu. Od roku 1854 rozpoczął wydawnictwo znakomitego Archiwu Oftalmologicznego, do którego redakcyi jakkolwiek po roku przystąpili professorowie Arlt i Donders, jednak każdy przyzna, że s. p. Gräfe najwięcej pracy przykładał, gdy się przekona że 15-letnie to wydawnictwo zasilone zostało pracami jego pióra, zajmującemi przeszło 180 arkuszy druku. W roku 1866 nominowanym został nadzwyczajnym professorem oftalmologii, a jako rozprawę habilitacyjną przedstawił znakomitą swą pracę p. t. „*Symptomenlehre der Augenskellämungen.*“ W ostatnich latach kilkokrotnie zmuszonym był, coraz to bardziej rozwijającą się piersiową chorobą przerywać ciąg swoich pouczających wykładów, prawie do śmierci jednak był w miarę możności czynnym, a na 3 tygodnie przed śmiercią (jak nam donosił jeden z jego pacjentów) zrobił w ciągu kilku godzin dwadzieścia kilka operacyj, które jednak zapewne ostatniemi były jego trofeami, po ich wykonaniu bowiem padł na krzesło i omdlał z wysilenia.

Prace drukiem przez s. p. Gräfe'go ogłoszone i wykłady kliniczne, które zwykle spisywali jego asystenci i następnie przez samego Gräfe'go przejrzone i poprawione pod swoim wydawali nazwiskiem, cechuje nadzwyczajna jasność w tłumaczeniu faktów zawilczych, potoczystość słowa i systematyczność wyłożenia rzeczy, ułatwiająca objęcie całości wykładanego przedmiotu.

Oprócz wydawanego przez się Archiwu zasilał s. p. Gräfe bardzo wiele czasopism niemieckich swoim piórem, a władał niemi tak doskonale, że gdy w czasopiśmie dla okulistów wyłącznie poświęconem prawie nie dotykał ogólników w każdym mogących się znaleźć podręczniku, w dziennikach ogólnej medycynie poświęconych, traktował przedmiot obrany dla każdego lekarza przystępnie a przedewszystkiem starał się wykazać korzyści jakie znajomość okulistyki każdemu lekarzowi przynieść może; umiał się nawet zniżyć do pojęć nie lekarskiej publiczności jak tego dowodzi jego przesłuchany popularny wykład „o widzeniu i organie widzenia“ mianym w Berlinie 23 marca 1867 roku.

Krytyce rzadko podlegały prace s. p. Gräfe'go, bo większość tychże stanowi opoki na których nowoczesna racjonalna okulistyka się budować rozpoczęła; jeżeli jednak tak było, to uwzględniał zdanie małych nawet krytyków i w polemice zawsze przeciwnika na równi z sobą stawiał wysokości, druzgocząc następnie potęgą naukowych tylko dowodzeń a nie dwoznacznych faktów.

Nie możemy w tém miejscu zająć się oceną szczegółową prac pióra s. p. Gräfe'go, zaznaczymy tylko te które zdaniem naszym przez liczne jeszcze, następne pokolenia za aksjomata naukowe uważanemi będą: do takich należą wyżej wymienione prace o bezwładach mięśni ocznych, o dyfterytycznem zapaleniu łącznicy, o wydobyciu zaciemka za pomocą cięć, liniowego prostego i zmodyfikowanego, o zezie i operacyi zezą, o znaczeniu badania ograniczeń pola widzenia przy niedosłepach, o istocie jaskry (*glaucoma*), i o znaczeniu operacyi wycięcia kawałka tęczy (*iridectomy*) przy leczeniu téj choroby, oraz rozmaitych chorób z jaskrą pokrewnych, objętych ogólnem mianem jaskry następczej (*secundär Glaucom*).

Olbrzymi materiał jakiego tak wstawiona w całym świecie klinika Gräfe'emu dostarczała, był sumiennie zażytkowany, a kazuistyka okulistyczna ogromne z tamtąd nabytki porobiła; jemu zawdzięczamy między innymi odkrycie wągra w głębi oka, rozpoznanie choroby siatkówki w następstwie zatkania tętnicy siatkówki środkowej powstającej, mnóstwo ulepszeń w technice operacyjnej.

Oprócz tych zasług literackich i osobistych s. p. Gräfe'go musimy jeszcze oddać winne uznanie jego zasługom professorskim, z kliniki bowiem jego i z jego asystentów wyszła większość okulistów zaszczytne obecnie miejsca w starym i nowym nawet świecie zajmujących.

Zasługi więc s. p. Gräfe'go były olbrzymie, ale pamięć Jego z pewnością je przetrwa.

Dr. W. N. J.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. Dr. Girsztowt.

---

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

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Доложено Цензурою.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. *W Warszawie:* rocznie r. sr. 5, półrocznie r. sr. 2 kop. 50. *W Królestwie i Cesarstwie:* w redakcyi (w opasce) rocznie r. sr. 6, półrocznie r. sr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1870 roku do 1 stycznia 1871 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1871 r. sr. 68.

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1.

**TREŚĆ:** Prace oryginalne. Kazuistyka szpitalna. Spostrzeżenia Dra Wygrzywalskiego (z Piotrkowa). O działaniu kofeiny i teiny na organizm ludzki a w szczególności na krążenie. Przez Dra W. Piwowarskiego (ze Sławatycz). (Ciąg dalszy). **Kronika Zagraniczna** Anatomia patologiczna przepuklin kiszkowych i o ich uwięznięciu (*in-carceratio*). Przez Dra Friedricha Pauli. Streszczył *Jakób Gutwein*, lekarz praktykujący w Warszawie. **Wiadomości bieżące.** Ś. p. Prof. Dr. Albrecht v. Gräfe. **Dodatek.** Historia szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie (429—436). Przez *Juljana Bartoszewicza*. (Ciąg dalszy). — Fizyologii arkusz 1szy, Anatomii opisowej ciała ludzkiego arkusz 2gi, Uroskopii arkusz 12ty.

## KAZUISTYKA SZPITALNA.

Spostrzeżenia Dra Wygrzywalskiego (z Piotrkowa). <sup>1)</sup>

(Dokończenie).

*D.* Przebicie ścian brzusznych celem przyniesienia ulgi przy wodnej puchlinie było 7 razy wykonanem.

*E.* Operacyi przetok kiszki stolcowej było 13. Uwagi godnem jest, że na tę cyfrę przypadło tylko 2ch chrześcian, resztę starozakonnych. W poprzedniem sprawozdaniu zanotowaliśmy 11 u drugich, u pierwszych żadnego. Ta częstość jest więcej niżeli czysto przypadkową. Zda mi się, iż nie daleko od prawdy będę, jeżelibym ją dwóm okolicznościom przypisał. Raz siedzącemu sposobowi życia tak zwanych (talmudycznie) uczonych, który ma za następstwo skłonność do wiecznych zatwardzeń stolcowych, a powtóre okoliczności tej, iż u nich akt defekacyi ujęty jest w pewne rytuałowe przepisy, nakazujące go w pewnym czasie „à tout prix“ uskuteczyć i to z możliwą dokładnością. Takie długotrwałe (np. półgodziane) posiedzenia z silnem połączone wydymaniem, nie mogą bez szkodliwego wpływu na kiszkię stolcową pozostać.

*F.* Dwie operacye wodnej puchliny jądra.

<sup>1)</sup> Patrz Nr. 10 Gaz. lek.

Osiągnąwszy poprzednio parę razy dobry rezultat z zastosowania elektrolizy, próbowaliśmy jej i w tych dwóch wypadkach. Po 4ch posiedzeniach ilość cała płynu do pozostałości jednej trzeciej została wessaną — lecz bądźto przez niedostateczne działanie galwanopunktury, bądź też z powodu iż u obydwóch chorych wodna puchlina jądra trwała lat 8—10, po upływie niespełna roku przybyli oni poddać się innej operacyi. Wykonaliśmy ją przez przekłucie trójgrańcem i przeprowadzenie rurki drenowej z codziennem przestrzykiwaniem wodą karbolową — z zupełnem powodzeniem.

1. *Haematocèle* wielkości głowy dziecka. Wylew krwisty w pochewkę jądra i sznurka nasiennego stał przeszło od roku i przez terapeutyczne usiłowania i ztąd podbudzane zapalenie raczej wzrastający. Był on prostym sposobem operowanym. Cięciem przez całą długość obrzękłości idącem wydalonemi zostały skrzepy krwiste, wewnątrz jamy z osiadłych, nawpół uorganizowanych strzępów i błon włóknikowych oczyszczonem (*par decortication* — *Velpéau*). Przy opatrunku odwietrzającym ropienie było nader małym, i chory w 24 dni jako uleczony szpital opuścił.

1 operacyę obrzezania u dorosłego mężczyzny, przy ściśnieniu napletka od urodzenia — wykonano ze znieczuleniem miejscowem części mającej być odciętą.

2 zwężenia cewki moczowej. Jedno uleczone stopniowem rozszerzaniem przez wprowadzanie elastycznych świeczek od Nru 1—10. Drugie zupełnie nie leczone. Przy trwaniu przeszło 12-letniem zwężenia, mocz cewką prawie całkiem nie odchodził tylko mnóstwem przetok włoskowatych w skórze moszen i krocza znajdujących się. Żadną miarą i najcieńszym przewodnikiem jednego ciągu cewki wykryć i do pęcherza trafić nie było można, a nie mając ani chęci ani środków chirurgicznych do zrobienia uretrotomii zewnętrznej, chorego w tym samym smutnym stanie w jakim przybył wypuściliśmy ze szpitala. Przy tej sposobności, nasuwają mi się dwa chirurgiczne *curiosa* — wskazujące ile umiejętne zaprowadzanie moczociągu czyli kateteru jest u nas upowszechnionem.

Pewien jegomość cierpiący na bezwład pęcherza z zatrzymaniem moczu, a mający znaczne powiększenie jądra przez nowotwór — musiał o mil 7, parę razy do miasta przyjeżdżać — by mógł urynę moczociągiem oddać, a to z powodu, że sąsiedni terapeuta zostawiał tak poniżającą czynność jak jest kateteryzowanie swemu „*ad latus*“ felczerowi, który małej trudności z krętego nieco przebiegu cewki wynikającej nie umiał pokonać.

Drugi raz przywieziono w oplakany stan starca 73-letniego, któremu przy zatrzymaniu się moczu z powodu bezwładu pęcherza felczer miejscowy przez dni kilka usiłował wprowadzić kateter (*Cheap doctoring*). Jedną fałszywą drogą szła ku kości siedzeniowej, druga przez krocze ku kiszce stolcowej, trzecia pod skórę ku wzgórkowi łonowemu. Nacieki urynowe, zapalenie różowe moszen, skóry ud, — i pokryć brzusznych w dolnej części. Wchodzący z największą łatwością w pęcherz Nr. 9 kateteru i zostawiany na stałe, nie mógł w danym razie śmiertelnych powstrzymać następstw.

1 operacya przetoki pochwowo-stolcowej. Po ciężkim porodzie i obrażeniach przy nim zadanych — pochwa była w górnej połowie zarosła, otwór do odbytnicy prowadzący 2 cale długości, pół cala szerokości mający, leżał zaraz przy wejściu pochwy. Przerwania krocza nie było.

W sześć tygodni po porodzie chora przybyła po pomoc do szpitala. Odświeżenie brzegów przetoki i założenie szwów metalowych nieprzedstawiało żadnej trudności. Dnia 4go po operacyi chora poczęła gorączkować, wstawiło się silne rozwolnienie, bolesność brzucha, następnie wymioty. Dnia następnego szwy wszystkie puścili.

Dnia 8go w dolnej części brzucha znaczną ilość wypocin wykryć można. W dni 8 później, chora z oznakami ropnistej zapalenia otrzewnej zmarła. Pośmiertne badanie w miejscu operowanem ani w macicy żadnych chorobnych zmian nie wykryło — tylko zapalenie ropne całej błony otrzewnej kiszki i macicy pokrywającej — z mocnym nastrzykaniem tak cienkich jak grubych kiszek.

To spostrzeżenie choć samo w sobie mało znaczące nasunęło nam parę uwag. Najpierw: że śmierć nie była spowodowaną przez mało znaczącą operację. Pacjentka przybyła do szpitala wcale w dobrym stanie zdrowia, w sześć tygodni po położeniu, w 3 czy 4 dni później była operowaną, miejscowego odczynu lub pojawu jakiegoś chorobnego nie było żadnego. Równocześnie znajdowała się w tej samej sali młoda 20-letnia dziewczyna cierpiąca początkowo na boleści w brzuchu — z gwałtownym rozwolnieniem, poczem nastąpiły wymioty i objawy ropnego zapalenia otrzewnej, które się śmiercią zakończyły. U operowanej powtórzył się w 8 dni później co do joty ten sam obraz choroby.

Miałoby tu udzielenie się choroby mieć miejsce?

Na prostą przypadkową równoczesność zanadto było podobieństwa a prawie tożsamości symptomów w jednym i w drugim wypadku.

Następnie sposób utworzenia tej przetoki miał w sobie coś przerażającego. Była to kobieta 34-letnia (o 3 mil po drodze żelaznej mieszkająca) pierwszy raz rodząca. Całe dni 4 trwał poród, dni dwa główka stała przy wyjściu małej miednicy przez dni dwa dwie operatorki wiejskie (*vulgo babki*) haczykami od okna robiły bezskuteczne usiłowania wydobyć dziecko. Gdy w nocy dnia czwartego rodzącą widziałem, główka dziecka stała między wargami sromnemi, odarta po uszy z powłok miękkich, dosłownie skalpowana. Opowiadała dalej chora, iż gdy haczkowa operacja nie doprowadzała do celu, jedna z operatorek włożonemi w kishkę odchodową palcami, starała się główkę wyprowadzić — lecz chora z wielkiego bólu z uczuciem rozdierania połączonego, nie dozwoliła tego manewru dalej przedłużać. „*Exemplum movent.*“

2 przetoki pęcherzowo-pochwowe. Jedna podłużna w sklepieniu, przy samej szyi macicznej leżąca operowaną była bez żadnego skutku. Chora powtórnej operacyi poddać się nie chciała. W drugim wypadku przetoka leżała nisko, pozwalając dwa palce w jamę pęcherza wprowadzić. Czterema operacyami nie potrafiliśmy jęj zupełnie zamknąć — pozostają dotąd dwa po 3 prawie milimetry mierzące otworki, któremi się czasami mocz wysącza.

G. Oprócz operacyi poprzednio opisanych wykonano na kończynach dolnych:

1 raz wyprostowanie gwałtowne w stawie kolanowym z powodu skurczenia pozapalnego mięśni zginaczy — bez tenotomii, z następnym unieruchomieniem kończyny w opatrunku gipsowym. Opatrunek taki dozwolił nam inną razą w dwóch wypadkach wstrzymać w dalszym rozwoju zapalenie stawu kolanowego.

I wycięcie narostu włóknistego z grzbietu nogi wychodzącego od powięzi — i zajmującego niemal cały grzbiet nogi aż po palce.

3 wycięcia wrastającego paznokcia wielkiego palca u nogi ze znieczuleniem miejscowém.

II. Rozpalonego żelaza użyto, oprócz wspomnianych razy dwa, raz dla uleczenia próchnienia (ograniczonego małą przestrzenią) szczęki dolnej — i ztąd powstałej (tak zwaney) fistuły zębowej. Drugi raz dla skrzywienia stosu kręgowego przy cierpieniu samego rdzenia. Obadwa razy z pomyślnym skutkiem.

I. Prądu galwanicznego stałego, prócz wspomnianych próbek elektrolizy, użyliśmy dwa razy w płasawicy u 13—14 letnich chłopców, u których zachwalone w swoim czasie zamrażanie eterem i użycie bromku potassu i i., nie zdawały się mieć żadnego wpływu. U jednego z nich nastąpiło uleczenie, u drugiego znaczne i długotrwałe polepszenie.

Raz przy skurczeniu prawego przedbarku dał nam prąd stały — a raz przy porażeniu ręki prąd indukcyjny pożądany rezultat.

Dwa razy zastosowany prąd indukcyjny przy bezwładzie pęcherza moczowego u starców pozostał bez skutku i wpływu na polepszenie.

### O działaniu kofeiny i teiny na organizm ludzki, a w szczególności na krążenie.

Przez Dra Władysława Piwowarskiego (ze Sławatycz).

(Ciąg dalszy). \*)

#### Doświadczenie IV.

Pies mały, wyżelek angielski, spokojny. Kofeina wyrobiona z kawy, w farmaceutycznej pracowni b. Szkoły Głównej.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Srednie ciś- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>o</sup>	48'	30—40	166	—	Wstrzyk. 7 cent. kub. 1/2 procen- towego roztworu kofeiny w prze- ciągu 20 sekund.
		40—50	168	14	
		50—60	170	15	
	49'	0—10	166	14	
		10—20	170	14	
		20—30	172	15	
		30—40	171	15	
		40—50	170	15	
		50—55	166	15	
	50'	55—60	167	14	
		0—10	162	13	
		10—20	158	17	
		20—30	168	17	
		30—40	169	16	
		40—50	170	16	

\*) Patrz Nr. 9 Gaz. Lek.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Srednie cis- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>o</sup>	51'	50—60	183	14	
		0—10	179	15	
		10—20	174	15	
		20—30	170	17	
		30—40	175	—	
	55'	10—20	191	16	
		20—30	191	16	
		30—40	188	15	
		40—50	188	15	
	56'	50—60	192	15	
		0—10	190	15	
		10—20	189	15	
		20—30	185	15	
		30—40	178	15	
	57'	40—50	180	14	
		50—60	175	17	
		0—4	175	17	
		4—10	180	17	
		10—20	182	16	
		20—30	198	15	
30—40		190	17		
58'	40—50	183	15		
	50—60	192	17		
	0—10	180	17		
	Przerwa 3½ min. w kreślen. linii.				
	1 <sup>o</sup>	1'	10—20	195	18
20—30			197	16	
30—40			195	15	
40—50			196	15	
50—60			196	16	
2'		0—10	193	16	
		10—20	197	16	
		20—30	200	16	
		30—40	183	16	
		40—50	191	15	
3'		50—60	191	15	
4'		0—10	191	15	
		10—20	187	16	
		20—30	185	18	
		30—40	186	17	
		40—50	195	16	
		50—60	197	16	
		0—10	200	19	
5'		10—20	205	18	
		20—30	205	19	
	30—40	205	19		
	Przerwa 1 min. w kreśleniu linii. Iniekcya trzeciej równej dozy te- goż samego roztworu kofeiny, w przeciągu 30 sekund.				
Z powodu zatkania się rurki skrze- pem, pędzelek hemodynamome- tru zaczął kreślić linię prostą; dlatego nie mogąc dalej obserwo- wać, doświadczenie zakończone.					

**U w a g i.** W niniejszem doświadczeniu przedstawia się jako główny i najwybitniejszy skutek kofeiny nader silne powiększenie ciśnienia, wzmagające się po każdej nowej iniekcji. Bezpośrednio po iniekcjach następuje wprawdzie i tu obniżenie ciśnienia, lecz takowe bardzo szybko przemija i stosunkowo jest nieznaczne. Zmiany tętna również nie przedstawiają się w tak wyraźnie typowej formie, jak w poprzednich doświadczeniach, chociaż i tu po każdej iniekcji częstość tętna się powiększa, a następnie znowu się zmniejsza. Zauważymy jednak, że gdy po trzeciej iniekcji ciśnienie dochodzi do wysokości, jaka normalnie u psów prawie nigdy nie przytrafia się, to i tętno się przyspiesza. Elewacje fal pulsowych w tem doświadczeniu okazały takie same zmiany, jak w poprzednich.

**D o ś w i a d c z e n i e V.**

Pies średniej wielkości, dosyć spokojny. Kofeina otrzymana z kawy w farmaceutycznej pracowni b. Szkoły Głównej.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ciś- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>o</sup>	40'	40—50	167	12	Zmiany z powodu niespokojności psa. Iniekcya 7 1/2 cent. kub. 1 <sup>o</sup> - procentowego roztworu kofeiny w przeciągu 30 sekund.
		50—60	171	12	
	41'	0—10	169	12	
		10—20	171	12	
		20—30	173	13	
		30—40	173	13	
		40—50	179	15	
		50—60	184	18	
	42'	0—10	176	14	
		10—16	173	13	
		16—22	172	} 26	
		22—30	165		
		30—40	160	22	
		40—50	168	33	
	43'	50—60	167	36	
		0—10	150	37	
		10—20	131	37	
		20—30	125	37	
30—40		102	34		
40—50		103	33		
44'	50—60	90	31		
	0—10	88	28		
	10—20	95	26		
	20—30	91	24		
	30—40	84	25		
	40—50	96	24		
45'	50—60	104	22		
	0—10	112	20		
	—	—	—		
	—	—	—		

Przerwa w pisaniu linii.

Go- dziny	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ci- nienie krwi w milim. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>0</sup>	47'	10—20	156	12	
		20—30	158	11	
		30—40	161	8	
		40—50	161	8	
		50—60	161	8	
	48'	0—10	162	10	
		10—20	166	8	
		20—30	166	9	
		30—40	166	9	
	50'	10—20	164	11	
		20—30	162	12	
		30—35	161	23	
		35—40	160	20	
		40—50	155	18	
		50—60	161	28	
	51'	0—10	169	26	
		10—20	187	22	
		20—30	174	17	
30—40		172	18		
		40—50	180	18	

Injekcja drugiej równej dozy tegoż samego roztworu, w przeciągu 25 sekund.

U w a g i. W 5 doświadczeniu po pierwszej dość znacznej dozie (około 1¼ grana) widzimy znowu najpierw znaczne obniżenie ciśnienia, z wielkim przyspieszeniem tętna. Wkrótce jednak ciśnienie znowu wzrasta, a tętno się zwalnia, lecz zwolnienie tętna następuje jeszcze w czasie opadania ciśnienia, wyprzedza więc wzrastanie ostatniego. W następstwie, gdy ciśnienie wróciło już prawie do normy, tętno nawet znacznie jest wolniejsze od normalnego. Po drugiej iniekcji z początku okazuje się zwykły skutek, t. j. obniżenie ciśnienia i znaczne przyspieszenie tętna, lecz pierwsze nader szybko ustępuje miejsce podwyższeniu, przechodzącemu nad stan normalny, gdy tymczasem częstość tętna wolniej się zmniejsza i przy końcu doświadczenia nie powróciła jeszcze do normy.

Ciekawem przy tem doświadczeniu jest zachowywanie się fal tętna, spisanych kimografionem, albowiem wraz z obniżeniem ciśnienia i przyspieszeniem tętna wysokość fal zmniejsza się z 30 na 2 mm.; w miarę wracania się pierwszych do normy, również i fale stają się coraz większemi i nawet przewyższają wysokość fal normalnych. To samo się powtarza po drugiej iniekcji, gdzie przy końcu doświadczenia wysokość fal dochodzi aż do 40 mm.

Doświadczenie VI.

Pies średniej wielkości, nie bardzo spokojny. Koffeina pochodząca ze składu materiałów aptecznych.

Go- dziny.	Mi- nuty.	Sekundy.	Średnie ciś- nienie krwi w młm. Hg.	Tętno na 10 sekund.	U w a g i.
12 <sup>o</sup>	45'	20—30	158	13	Pies niespokojny, rzucił się.  Injekcja 7 cent. kub. 1-procentowego roztworu koffeiny, w przeciągu 35 sekund.
		30—40	163	12	
		40—50	160	12	
		50—60	163	12	
	46'	0—10	171	13	
		10—20	168	12	
		20—30	157	12	
		30—40	162	12	
	47'	40—50	163	12	
		50—75	—	—	
		15—20	170	—	
		20—30	165	15	
48'	30—40	156	17		
	40—50	151	16		
	50—60	148	27		
	0—10	158	22		
	10—20	167	23		
	20—30	169	22		
49'	30—40	167	19		
	40—50	169	14		
	50—60	168	15		
	0—10	166	14		
52'	10—20	169	15		
	20—30	169	15		
	30—40	170	16		
	—	—	—		
53'	40—50	182	16		
	50—60	179	17		
54'	0—10	172	18		
	10—20	176	18		
	20—30	173	17		
	30—40	176	18		
	40—50	184	17		
	50—60	183	16		
54'	0—10	179	17		
	10—20	180	17		

U w a g i. Doświadczenie 6te przedstawia poniekąd typowy przebieg zmian w krążeniu po iniekcji średniej dozy koffeiny, t. j. z początku krótkotrwałe i bardzo znaczne przyspieszenie tętna wraz z obniżeniem ciśnienia, następnie powolne wracanie jednego i drugiego prawie do normy, a następnie podwyższenie



tętna nad normę z małym przyspieszeniem tętna. Wysokość fal w tym przypadku nie daje się oznaczyć, gdyż z powodu niespokojności psa, linie na kimografonie dały się tylko nakreślić przy na w pół zamkniętym kruczku w hemodynamometrze.

(Dalszy ciąg nastąpi)

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Anatomia patologiczna przepuklin kiszkowych i o ich uwięźnieniu (*incarceratio*).

Przez Dra Friedricha P a u l i.

Streścił Jakób Gutwein, lekarz praktykujący w Warszawie.

Nie można dokładnie oznaczyć liczby warstw pokrywających worek przepuklinowy. Im dawniejszą jest przepuklina, tém więcej warstw powinniśmy się spodziewać znaleźć, nie należy jednak sądzić aby z powiększeniem się przepukliny szło w parze wytwarzanie się nowych warstw otaczających jęj worek, albowiem spotyka się znaczne przepukliny których worek leży bezpośrednio pod skórą.

Liczba warstw powiększa się także przez nacisk poduszczonej opaski przepuklinowej; warstwy te złożone z tkanki komórkowatej są jużto ścięte, już zgrubiałe, a niekiedy tworzą się pomiędzy niemi torbiele surowicze dające niekiedy powód do pomyłek przy operacjach przepukliny, zwłaszcza jeżeli z tych torbieli wylewa się surowica podobna do surowicy w worku przepuklinowym się znajdującej. Tłuszcz również niekiedy zaciemnia wygląd worka przepuklinowego. Tkanka włóknista znajdująca się przy otworach przepuklinowych z czasem staje się wiotką i podatną a nie sztywną i dla tego nie staje się przyczyną zaciśnięć. Jeżeli zaś przeciwnie tkanka komórkowata pomieszana z tkanką włóknistą tworzy otwory kanałów przepuklinowych, jak to ma miejsce przy otworze górnym kanału pachwinowego albo w miejscu gdzie się tworzy przepuklina udowa, to ta tkanka zamienia się powoli na włóknistą, staje się do pewnego stopnia nierozciągliwą a ztąd niekiedy przyczyną zaciśnięcia być może. Przy tworzeniu się przepuklin, jak to wykazali: S c a r p a, R i c h t e r, D u p u y t r e n i inni, otrzewna oddziela się od ściany brzusznej, przedłuża i tworzy takim sposobem worek przepuklinowy który otacza występujące kiszki. Po odjęciu przepukliny do jamy otrzewnej worek przepuklinowy zwykle pozostaje na zewnątrz, jakkolwiek i on może być odprowadzony, a wtedy zdarza się czasami że w chwili kaszłania przepuklina nie uwytadnia się, lecz po pewnym dopiero, krótszym lub dłuższym czasie. Fakt ten jest niezaprzeczony, lecz wytłumaczenie jego jest dotychczas niewystarczające. Jeżeli zaś przy inkarceracyi przepukliny odprowadzi się ją razem z jęj workiem, to wystawia się chorego na niebezpieczeństwo, albowiem daje się powód do inkarceracyi wewnętrznej.

Czasami worek przepuklinowy przedstawia wygląd kielbasy pośrodku lub w jednej jęj trzeciej części przewiązanej, powstaje to przez skurczenie się otrzewnej w tych miejscach gdzie się znajdują pierścienie kanałów. Karby takie, jeżeli spotyka się przy operacyi przepukliny są zawsze dowodem dłuższy czas trwającego nacisku, a dla operatora są niezajrzeczoną wskazówką że ma do czynienia z workiem przepuklinowym, a nie z kiszka.

Wytworzenie się podobnego worka może nastąpić w samym kanale jeszcze, przy czem zewnętrzny i wewnętrzny pierścień kanału pachwinowego wywiera nacisk na worek przepuklinowy.

Pod wpływem długotrwałego zasznurowania szyjka worka przepuklinowego zgęszcza się niekiedy, traci powoli swoją rozciągliwość, a w skutek tego mniejsza tylko część kiszki niż poprzednio może wystąpić, tak że spostrzegano nawet wypadki zupełnego w ten sposób zamknięcia jamy worka przepuklinowego i radykalnego uleczenia przepukliny, chociaż czasami i inkarceracya w taki sposób powstać może.

Takie zmiany w worku przepuklinowym uważano już dawniej, i to nie bez słuszności, jako następstwa zapalenia; nie należy jednak sądzić jakoby one powstały w skutek zapalenia

ostrego: powstają one w skutek zapalenia chronicznego, którego przyczyną jest nacisk opaski przepuklinowej na worek przepuklinowy. Nie jest to wszakże chroniczne zapalenie otrzewnej, albowiem otrzewna traci tu pierwiastkową swoją czułość i wrażliwość i tem bardziej zmienia swoją naturę, im bardziej worek przepuklinowy grubieje.

Rzadko kiedy, wszakże zdarza się, że znaczna ilość naczyń wytwarza się na szyjce worka przepuklinowego.

Zupełne zarośnięcie szyjki worka przepuklinowego uważamy jako radykalne uleczenie przepukliny, nie znamy jednak wypadku całkowitego zarośnięcia całego worka, jakkolwiek zdarzało mi się widzieć nagromadzenie surowicy w worku przepuklinowym po zarośnięciu jego szyjki, inni zaś spostrzegali w nim ropę i krew.

Co się tyczy zgrubienia worka przepuklinowego, to takowe podawano wielokrotnie, jakkolwiek niezupełnie słusznie, w wątpliwość. Normalnie wprawdzie worek przepuklinowy nie grubieje, jednakowoż przy większych przepuklinach pachwinowych od reguły tej są wyjątki. Ja sam z 125 operowanych przepuklin w 9 wypadkach przepukliny pachwinowej i w dwóch wypadkach przepukliny udowej znalazłem mniejsze lub większe zgrubienie worka powstałe już to z miększej, już też twardszej a nawet włóknisto-chrząstkowej tkanki.

Tak samo jak przepuklina może być otoczona zgrubiałym workiem przepuklinowym, tak samo też niekiedy worek ten jest nadzwyczaj cienki i do kiszki ściśle przylega, tak że nie ma wcale wody przepuklinowej; stan taki przedstawia jak największe trudności przy operacji przepukliny. Zupełny brak worka przy przepuklinach jest niezmiernie rzadkim, wszakże możebnym jest przy następujących okolicznościach: 1) Jeżeli w przepuklinie znajdują się części kiszki niezupełnie albo wcale niepokryte otrzewną jak np. kiszka ślepa, której jedni przyznają że jest w zupełności pokryta otrzewną (A m u s s a t, B a r d e l e b e n, L i n h a r t), inni że tylko w części (D a n z e l) a ztąd pierwsi utrzymują że przepuklina tej kiszki ma worek, ostatni zaś że go nie ma, jakkolwiek myśmy w jednym przez nas obserwowanym wypadku przepukliny kiszki ślepej, worek także znaleźli.

Wrodzoną przepuklinę pachwinową zewnętrzną zaliczano także do przepuklin bez worka, jednak czyniono to niesłusznie.

Oprócz tego przy różnych jeszcze okolicznościach może brakować worka przepuklinowego i tak: przy drugiej operacji jednej przepukliny znaleziono kiszkę zaraz pod skórą, albowiem zranione brzegi worka przepuklinowego przy pierwszej operacji nie zrosły się z sobą lecz z pokrywającą ten worek skórą. Toż samo może także mieć miejsce w skutek rozdarcia worka przepuklinowego przy nadaremnych usiłowaniach odprowadzenia przepukliny, jak to P i t h a w przeciągu 3 lat 6 razy obserwował.

Do rzadszych także wypadków należy zropienie worka przepuklinowego. D i e f f e n b a c h i E m m e r t podają takie wypadki, a i nam zdarzyło się podobne wypadki obserwować, przy czem przekonaliśmy się, że ropienie to pierwotnie wystąpiło w sieci, a wtórnie dopiero w worku przepuklinowym.

Opaska przepuklinowa nie daje nigdy powodu do ropienia, co najwięcej do złepnego zapalenia ścian worka, a w skutek tego do radykalnego uleczenia przepukliny. I w rzeczy samej przyjąć należy, że sieć ta, która przeszła w ropienie musiała poprzednio uleść pewnym zmianom organicznym a dopiero później, z przyczyn traumatycznych jakkolwiek uległa ostremu zapaleniu z zejściem w ropienie, albowiem gdybyśmy tego przypuszczenia nie przyjęli, takie zropienie worka przepuklinowego musiałoby być częstszem.

Godnym uwagi w obserwowanym przez nas wypadku zropienia sieci było to, że przypadłości były podobne do przypadłości towarzyszących inkarceracyi kiszki. Tylko jedynym znakiem rozeznawczym była czerwonosc skóry i nieznaczne pod nią chelbotanie. Toż samo było w wypadku E m m e r t a, i zdaje się że i D i e f f e n b a c h a.

H y r t l przypuszczał także możebność nieobecności worka przy przepuklinie udowej, lecz tłumaczył to w sposób niewystarozający; toż samo tyczy się przepukliny pępkowej.

## O inkarceracyi przepuklin.

Rozmaite były mniemania co do przyczyny inkarceracyi. Fallopius, Riola n byli mniemania że w pierścieniach pachwinowym i udowym siła jakaś skurozowa staje się przyczyną inkarceracyi. Dupuytren przypuszczał że w  $\frac{3}{4}$  wypadków przepukliny pachwinowej inkarceracya następuje przez szyjkę worka przepuklinowego, Maligne był również tego zdania, z tą wszakże różnicą, że jako przyczynę inkarceracyi przy przepuklinach udowych uważa otwory blaszki przedziurawionej. Angielscy chirurgowie powód inkarceracyi widzą w pierścieniach kanałów. Gosselin nareszcie, i to najsluszniej, uważa jako powód inkarceracyi i szyjkę worka przepuklinowego i pierścienie kanałów, albowiem w tych wypadkach w których pierścienie kanałów już same przez się są szczuplemi, szyjka worka przepuklinowego zostaje więcej uciśniętą, a stąd grubszą i skłonniejszą do przerostu aniżeli wtedy kiedy pierścienie te są obszerne. Joberrowi (de Lamballe) należy się największa zasługa wykazania, przez doświadczenia na zwierzętach czynione, zmian patologicznych przy inkarceracyach. Z doświadczeń tych wypada że w zaciśniętej ożęści kiszki z początku powstaje przekrwienie żyłne, potem zastój krwi, a w końcu zapalenie. Błona surowicza traci blask, silna czerwoność jej przechodzi powoli, przez powiększające się coraz bardziej nacieczenie krwiste błony surowiczej, mięsnej i śluzowej, w kolor brunatny, a nawet czarny i w skutek tego nacieczenia, ściana kiszki grubieje. W dalszym ciągu, jako następstwo utrudnionego chłonięcia tworzą się małe przedziurawienia przez które przechodzą gazy, a w końcu powstaje zgorzel kiszki. Jeżeli operacya wykonywa się w czasie kiedy jeszcze nie potworzyły się przedziurawienia kiszki, to po zniesieniu inkarceracyi można tak zmienioną kiszkę odprowadzić, jeżeli zaś dotykając delikatnie gąbką niema na niej śladu krwi i na szaro-czarnej, miękkiej, bez połysku tkance, dają się dojrzeć małe otworki przez które uchodzą gazy, to taką część kiszki strzedz się należy do jamy brzusznej odprowadzić, albowiem po odpadnięciu części uległej zgorzeli kał wyleje się do jamy otrzewnej. Czas potrzebny do przejścia zaciśniętych kiszki w zgorzel jest rozmaity, tém krótszy im zaciśnienie silniejsze. Im szczuplejszy jest pierścień zaciskający i im mniejsza część kiszki uległa inkarceracyi, tém zgorzel jej szybciej następuje. Obserwacya również nauczyła że wszystkie inkarceracye kiszki samych, bez inkarceracyi jednoczesnej sieci, przedziej i gwałtowniej przebiegają aniżeli gdy i sieć równocześnie została zaciśniętą, gdyż ta, podług Richtera ma chronić kiszki od ucisku przez pierścienie kanałów. Wynika z tego także że małe przepukliny wywołują gwałtowne przypadłości.

Rezultaty operacyi przepuklin przy inkarceracyach ich, są gorsze jeżeli zawartością przepukliny jest sama tylko kiszka, aniżeli wtenczas kiedy i sieć zawartość jej stanowi. Skutkiem inkarceracyi sieć ulega małym tylko zmianom, mianowicie przekrwieniu żylnemu a wydatnych śladów zapalenia jej, lub zejść takowego zapalenia nie spostrzegamy jako to: zlepów lub ropienia. Zgrubienie i stwardnienie sieci przy inkarceracyach dawniejszych jest głównym śladem zapalenia który ja spostrzegałem, i lubo przerodzoną już sieć nie odprowadzałem nigdy do jamy brzusznej, z obawy aby ona nie działała drażniąco jako obce ciało i nie wywołała zapalenia, odcinałem przeciw takową przy samych ścianach brzusznych.

Po otwarciu worka przepuklinowego wylewa się zawarta w nim zwykle żółtawo-wodnista ciecz, zwana wodą przepuklinową. To jest zarazem najpewniejszym znakiem że widoczny teraz guz jest kiszka lub siecią, albo jednym i drugim. Niekiedy jednakowoż w worku niema takiej cieczy a wtedy pomiędzy workiem a kiszka zwykle niema bezwzględnie zlania się ich lecz poprostu dotykają się one, lub zlepami są połączone. Im świeższa inkarceracya tem jaśniejszą jest ciecz ta, przeciwnie im dłużej trwa i im gwałtowniejszą jest tem jest ciemniejszą, aż do koloru jasno-czerwonego, a przy zbliżającej się zgorzeli ciecz ta brudno-czerwoną stać się może, a jeżeli i gazy równocześnie się wydalają to jest dowodem przedziurawienia kiszki. Woda przepuklinowa jest widocznie produktem zapalnym błony surowiczej kiszki. Równocześnie z tem tworzą się słabsze lub silniejsze zlepki kiszki lub sieci z workiem przepuklinowym. Zropienia i owrzodzenia worka jako pierwotne nigdy nie występują i tém różni się takowy od otrzewnej w jamie brzusznej zawartej. Jak skoro nastąpi

zapalenie i błony surowiczej kiszki, wydzielina surowicza, a rzadziej surowiczo-ropna staje się bardzo obfita, a w takim razie przy sekyi znajdowałem rozległe zapalenia kiszek cienkich i zlepy rozdętych gazami kiszek pomiędzy sobą. Zlepy te są właśnie powodem dla którego przy przedziurawieniach kiszek z powodu ich zgorzeli kał nie wylewa się do jamy otrzewnej.

W ogóle przyjąć należy że ilość i jakość wody przepuklinowej jest w stosunku do stopnia zapalenia inkarcerowanej kiszki. Jeżeli worek przepuklinowy jest tak naprężony że nie można pincetą w fałdę go ująć, to należy się spodziewać mocnego zaczerwienienia kiszki i znacznej ilości wody i wtedy można worek przepuklinowy otworzyć poziomo poprowadzonym cięciem bez obawy jednoczesnego zranienia kiszki. Przeciwnie rzecz się ma, jeżeli łatwo fałda ująć się da, wreszcie wspomnieć należy że naprężenie worka nie zawsze jest w stosunku do zafarbowania wód przepuklinowych. Im dłużej zapalenie trwa w pierwotnym swoim nasileniu, tem więcej obawiać się należy przejścia jego w gangrenę, sama nawet ilość wód przepuklinowych w takim razie zmniejsza się, ztąd też należy podejrzewać gangrenę wtedy kiedy przy istniejących objawach inkarceracyi naprężenie guza zmniejszy się cokolwiek.

Nie należy takich wód pomieszanych ze krwią w stanie rozkładu będącą mieszać ze krwią jaką znajdujemy w worku przy gwałtownych próbach odprowadzenia przepukliny, albo innych działaczach gwałtownych, gdyż taki wylew krwi jest jaśniejszy i świeższy aniżeli ten który znajdujemy przy rozpoczynającej się gangrenie.

Jeżeli zwrócimy uwagę na to że przy przepuklinach sieci samój lub obok przepukliny kiszek w których sieć tę z powodu znacznej jej objętości, lub też przerodzenia jej, do jamy brzusznej odprowadzić nie można, że takową sieć można odciąć, to przekonamy się że inkarceracye sieci, same przez się, nie są w stanie wywołać objawów inkarceracyi, że zatem niebezpieczeństwo zależy od przejścia oddzielonej części sieci w zgniły rozkład i od powstałej ztąd posocznicy. A zatem niebezpieczeństwo inkarceracyi, samiej tylko sieci, zależy jedynie od zatrzymania posoki w worku przepuklinowym, otworenie przeto tego ostatniego oddala, wszystkie ztąd mogące wyniknąć, złe następstwa. Jeżeli więc podczas operacyi przepukliny przekonamy się że kiszka nie jest inkarcerowana, to nawet wtedy kiedy sieć jest już przerodzona można nie zrobić nacięcia w uciskającym pierścieniu, a niewprawna ręka uniknie w ten sposób możliwego poranienia tętnicy nadbrzusznój lub zasłonowej.

Na początku zeszłego stulecia francuzki chirurg *L i t t r e* opisał nieznaną jeszcze do tego czasu szczególny rodzaj przepukliny, w której znajduje się tylko jedna ściana kiszki. Ten rodzaj przepukliny przyjęli wszyscy chirurgowie od owego czasu, lecz *R o s e r* w nowszych czasach zaprzeczył jej istnienia, opierając się na tem, że setki chorych na przepuklinę nie wiedzą o tem że ją mają i o chwili jej powstania nie mogą nic powiedzieć.

Tak się rzeczy mają w znaczniejszej liczbie przepuklin, jednakże znamy wypadki w których przepukliny powstają *n a g l e*, i pod działaniem bodźców mechanicznych jako to: kaszłania, kichania, wymiotów, albo też zeskoknięcia, uderzenia i t. p. Ja sam obserwowałem trzy takie wypadki: przepukliny te były inkarcerowane i skutkiem operacyi dwa wypadki z tych zakończyły się pomyślnie. Przypuszczenie *R o s e r*'a, polegające na tem: że kiszka mająca w przecięciu 27 milimetrów nie mogłaby przejść przez otwór 11<sup>o</sup> milimetrowy nie jest wystarczające, albowiem cienka i gładka ściana kiszki może przy nadymaniu się przejść przez otwór, który w fizyologicznym stanie jest węższy, lecz chwilowo mechanicznie się rozszerza.

Przez doświadczenia na żywych zwierzętach nie można nic stanowczego wykazać, albowiem mięśnie przy podobnym doświadczeniu, przez sam wpływ przestrichu, zostają sparaliżowane.

*D a n z e l* podał dwie ciekawe obserwacye, oraz badania pośmiertne z praktyki *M ü n c h m e y e r*a w Lüneburgu, z których dowiadujemy się że przepukliny *L i t t r e*'go nie istnieją wyłącznie tylko jako przepukliny udowe, ale mogą to być i przepukliny pachwinowe w których miejscem zacisnienia jest otwór wewnętrzny kanału pachwinowego. Wiadomym przy tem jest, że w przepuklinach takich oprócz kiszek i sieci mogą się znajdo-

wać i inne organa jako to: pęcherz, jajnik, jądra, jajowody, nawet pęcherzyk żółciowy i t. p. Lecz takie wypadki są rzadkie bardzo i ja w mojej własnej praktyce raz jeden tylko oprócz kiszek i sieci znalazłem pęcherze wągrowca, a największe menormalności widzieć się dają w sieci która rozmaite niekształtności przedstawia; między innemi widziałem dwa wypadki, w których sieć tworzyła rodzaj więzu wychodzącego od szyjki worka przepuklinowego i dwa razy okręcała kışkę lecz zaciśnienia nie spowodowała, i jeden wypadek podobny, lecz w samej jamie otrzewnej stał się powodem zaciśnienia wewnętrznego.

Ten ostatni wypadek jest jedynym w mojej praktyce, gdzie sieć musiałem uznać jako przyczynę zaciśnienia, we wszystkich innych wypadkach, nawet przy znacznem przerodzeniu sieci nie mogłem takowej z wszelką pewnością uważać jako wywołującą inkarceracyę.

W ogóle przyjęc należy że sieć sama, czynnie nigdy nie powoduje zaciśnienia, nawet wtedy kiedy przerodzeniu uległa, lecz zaciśnienie to przez sieć następuje tym tylko sposobem, że stosunek kiszek do sieci zmienia się. Nawet i wtedy kiedy kışka jest powleczonea siecią w kształcie worka ją otaczającego, sieć czynnie nie powoduje zaciśnienia lecz przestrzeń tego worka niedostatecznie się powiększa odnośnie do większego coraz wypadania kiszki. Sieć tylko wtedy może zaciskać jeżeli już nawet śladu elastyczności swęj nie posiada i przerodzoną jest w rodzaj twardego powrózka.

Najczęstszą uwięzioną przepukliną jest i pozostanie zawsze przepuklina kışkowa. Podano kilka teoryi dla jej wytłumaczenia, te jednak nie są wystarczającemi. Najprawdopodobniej inkarceracya pierwotnie powstaje zawsze przez zmianę stosunków z jednej strony pomiędzy kışką i siecią, a workiem przepuklinowym a głównie szyjką jego z drugiej. Do takiego sposobu powstania inkarceracyi prowadzi wszystko to, co pomnaża zawartość worka przepuklinowego, albo to co ścieśnia jego szyjkę.

Do pierwszego rodzaju przyczyn należy: kaszlanie, wymioty, kichanie, gwałtowny śmiech, skakanie, podnoszenie ciężarów i t. p. albowiem przy tém powstaje skurcz mięśni brzusznych i przepony, zmniejszenie jamy brzusznej i wciskanie się kiszek do kanałów przepuklinowych. Do drugiego rodzaju przyczyn zaliczyć należy wszelkie zmiany patologiczne w skutek których worek przepuklinowy, a głównie jego szyjka traci moc naprężenia się i obszerność — tu należy przerost.

Równowaga pomiędzy workiem przepuklinowym a jego zawartością zuiesioną zostaje przeważnie przez tę ostatnią, a głównie przez kiszki. Przy obecności wyżej już wspomnianych przyczyn usposabiających, już to przez spożycie znacznej ilości trudno strawnych, a przytem rozdymających pokarmów, już to pod wpływem zaziębnienia w błonie mięsnej kiszek, i tak już drażliwszych skutkiem zmiany ich położenia, może powstać kurecz, w skutek którego w systemacie żylnym następuje zastój. W skutek tego zastój objętość kiszki i sieci się powiększa, a w skutek długotrwałego przekrwienia powstaje i zapalenie. Ponieważ rozwijające się zapalenie obejmuje wszystkie błony kiszek, przeto też i nie zaoszczędza błony surowiczej, a następstwem jej zapalenia jest wysięk surowiczy: woda przepuklinowa. Jeżeli zapalenie to przepukliny przeniesie się następnie na otrzewną i na kiszki w jamie brzusznej położone, to wytwarza się tu wysięk i zdarza się przy operacyach przepukliny że 10 do 12 uncyi płynu zostaje ztąd wydalonych. W skutek nagromadzenia się surowicy w worku przepuklinowym naprężenie w całej przepuklinie się powiększa i odprowadzenie kiszki staje się niemożliwym, albowiem brak tu głównego do odprowadzenia warunku to jest: równomierności nacisku kiszki przy występowaniu jej z kanału przepuklinowego, prócz tego także, szyjka worka przepuklinowego skutkiem powiększającej się coraz bardziej objętości kiszki staje się względnie zaciśną dla łatwego przepuszczenia jej. Niepodatne pierścienie powięziowe uzupełniają wreszcie uwięzienie.

Od chloroformu przeto przy odprowadzeniu przepukliny tylko w początku inkarceracyi możemy się spodziewać skutku, to jest wtedy kiedy skurcz mięśniowy kiszek nie wywołał jeszcze żadnych zmian materyalnych.

Wszystko co dotychczas powiedzieliśmy stosuje się do wszelkiego rodzaju inkarceracyi spowodowanych już to przez kanały przepuklinowe, już to przez szyjkę worka przepuklinowego. Nastęrcza się jednak bardzo ważne dla wyboru operacyi pytanie: czy można przed

operacją rozróżnić inkarceracye spowodowane przez kanały przepuklinowe od inkarceracyi przez szyjkę worka przepuklinowego spowodowanych? Przedewszystkiem musimy nadmienić, że pytanie to nie zawsze da się rozstrzygnąć i dla tego postaramy się kwestyę tę cokolwiek rozwinąć. Za zasadę do uważania szyjki worka przepuklinowego jako powód inkarceracyi podaje S c a r p a następujące: 1) Jeżeli od dzieciństwa lub młodości istniała przepuklina w worku mosznowym która przedtem nie przedstawiała guza w okolicy pachwinowej. Znak ten ma znaczenie jeżeli nie było przy tém puchliny jąder. 2) Jeżeli utrzymywana przez długi czas za pomocą paska przepuklina, po zdjęciu takowego przy wysileniu nagle wystąpi. 3) Jeżeli pomiędzy kanałem a przepukliną znajdziemy rodzaj przestworu. 4) Jeżeli przy odprowadzaniu częściowo tylko przepuklina wchodziła. Znak ten jest bardzo ważny. 5) Jeżeli nad pierścieniem brzuszny znajdziemy guz, którego poprzednio nie było. 6) Jeżeli chory skarży się na ból jednakowy czy z jednej, czy z drugiej strony pierścienia brzuszego gdy na guz się naciska. To jednak nie jest pewnem. 7) Jeżeli przy kaszaniu w położeniu stojącym górny guz znowu się pokazuje a przepuklina przyjmuje napowrót tę samą objętość i to samo położenie jak przed próbą odprowadzenia. I ten znak nie jest pewny. S c a r p a tylko z współistnienia wszystkich tych okoliczności chce wnioskować o zaciśnięciu spowodowanem przez szyjkę worka przepuklinowego, jednakowoż to następuje się rzadko tylko.

Zdaje mi się, że dla zrobienia sobie dokładnego pojęcia o inkarceracyi, nie trzeba spuszczać z uwagi sposobu jęj powstania. Przepuklina powstaje zwykle powoli i nieznacznie. Z początku można ją razem z workiem przepuklinowym odprowadzić do jamy brzusznej. W tymto czasie, kiedy worek przepuklinowy nie zrósł się jeszcze z sąsiednimi częściami i nie umocował zewnątrz jamy brzusznej, zdarza się że przepuklina kilka dni nawet przy kaszlu nie występuje a chory łudzi się radykalnem jęj uleczeniem. Jeżeli się jednak przepuklinę, nawet w swym początku jęj powstania nie odprowadzi, to zrosnie się ona z otaczającą tkanką łączną, czemu dopomaga zwykle nacisk paska przepuklinowego. Szyjka worka przepuklinowego szczególnie, w skutek tego nacisku traci swoją kurczliwość i zrasta się częściowo lub zupełnie z kanałem przepuklinowym, i ułatwia przez to powstanie inkarceracyi. Nie pomylimy się jeżeli przyjmiemy, że przyczyną inkarceracyi świeżej przepukliny jest pierścień kanału, toż samo gdy nastąpi inkarceracya przepukliny takięj gdzie nie noszono nigdy paska.

Przyczyną zaś inkarceracyi przepuklin starszych, lub takich przy których noszono pasek jest szyjka worka przepuklinowego.

Prawie z pewnością możemy twierdzić że przyczyną inkarceracyi jest szyjka worka przepuklinowego gdy: 1 chory dawniej po odprowadzeniu przepukliny mógł palec głęboko do kanału wprowadzić i wyczuć ostre jego ograniczenie; a teraz w skutek przerosnięcia szyjki worka przepuklinowego, palec mniej głęboko do kanału wprowadzić może a brzegi jego są tępe, prawie miękkie. 2. Gdy przy odprowadzeniu przepukliny tylko część guza wchodzi, druga zaś część przy istniejących lub powiększających się nawet przypadłościach inkarceracyi nie może być odprowadzoną.

Przy inkarceracyi przepukliny spowodowanej przez pierścień, można całą zawartość przepukliny odprowadzić.

Pozostaje nam jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie: czy po otwarciu worka przepuklinowego jesteśmy w stanie rozróżnić inkarceracyą spowodowaną przez pierścień od inkarceracyi spowodowanej przez szyjkę worka przepuklinowego, i że jaką mamy pewność że mamy przed sobą worek przepuklinowy?

Mamy przed sobą worek przepuklinowy dopiero, a nie kiszki: 1. Jeżeli przecięte dotychczas warstwy komórkowe lub włókniste były cienkie odpowiednio objętości i czasu trwania przepukliny. 2. Jeżeli przy przecinaniu tych warstw nie wypłynęła jeszcze woda przepuklinowa. 3. Jeżeli na powierzchni guza znajdują się nierówności. 4. Jeżeli w którymkolwiek miejscu guza, a szczególnie w jego części dolnej daje się dojrzeć przejrzystość zależąca od wody przepuklinowej. 5. Jeżeli na guzie znajdziemy tłuszcz, choćby w jak najmniejszej ilości, albowiem na błonie surowiczęj kiszki niema nigdy śladu tłuszczu. 6. Jeżeli przy podstawie rany nie można palcem dostać się do miejsca zaciśnięcia. 7. Jeżeli guz nie

jest zupełnie gładki. 8. Jeżeli pincetą można z guza zdejmować cienkie warstwy komórkowe albo nitki komórkowe. 9. Jeżeli guz niema kształtu okrągłego, owalnego, lub podługowatego.

Mamy przed sobą kiszkę: 1) Jeżeli guz nie jest nierówny, lecz przy przepuklinie udowej ma kształt okrągły, kulisty, rzadziej owalny, a przy przepuklinie pachwinowej ma postać podługowatą, gruszkowatą, i jest przytém gładki. 2) Jeżeli woda przepuklinowa odpłynęła już. 3) Jeżeli daje się rozeznąć pętla kiszki. 4) Jeżeli oprócz kiszki spostrzegamy i sieć. 5) Jeżeli guz jest zupełnie gładki. 6) Jeżeli kolor guza jest ciemno-czerwony, brązowy, albo czarno-szary, bez blasku. 7) Jeżeli naczynia przebiegają więcej w kierunku poprzecznym. 8) Przypuszczano również że po przecięciu worka przepuklinowego można wyciągnąć cokolwiek ucisniętą pętlę kiszki. To jednak jest mylném, albowiem miejsce ucisnione pozostaje zawsze nieruchomém. 9) Dla rozstrzygnięcia wątpliwości czy już kiszki mamy przed sobą czy jeszcze nie, radzono naciąć kanał przepuklinowy; lecz podług mnie na nic to się nie przyda. Guz odprowadzi się tym sposobem, i to albo kiszka sama, albo razem z workiem przepuklinowym.

Jeżeli pamiętać będziemy wszystkie znaki wskazujące obecność kiszki, jak również wszystkie znaki przemawiające za obecnością worka przepuklinowego, to nawet mało wprawnemu łatwo będzie rozróżnić czy w danym wypadku ma do czynienia z kizką, czy z workiem przepuklinowym.

### Wiadomości bieżące.

— † Przed kilku tygodniami (Nr. 5) donieśliśmy o zgonie *Professor* *Albrechta v. Graf*; pozwolą zapewne szanowni czytelnicy naszego pisma, że się obecnie nieco szczegółowiej zastanowimy nad żywotem tego zawezesnie zgasłego męża i uwydatnić postaramy się chociaż niektóre z licznych pamiątek jego działalności. Śmierć tego człowieka dotknęła boleśnie nie tylko ciało lekarskie ale i ludzkość cała, nie ma bowiem lekarza któryby *ś. p. Graf* emu palmy pierwszeństwa pomiędzy współczesnymi okulistami nie przyznał, z drugiej zaś strony śmiało twierdzić możemy, że żaden z współczesnych okulistów nie posiada tych danych od natury, tego wszechstronnego wykształcenia, tej żelaznej w pracy wytrwałosci, jedném słowem tych wszystkich warunków, których zjednoczenie w jednym człowieku robi go człowiekiem epoki. Praca i poświęcenie ludzkości sił nadwątlonych, zwolna lecz zabojezo nurtującą chorobą, zabiły tego człowieka w okresie życia najbardziej produktywnym. Pracy tylko i poświęceniu bez względu na stan zdrowia tę przedwczesną śmierć *ś. p. Graf* e'go przypisać musimy i przepowiadaliśmy mu krótkie życie jeszcze przed 10-ciu laty, w którym to czasie mieliśmy szezęście korzystania z jego bogatej i twórczej wiedzy.

Pozwolimy sobie przypomnieć czasy owe dla wykazania słusznosci tych naszych przepowiedni: mając dozwolony wstęp do prywatnego księgozbioru *Graf* e'go, już o 8ej godzinie z rana zastawaliśmy go dyktującego swe znakomite prace sekretarzowi, o 10 słuchaliśmy jego teoretycznych w klinice wykładów; o 12ej byliśmy obecni przy przyjęciu chorych przychodnich, które wraz z wykonaniem operacyi przeciągało się nieraz do godziny 5 po południu; o 6ej prof. *Graf* e przyjmował chorych przychodnich w swoim prywatnem mieszkaniu, a następnie od 8, drugiemu już sekretarzowi, dyktował swoje w ciągu dnia pozbierane spostrzeżenia i powzięte wnioski. Jeżeli do tego porządku dziennego dodamy odwiedzanie chorych w klinice stale się mieszczących, których liczba nieraz 100 przenosiła i czas potrzebny na przejrzenie bieżącej publicystyki oraz prac nadsyłanych do wydawanego przez *ś. p. Graf* e'go *Archiwu*, to zadziwić się tylko będziemy mogli, jak człowiek przy tym ogromie pracy, wyczerpującej nie tylko umysłowe ale i fizyczne siły, roku 42 życia doczekał.

*Ś. p. prof. Graf* e urodził się w Berlinie w roku 1828, z ojca słynnego w swoim czasie *professora* chirurgii *Karola Graf* e'go, który naszego miasta, Warszawy był synem. Studya lekarskie odbył w Berlinie i tamże w roku 1848 pozyskał stopień *Dra* medycyny; następnie po kilkoletniej naukowej po Europie podróży, otworzył w Berlinie swą prywatną

klinię i mianowany został honorowym professorem tamcznego Uniwersytetu. Od roku 1854 rozpoczął wydawnictwo znakomitego Archiwu Oftalmologicznego, do którego redakcyi jakkolwiek po roku przystąpili professorowie Arlt i Donders, jednak każdy przyzna, że s. p. Gräfe najwięcej pracy przykładał, gdy się przekona że 15-letnie to wydawnictwo zasilone zostało pracami jego pióra, zajmującemi przeszło 180 arkuszy druku. W roku 1866 nominowanym został nadzwyczajnym professorem oftalmologii, a jako rozprawę habilitacyjną przedstawił znakomitą swą pracę p. t. „*Symptomenlehre der Augenskellämungen.*“ W ostatnich latach kilkokrotnie zmuszonym był, coraz to bardziej rozwijającą się piersiową chorobą przerywać ciąg swoich pouczających wykładów, prawie do śmierci jednak był w miarę możności czynnym, a na 3 tygodnie przed śmiercią (jak nam donosił jeden z jego pacjentów) zrobił w ciągu kilku godzin dwadzieścia kilka operacyj, które jednak zapewne ostatniemi były jego trofeami, po ich wykonaniu bowiem padł na krzesło i omdlał z wysilenia.

Prace drukiem przez s. p. Gräfe'go ogłoszone i wykłady kliniczne, które zwykle spisywali jego asystenci i następnie przez samego Gräfe'go przejrzone i poprawione pod swoim wydawali nazwiskiem, cechuje nadzwyczajna jasność w tłumaczeniu faktów zawilczych, potoczystość słowa i systematyczność wyłożenia rzeczy, ułatwiająca objęcie całości wykładanego przedmiotu.

Oprócz wydawanego przez się Archiwu zasilał s. p. Gräfe bardzo wiele czasopism niemieckich swoim piórem, a władał niem tak doskonale, że gdy w czasopiśmie dla okulistów wyłącznie poświęconem prawie nie dotykał ogólników w każdym mogących się znaleźć podręczniku, w dziennikach ogólnej medycynie poświęconych, traktował przedmiot obrany dla każdego lekarza przystępnie a przedewszystkiem starał się wykazać korzyści jakie znajomość okulistyki każdemu lekarzowi przynieść może; umiał się nawet zniżyć do pojęć nie lekarskiej publiczności jak tego dowodzi jego przesłuchany popularny wykład „o widzeniu i organie widzenia“ mianym w Berlinie 23 marca 1867 roku.

Krytyce rzadko podlegały prace s. p. Gräfe'go, bo większość tychże stanowi opoki na których nowoczesna racjonalna okulistyka się budować rozpoczęła; jeżeli jednak tak było, to uwzględniał zdanie malutkich nawet krytyków i w polemice zawsze przeciwnika na równiej z sobą stawiał wysokości, druzgocząc następnie potęgą naukowych tylko dowodzeń a nie dwoznacznych faktów.

Nie możemy w tém miejscu zająć się oceną szczegółową prac pióra s. p. Gräfe'go, zaznaczymy tylko te które zdaniem naszym przez liczne jeszcze, następne pokolenia za aksjomata naukowe uważanemi będą: do takich należą wyżej wymienione prace o bezwładach mięśni ocznych, o dyfterytycznem zapaleniu łącznicy, o wydobyciu zaciemka za pomocą cięć, liniowego prostego i zmodyfikowanego, o zezie i operacyi zezą, o znaczeniu badania ograniczeń pola widzenia przy niedosłepach, o istocie jaskry (*glaucoma*), i o znaczeniu operacyi wycięcia kawałka tęczy (*iridectomy*) przy leczeniu téj choroby, oraz rozmaitych chorób z jaskrą pokrewnych, objętych ogólnem mianem jaskry następczej (*secundär Glaucom*).

Olbrzymi materiał jakiego tak wstawiona w całym świecie klinika Gräfe'emu dostarczała, był sumiennie zażytkowany, a kazuistyka okulistyczna ogromne z tamtąd nabytki porobiła; jemu zawdzięczamy między innymi odkrycie wągra w głębi oka, rozpoznanie choroby siatkówki w następstwie zatkania tętnicy siatkówki środkowej powstającej, mnóstwo ulepszeń w technice operacyjnej.

Oprócz tych zasług literackich i osobistych s. p. Gräfe'go musimy jeszcze oddać winne uznanie jego zasługom professorskim, z kliniki bowiem jego i z jego asystentów wyszła większość okulistów zaszczytne obecnie miejsca w starym i nowym nawet świecie zajmujących.

Zasługi więc s. p. Gräfe'go były olbrzymie, ale pamięć Jego z pewnością je przetrwa.

Dr. W. N. J.

---

Redaktor odpowiedzialny Prof. Dr. Girsztowt.

---

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

---

W Drukarni Gazety Polskiej. — Доложено Цензурою.