

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,  
następne po kop. 10.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

## OGŁOSZENIA.

„A R C O”

stacja klimatyczna zimowa w Tyrolu włoskim, jej opis i zestawienie z Meranem wraz z mapą Tyrolu i stacyi

podał i opisał Dr. Malcz

Warszawa. Gebethner i Wolff.

3—2

### Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

8—7

## DOM ZDROWIA D-ra Oltuszewskiego,

egzystujący w Warszawie od 1880 r. przeniesiony został na ulicę Długą Nr. 6 (dawny pałac Kronenberga). Zakład przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych na wszelkiego rodzaju cierpienia. Całe utrzymanie z lekarstwami, opieką lekarską i felezerską od 2—4 rs. na dobę. 6—6

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

**ED. T. HEINRICH**

istniejący,

Zaopatrzony został w wody Vichy, tegorocznego ezerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hôpital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie enkrowej, przy wydzielaniu piasku i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artrytycznej rozwijających się.

30—27

KAPSUŁKI I PIGUŁKI  
Z BROMKU KAMFORY

**DOKTORA CLIN**

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.*

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie **PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.**

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

**PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU** są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogólności słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

**PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU** nie czernią zębów. dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS**

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** z essencyi drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki **KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS** trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niezem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie **KAPSULEK MATHEY-CAYLUS** markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. W. Matlakowski. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; herniotomia; wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (*hernia inguino-properitonealis*). — II. Z. Perkal. Dwanaście dni trwające wstrzymanie oddawania moczu. — *Notatki lekarskie.* 24. C. Wroczyński. Przypadek polknięcia kłosa żytniego przez 8-o miesięczne dziecko. — *Dział sprawozdawczy.* 41. Nenek M. i Sieber N.. O mierzeniu fizjologicznego utlenienia i jego zmianach przy otruciach i chorobach. (Dokończenie). — 42. K. Bürkner. Przyczynki do statystyki chorób usznych. — 43. Duplay. Katetyzacja od tyłu w połączeniu z cięciem cewki moczowej w przypadkach zwężenia cewki moczowej. — List otwarty do Redakcyi. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO MĘZKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## I. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; herniotomia; wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (*hernia inguino-properitonealis*).

Opisał

**Władysław Matlakowski.**

ordynator oddziału chirurgicznego kobiecego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Dnia 27. III. 1883 r. do rzeczonoego oddziału przybył Gruszczyński Jędrzej, kamieniarz, lat 27 liczący, chuderławy, dobrze zbudowany i miernie odżywiany mężczyzna. Opowieść jego o początkach cierpienia jest niezbyt szczegółowa i niezupełnie pewna, o zdrowie swoje bowiem podobnie jak większość naszej klasy robotniczej mało dbał i siebie troskliwie nie obserwował. Opowiada między innymi, co następuje. Będąc już wyrostkiem, przy wskakiwaniu pewnego razu na konia zauważył, iż prawa połowa moszny powiększyła się i od tego czasu już pozostała większą. Od dzieciństwa miał oba jądra w mosznie. Już od dwóch lat, co jakie dwa miesiące miewał bólesci, przychodzące bez widocznej przyczyny; bólesci takie zazwyczaj trwały około doby, przyczem jednocześnie bywało zatwardzenie stolca.

W Wielki Czwartek (zatem 5 dni temu) po zjedzeniu śledzia i napiciu się zimnego piwa dostał wieczorem znowu bólesci. Od Środy już (zatem od 6 dni) nie było wypróżnień. Całą noc chory spędził bezsennie z bólu. Lekarz dopiero, który go widział nazajutrz, objaśnił go, na czem polega jego cierpienie i przepisał mu olej rycinowy, który chory brał jeszcze kilkakrotnie, oraz „sól angielską“, ale bez skutku. Wreszcie we Wtorek po Wielkiej Nocy lekarz poradził mu, żeby poszedł do kąpieli, wzięwszy ze sobą felczera, a to w celu, aby mu ten ostatni próbował odprowadzić przepuklinę. Jeśli wierzyć słowom chorego, przez cały czas lekarz sam ani razu nie próbował odprowadzić przepukliny; snadź nie uważał tego rękoczynu za rzecz godną lekarza i dla tego *more*

*antiquo* zlecił go felczerowi! Ten ostatni „napychał“ przepuklinę z kwadrans, lecz nie nie wskórał; mimo to oznajmił choremu, że przepuklinę odprowadził; poczem nałożył opaskę.

Chorego zastałem wymiotującego; wymioty trwają od Czwartku (5 dni) i powtarzają się po każdym napiciu; ostatniego dnia pokazały się wymioty z zapachem kałowym. Chory wybladły, mówi głosem cichym, osłabionym; tętno około 100, małe. Mimo to kończyny i nos ciepłe. Te względy skłoniły miejscowego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus, że uważając operację za wskazaną bezzwłocznie, przysłał po mnie, nie odkładając pomocy do dnia następnego.

Od pierwszego rzutu okiem zauważyliśmy, że w przepuklinie jest coś niezwykłego. Prawa połowa moszny mało co większa od lewej i niezbyt niżej opuszcza się niż lewa; okolica też otworu pachwinowego niezbyt wypukłona; skóra co do barwy prawidłowa. Przy macaniu ze zdziwieniem przekonywamy się, że zamiast zwykłego przy uwięzionych przepuklinach napięcia skóry na mosznie, dochodzącego nieraz do stopnia twardości jak przy *phlegmone*, znajdujemy skórę prawidłowego napięcia, sprężysto-wiotką. Dno prawej połowy worka mosznowego zajmuje jądro prawidłowego kształtu i wielkości. Resztę worka od jądra do otworu pachwinowego zajmuje jakieś trzewo, dość twarde, lecz sprężyste, wcale nie napięte, walcujące się między palcami. Skóra i części miękkie, pokrywające owo trzewo, otaczają je luźno, nie są na niem opięte i naprężone, jak to zwykle bywa przy uwięzionych przepuklinach. Idąc po niem wskazicielem w górę, zrobiwszy sobie lejkowaty fałd ze skóry moszny, przekonywamy się z niemniejszym zdziwieniem, iż otwór pachwinowy zewnętrzny wcale nie jest szczelnie przez trzewo wypełniony, zatkany; owszem, koniec palca można doskonale wprowadzić przez otwór ten do kanału pachwinowego z łatwością bez bólu, obok wyczuwanego trzewa, które nie jest oczywiście przyrosłe do brzegów otworu, skoro można końcem palca obejść je w kanale dookoła. Najciekawsze ze wszystkiego jest to, że przy próbach odprowadzenia trzewo rzeczzone daje się bez wielkiej trudności odprowadzić przez otwór pachwinowy do kanału tegoż imienia, z kądem również łatwo napowrót do moszny powraca. Jednocześnie zauważyć można, iż po odprowadzeniu, które, dodać należy, nigdy nie udało się osiągnąć całkowicie, ścianka brzuszna tuż ponad więzłem Pouparta wypukła się nieznacznie i staje się bardziej naprężoną i odporniejszą, wzdłuż tego więzła w kierunku ku *spina anterior superior*.

Brzuch chorego zapadły, ścianka przednia opięta na zawartości jamy otrzewnej. Inne kanały (pachwinowy lewy i oba udowe) nie zawierają anormalnej zawartości. Guz przy opukiwaniu dawał odgłos tępy.

Podobne odprowadzenie, jak tylko co powyżej opisane, prawdopodobnie wykonał ów felczer w kąpieli, o czem nadmieniliśmy w anamnezie. Dowodzi ono, że przeszkoda pomimo pozorne odprowadzenie nie została usuniętą i znajduje się głębiej niż obręczka pachwinowa zewnętrzna. Mając na uwadze tylko co wymienione dane, a szczególnie owo wypuklenie się ścianki brzusznej ponad więzłem Pouparta, przyszła na myśl od razu *hernia properitonealis*, przy której również, pomimo pozorne odprowadzenie, objawy uwięzienia trwają aż do zgonu chorego. Nadto, przypuszczając obecność po-



dobnej jamy pod otrzewną, mielibyśmy wytłómaczenie faktu, dlaczego przy wpychaniu zawartości przepukliny z moszny, ścianka brzuszna się wypukła: zależy to mianowicie od rozpierania ścianek jamy podotrzewnej, do której zostaje owa zawartość wpartą, gdy tymczasem w razie odprowadzenia do jamy otrzewnej nie mielibyśmy owego widocznego podnoszenia się i namacalnego naprężenia, ograniczonego jedynie do części ścianki brzusznej powyżej więzu P o u p a r t'a.

Nie utrzymuję, bym rozpoznanie postawił zupełnie napewno, przypadek bowiem był trudny; w każdym razie atoli nawet najmniej biegły w hernijologii byłby zauważył już przed przystąpieniem do operacji, że ma przed sobą coś niezwykłego.

Po naradzie z kolegami Ch e ł m i ń s k i m i S i e r p i ń s k i m i przy ich łaskawej i wielce życzliwej pomocy przystąpiłem do operacji po uprzednim ogoleniu i oczyszczeniu, skóry oraz zachloroformowaniu chorego. Kiedy jeszcze jednokrotna próba odprowadzenia po uspieniu chorego wykazała bezskuteczność podobnych usiłowań, zrobiłem cięcie od obrączki pachwinowej aż do dolnego końca prawej połowy moszny; dalej cięcia warstwami. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęło parę łyżek płynu zupełnie przezroczystego, surowiczego, bez żadnej domieszki krwi lub cząstek tkanek i t. p..

Przed nami w worku przepuklinowym leżał twór kielbasowaty, okrągły, a raczej wałkowaty, twardo-elastyczny, w którym rozpoznać można było sieć (*omentum*). Dolny koniec tego tworu kielbasowatego dwoma korzeniami włóknistymi przyczepiał się do *tunica vaginalis propria testis*, przez którą widać było przeświecające w ciasnej jamie zawarte prawe jądro. Posuwając się palcem po tylko co wspomnianym tworze ku górze, w kierunku ku jamie brzusznej, przekonywamy się po dokładnem zorientowaniu się w stosunkach, iż palec wchodzi do jamy dość obszernej, poza ścianką brzusznią położonej, daleko ku *spina ant. sup.* się rozciągającej, z której niepodobna dostać się do jamy brzusznej. Dla tem dokładniejszego rozpatrzenia stosunków i postawienia dalszych wskazań postępowania — to bowiem, co dotychczas znaleźliśmy, nie tłómaczyło nam bynajmniej objawów uwięzienia — przedłużyliśmy cięcie skórne i części włóknistych dalej ku zewnątrz i ku górze w ściance brzusznej, równoległe do więzu P o u p a r t'a, mając drugi palec w jamie. W ten sposób górny koniec cięcia odległy był od *spina ant. sup.* na 5—4 ctm.. Przytem przeciąłem pewną ilość pęczków mięsnych. Wtedy zobaczyliśmy, aczkolwiek jeszcze do jej granicy górno-zewnętrznej nie doszliśmy, że jamę wypełnia luźno w niej leżąca sieć, że tylną ściankę jamy, oddzielającą ją od jamy otrzewnej stanowi otrzewna, uginająca się pod palcem; że sieć kielbasowato skrecona wchodzi przez otwór do jamy otrzewnej, a obok sieci i na wewnątrz od niej (*medialwärts*) znajduje się ciemno-sina, prawie czarna, pętlica zacisniętej кишки. Oba te trzewa, t. j. jelito i sieć, były tak szczelnie ściśnięte, że przy próbach wsunięcia ich do jamy otrzewnej wcale się nie poddały. Wtedy ostrożnie wprowadziwszy hernijotom nadciąłem otwór ku górze, a następnie pociągając za jelito wyciągnąłem większą jego pętlę na zewnątrz. W tej pętlicy doskonale było można odróżnić część zacisniętą, która odgraniczała się od reszty dwoma prze-

weżeniami od naciskającego obwodu obrączki. Długość pętlicy uwięzionej, licząc po brzegu przeciwnym przyczepieniu kręzkowemu, wynosiła 8 ctm.. Uwięziona pętlica należała do kiszki cienkiej. Obejrzawszy jelito i znalazłszy je całem i żywym, odprowadziłem je, po uprzednim osuszeniu rany, aby przy wprowadzeniu części do jamy otrzewnej roztwór kwasu i krew nie dostały się do niej. Następnie pociągając za sieć, wyciągnęliśmy jej część na zewnątrz; wyraźnie widać również przewężenie odpowiadające zaciskającej obrączce, lecz co godne uwagi, nie ma żadnej prawie różnicy w zabarwieniu między częścią leżącą w worku przepuklinowym i częścią znajdującą się poza obrączką zaciskającą, t. j. w jamie otrzewnej. Mało życiowa sieć, złożona ze zbitej tkanki, oddawna, być może od owego zaznaczonego w anamnezie ukazania się przepukliny, spoczywająca w nowem położeniu, a do tego odżywiająca się i drugostronnie przez dwa stare i obszerne przyrosty do jądra, nie mogła tyle szwanku odnieść pod względem odżywiania przy uwięzieniu, co delikatna tkanka świeżo weszłego w otwór jelita, tembardziej, że obrączka zaciskająca daleko snadniej mogła przeciąć krwiobieg i ścisnąć naczynia kiszki, niż grubej jak kielbasa, twardej sieci. Zresztą i w sieci zauważyć można znaczną różnicę między częścią spoczywającą w worku, a częścią leżącą poza obrączką w jamie otrzewnej; podczas kiedy pierwsza skutkiem długotrwałej sprawy zapalnej jest twarda, zbita, gładka, cylindryczna, druga jest miększa i ma skład naturalny z pęczków tkanki tłuszczowej i wiązek naczyń. Podzieliwszy ją na 10 pęczków, przeprowadzałem tyleż podwiązek jedwabnych i przeciąłem sieć przed nimi, lecz poza owem przewężeniem odcisniętem na sieci przez obrączkę. Wtedy przeciąłem nożyczkami dwa mostki włókniste, któremi sieć przyrosła była do jądra. Oddzielony w ten sposób kawałek miał 18 ctm. długości i przedstawiał wałek twardy, grubości grubej kielbasy, zupełnie prawie gładki, mający w środku niewielką jamę, zatem powstały przez skręcenie się sieci jak zesychająca się kora cynamonowa i zrosnięcie brzegów wolnych ze sobą.

Po usunięciu zawartości z przepukliny można było jeszcze raz rozejrzeć się w jamie. Składała się ona z dwóch oddziałów: dolnego, zewnętrznego, leżącego w worku mosznowym i górnego czyli wewnętrznego, znajdującego się pod otrzewną, t. j. już w jamie brzusznej, połączonych ze sobą szyją, leżącą na wysokości (*au niveau*) obrączki pachwinowej zewnętrznej.

Oddział górny był bez porównania obszerniejszy od dolnego; jedną jego ściankę tworzył dół biodrowy, drugą, przednią—ścianka brzuszna, trzecią, tylną—odluszczona otrzewna. Otwór, wiodący do jamy tej ostatniej, nie znajdował się w środku ściany tylnej, lecz owszem bliżej linii pośrodkowej ciała, t. j. część jamy na wewnątrz od tego otworu, zatem od strony pęcherza, była bez porównania mniejszą, niż część ciągnąca się na zewnątrz ku *spina anterior superior*.

Oba oddziały, rzeczywiście tworzące to, co Francuzi nazywają *hernie en bissac*, były wysłane gładką, błyszczącą błoną, t. j. otrzewną, z którą bynajmniej nie była zrosniętą wypadła sieć.

Nitki od podwiązanej sieci wyprowadzono na zewnątrz i umieszczono w górnym kącie cięcia. Przez jamę przepuklinowego worka przeprowadzono gruby dren, którego koniec dolny wyprowadzono przez dolny koniec cięcia,



górnym zaś koniec umieszczono tuż przy obciętej sieci, zatykającej (umyślnie) otwór wiodący do jamy otrzewnej. Na resztę cięcia nałożono szew, zajmując weń nie tylko skórę, lecz całą grubość tkanek wraz z otrzewną wyścielającą jamę worka przepuklinowego, tak aby dren był szczelnie obsyty, a co zatem idzie, aby pozostała jak najmniejsza jama, któraby po wyciągnięciu drenu zupełnie zarosnąć mogła. Możliwem to było zupełnie w dolnym, mosznowym oddziale worka przepuklinowego; trudniej w górnym; ten atoli skutkiem napierania przez wnętrzności, zawarte w jamie otrzewnej, na jego ściankę tylną, bardzo się zmniejszył sam przez się. Zresztą spodziewałem się, iż zapalenie wywołane przez operację i przez przechodzące nitki podwiązek sieci przyczyni się do jej zarosnięcia.

Opatrunek *L i s t e r'a, opium* do środka.

Przebieg po operacji nie przedstawia nic ciekawszego. 4-go dnia po operacji na skutek zadanego kalomelu było kilka wypróżnień. Nie było bynajmniej jakiegoś mocniejszego zadrażnienia otrzewnej; brzuch pozostał przez cały czas zapadniętym i niebolesnym. Chory po 2 tygodniach opuścił szpital.

Przypadek tylko co opisany jest prawie typowym w swoim rodzaju i może służyć za przewodnika czytelnikowi w toku niniejszej pracy aż do miejsca, gdzie systematycznie rozebrane będą cechy przepuklin przedotrzewnych. Wysokiej ważności względę praktyczne, nie mówiąc już o czysto naukowej stronie, wytłómaczą nas przed czytelnikiem, że musimy nieco dłużej zatrzymać się nad tym przedmiotem, mało poruszonym w zagranicznej, a pewnie nietkniętym w naszej literaturze. Każdy lekarz do znudzenia nasłuchiwał się o różnicy między *hernia inguinalis recta* i *h. i. obliqua*, choć rozpoznania klinicznego między niemi prawie zrobić niepodobna, a nawet gdyby się je udało postawić, mało by ono wpłynęło na rodzaj pomocy chirurgicznej. Tymczasem od właściwie postawionego rozpoznania przy *hernia propperitonealis* zależy bezwarunkowo życie chorego.

Literatura o przepuklinie przedotrzewnej nie jest obszerną, lecz jest zagnatowaną; w wielu najbardziej rozpowszechnionych podręcznikach nie ma o niej żadnej wzmianki, lub jest wprost fałszywie przedstawioną i to jest drugi powód, dla którego tutaj nie jestem treściwym. Oczywiście zmuszony jestem poprzestać na szczupłej liczbie prac, każdemu bowiem wiadomo, jak niezasobną jest Warszawa co do książek lekarskich, a zwłaszcza pisarzy dawniejszych. Szczególniej zaś angielskich. W razie jeśliby ktoś chciał cofnąć się do źródeł i prac dawniejszych, musiałby jechać do Berlina, Paryża lub Londynu do biblioteki. Ztąd też niejedna wątpliwość napotykana w pracach, które się ma pod ręką, musi z braku materiału pozostać nierozstrzygniętą.

Pierwszą, zdaje się, ścisłą obserwację podał, a co ważniejsza objasnił wybornie rzecz tłómaczącym rysunkiem, *F r o r i e p* (*Chirurgische Kupfertafeln. Weimar 1846*); rysunek ten podał w swoim podręczniku *F o l l i n i D u p l a y* †), załączył go też w swojej pracy *K r o e n l e i n* ‡), który nadto przytoczył w ca-

†) *Traité de pathologie externe*. Tom VI. str. 161.

‡) *Archiv f. klin. Chir.* Tom XIX (1876) str. 408.

łości i sam opis odnośnego spostrzeżenia. Francuzcy autorowie jako pierwszego, który zwrócił uwagę na tę ciekawą odmianę przepuklin, wymieniają P a r i s e'a, który w 1852 r. przedstawił Towarzystwu Chirurgicznemu trzy odnośne spostrzeżenia. Te atoli jako też i następne spostrzeżenia nie weszły w obieg do wiedzy hernijologicznej krążącej wśród chirurgów. chociaż S t r e u b e l zestawił ich 14 w swojej pracy (*Ueber die Scheinreduktionen bei Hernien insbesondere bei eingeklemmten Hernien 1864*).

I tak, przejrzyjmy książki, jakie mamy pod ręką. G o s s e l i n w znanej monografii (X), zrobiwszy wzmiankę o 3 spostrzeżeniach P a r i s e'a, mówi: „Następujący układ jest bardzo rzadki. Istnieje jeden worek (przepuklinowy) zewnętrzny i worek wewnętrzny pod otrzewną ścienną (w dole biodrowym np.). Układ ten spostrzega się w następstwie po redukcji *en masse*. Wskutek takiego odprowadzenia worek się przemieszcza do wnętrza brzucha. W tem nowem miejscu powstają przyrosty, które go przytrzymują na stałe; tymczasem przez wolny otwór w ścianie brzusznej, nowa ilość otrzewnej zostaje wypchniętą i w ten sposób powstaje nowy worek“. W ten sposób tłumaczy G o s s e l i n obecność przepuklin w dwóch workach przepuklinowych, poczem dodaje, iż do trzech spostrzeżeń P a r i s e'a może dołączyć 5 innych zebranych u różnych autorów, atoli ani tych ostatnich, ani źródeł nie wymienia, to też pozostaje nierozstrzygniętem, czy K r o e n l e i n przytoczył je w swoim spisie przepuklin przedotrzewnych. Zpomędzy spostrzeżeń P a r i s e'a przytacza tylko jedno; nie wiadomo dla czego nie weszły do spisu dwa inne.

R i c h e t (||), który swoje znaną anatomiję topograficzną wzbogacił wielu uwagami patologicznymi, wyróżniającemi się jasnością, o przepuklinach, które nas zajmują, wcale nie wspomina.

P é a n (ǻ), pisząc w 1880 r., a zatem w lat kilka po ogłoszeniu pracy K r o e n l e i n'a, zupełnie o niej nie wspomina, a o samej przepuklinie przedotrzewnej powtarza słowo w słowo, co napisał G o s s e l i n.

W najnowszym wydaniu N é l a t o n'a (↓), wydanem przez A r m a n d'a D e s p r é s, nie ma wzmianki nietylko o pracy K r o e n l e i n'a, ale również o spostrzeżeniach P a r i s e'a i G o s s e l i n'a.

F e r g u s s o n (♂) w swoim podręczniku doskonałym, praktycznym, nie miałby, co prawda i miejsca na rzadsze zjawiska patologiczne z powodu zwięzłości książki; B i r k e t t (\*), autor znakomitej pracy o przepuklinach, w ustępie zatytułowanym: „*additional sacs, or prolongations and extensions of the vaginal process within the abdominal walls*“, zaznacza wprawdzie kilka cech charakterystycznych przepuklin przedotrzewnych, lecz również w sposób ogólnikowy; mówi on mianowicie, że w większości przypadków są to przepukliny wrodzone, że rodzaj dru-

X) Leçons sur les hernies abdominales. 1865 r. str. 22.

||) Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. 1873.

ǻ) Diagnostie et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1880. str. 635.

↓) Éléments de pathologie chirurgicale. T. V. 1882.

♂) A system of practical Surgery. 1857 r.

\*) H o l m e s. A system of Surgery Tom IV. 1870 r. str. 738.



giego worka znajdowano między powięzią brzuszną wewnętrzną i otrzewną, w odnośniku zaś przytacza P a r i s e'a. Tem dziwniejszem wydaje się milczenie P é a n'a i zwięzłość B i r k e t t'a, że nazwiska obu tych autorów spotykamy w zestawieniu przypadków, podanem przez K r o e n l e i n'a.

B r y a n t †) powtarza to, co napisał B i r k e t t, lecz zarazem załącza w krótkości swoje własne spostrzeżenie, oraz podaje rysunek (fig. 281) zdjęty z preparatu, przechowującego się w *Guy's Museum*. Rysunek jest doskonały i wielce ilustrujący cierpienie, o którym się mówi, opis jasny; nie ulega wątpliwości, że to była *hernia inguino-properitonealis*, dziwić się więc można, dla czego spostrzeżenie to nie znalazło się w zestawieniu K r o e n l e i n'a. Niewłaściwie wszelakoż B r y a n t uważa i oznacza tę formę przepukliny jako czwarty rodzaj przepuklin przemieszczonych (*displaced herniae*), nie ma ona bowiem żadnego związku z przepuklinami źle odprowadzonymi. o czem niżej będzie mowa. Przypadek B r y a n t'a jest tak charakterystyczny, iż nie waham się go tu dosłownie przytoczyć.

„Chory 36-letni, miał przepuklinę od lat 15-tu i z tego powodu nosił pasek. Przepuklina wypadła na 2 dni przed przybyciem do szpitala, lecz wepchnął ją sam chory za pomocą zwykłej manipulacji, bez większej trudności, jednak nie zauważył szmeru zwykłego, jaki towarzyszył poprzednim odprowadzeniom. Po tej redukcji powstały wymioty i ból: w takim stanie wstąpił do szpitala.

Kiedy go po raz pierwszy B. zobaczył, były już objawy uwięźnięcia; nie było żadnej przepukliny na dole, lecz pewne wzniesienie w okolicy obrączki wewnętrznej i powyżej ku kółcowi kości biodrowej; w okolicy tej wyczuwano kuliste obrzmienie. Zbadawszy to obrzmienie, B. otworzył kanał pachwinowy, poczem okazało się, że worek przepuklinowy jest pusty, zawiera jądro. Wprowadziwszy palec w pierścień wewnętrzny, napotkał tam napiętą i rozdętą kışkę. Rozszerzył przeto pierścień, poczem wysunęło się jelito, ciemnego koloru, lecz jeszcze błyszczące. Idąc dalej palcem w kierunku pętlicy, zauważył, że palec wchodzi na zewnątrz i ku dołowi do osobnej jamy, wypełnionej przez jelito, która atoli nie była jamą otrzewną. Był to oddzielny worek, wielkości prawie jaja. W górnej ścianie było połączenie z workiem przepuklinowym (zewnątrznym, już otwartym), powyżej zaś nad tem połączeniem otwór, łączący worek z jamą otrzewną. Wtedy powiększył B. ten otwór, wyciągnął kışkę z worka śródściennego i odprowadził ją do jamy brzusznej. Worek ów był wyraźnie umieszczony poniżej obrączki wewnętrznej i między mięśniami brzuszными a otrzewną“.

Tak mniej więcej stały nasze wiadomości o przepuklinie przedotrzewnej, gdy w 1876 [a następnie, rozczytawszy się w literaturze w 1880 β)] K r o e n l e i n ogłosił swoje prace, od czasu których w Niemczech zwrócono w klinikach uwagę na ten rodzaj przepukliny, dla której też przyjęto powszechnie miano, nadane jej przez tego pisarza. Przepuklinę tę bowiem dotychczas rozmaicie nazywano: *hernia inguino-interstitialis*, *hernia inguinalis externa intrailiaca*, *hernia inguinalis intraparietalis*, *hernia retroperitonealis parietalis*, *hernia parainguinalis*, *herniae en bissac*. K r o e n l e i n dobrze postąpił, że wszystkie te nazwy odrzucił, oprócz bowiem prawdziwej przepukliny przedotrzewnej opisywane były pod niemi rozmaite inne, pozornie takie same przypadki przepuklin.

†) A manual for the practice of Surgery. 1879. Tom I, str. 671.

β) *Herniologische Beobachtungen aus v. L a n g e n b e c k'schen Klinik*. Archiv. f. klin. Chir. Tom. XIX. (1871.) str. 408.

W pierwszej pracy K r o e n l e i n opisuje przypadek, który mu służył za podstawę do pracy. Dla tem lepszego wdrożenia w wyobraźnię czytelnika obrazu przepukliny przedotrzewnej, przytaczam przypadek ten w streszczeniu:

Chory, 54-letni mężczyzna, przybył na klinikę z przepukliną pachwinową prawą uwięzniętą; przepuklina wrodzona; od 27 lat chory nosił pasek; nakładanie paska było zawsze połączone z trudnościami, przy odprowadzaniu bowiem jądro podnosiło się wraz z przepukliną i pozostawało nie na dole w mosznie, lecz w górze u otworu pachwinowego zewnętrznego. Przy badaniu znaleziono w okolicy pachwinowej prawej, w kierunku kanału tegoż imienia ku mosznie obrzmienie podługowate, niewielkie; jądro znajdowało się poniżej guza. Chorego zachloroformowano i przy pierwszym lekkim naciśnięciu przepuklinę udało się odprowadzić do jamy brzusznej; jądro leży po repozycji przed obrączką pachwinową zewnętrzną; sam kanał pachwinowy przepuszcza łatwo palec wskazujący i okazuje się nie zatkanym. Mimo to objawy uwięźnięcia nie ustają; ból, wymioty, brak stolca.

Następnego dnia L a n g e n b e c k przystąpił do hernijotomii. Otworzono worek przepuklinowy nie dochodzący do samego dna moszny; worek ten jest pusty, zawiera nieco płynu przezroczystego, nie śmierdzącego. Wprowadzony palec łatwo wchodzi w górę do kanału, lecz na wysokości obrączki pachwinowej wewnętrznej koniec palca natrafia na napiętą, gładką, sprężystą błonę, t. j. kiszkę, stale tu umieszczoną. Rozcięto cały kanał pachwinowy aż do tego miejsca. Wtedy wsunawszy palec w obrączkę pachwinową wewnętrzną, L. wyczuł naprężony brzeg naciskający na kiszkę. Brzeg ten ostrożnie z dołu ku górze rozcięto, uważając go za czynnik zaciskający. Na tych miast wypływa w ogromnej ilości płyn śmierdzący, krwisty i zalewa pole operacyjne. Dla tem lepszego rozejrzenia się w stonkach rozcina L. okrywy brzuszne w kierunku ku górze i ku zewnątrz od górnego kąta rany, a po przecięciu ostatniej najgłębszej warstwy, uważanej za listek otrzewnej, okazuje się, że w otwartej jamie brzusznej (czem ona była, wyjaśniło się to dopiero przy sekcyi), w dole biodrowym, leży pętlica kiszki uległa zgorzeli, przedziurawiona, długa na 20 ctm. Pętlicę wycięto, końce kiszki zeszyto; opatrunek; na drugi dzień śmierć.

Przy sekcyi po otwarciu brzucha okazuje się, że w dole biodrowym prawym otrzewna jest podniesiona, że przez nią przeświecają кишки niebieskawym odcieniem, przez otwór odpowiadający obrączce pachwinowej wewnętrznej wychodzi z brzucha pod otrzewną pętlica jelita. Na zewnątrz (patrzac ze strony pola operacyjnego) ku *spina ant. sup.* między *fascia transversa* i odluszczo- nym, podniesionym listkiem otrzewnej, w wypukleniu rozciętym podczas operacyi, znajduje się zeszyta pętlica. To properytonealne wypuklenie jest wielkości pięści; scianka jego odpowiadająca listkowi otrzewnej zrosnięta z tą ostatnią, a zeszyta pętlica jest ruchomą i bez trudności daje się odprowadzić do jamy brzusznej przez otwór powstały przez odluszczenie otrzewnej od obrączki pachwinowej wewnętrznej.

Powyższy przypadek objaśnia K r o e n l e i n w sposób następujący. Chory miał z początku przepuklinę pachwinową mosznową wrodzoną, z niezupełnem zestąpieniem jądra; w ciągu owych 27 lat, podczas których chory nosił pasek, szyjka przepukliny odluszczyła otrzewną, wsunęła się między nią i powięź poprzeczną w kierunku ku dołowi biodrowemu; tym sposobem powstał worek, łączący się ze starym workiem przepuklinowym za pomocą ciasnej szyjki, a wraz z nim z jamą otrzewnej za pośrednictwem wspólnego otworu. Że ów worek pod otrzewną był dawnego pochodzenia, a nie świeżo powstał pod wpływem



usiłowań repozycyjnych, o tem świadczyły stare i stałe zrosty jego z listkiem otrzewnej, oraz stosunek do worka przepuklinowego zewnętrznego.

Po ogłoszeniu pracy K r o e n l e i n'a znajdujemy w literaturze następujące spostrzeżenia. N e u b e r †) opisuje przypadek z kliniki E s m a r c h'a.

26-letni mężczyzna oddawna miał prawe jądro wyżej od lewego, oraz większe wypełnienie prawej moszny, nie zmniejszające się z nocy. Objawy uwięźnięcia podczas roboty w polu. Przy przyjęciu znaleziono: prawa moszna grubsza; w niej wyczuwa się w części sprężystą, w części guzowatą twardą masę. Jądro wysoko, od górnego końca moszny idzie gruby na 2 palce kielbasowaty sznur, dający się oddzielić od leżącego za nim powrózka nasiennego; sznur ten przechodzi ku górze przez kanał pachwinowy, którego ścianę przednią wypukła na kształt pół cylindra; tuż nad więzem P o u p a r t'a leży guz płaski, wymiarem najdłuższym skierowany ku górze i ku zewnątrz, sięgający aż do *spina anterior superior*.

Cięcie 6 ctm. długie, rozpoczynające się powyżej otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, idące ku dołowi; na całej tej długości otworzono worek, z którego wypłynęła mętna ciecz. W worku tym znajduje się mocno nastrzyknięta, w części guzowato pozwijana i z jądrem ściśle zrosnięta sieć. Po oddzieleniu wielu zrostów sieć podwiązano i ponad obręczką pachwinową zewnętrzną obcięto. Ponieważ кишки jeszcze nigdzie nie było widać, ponieważ dalej cały kanał pachwinowy swobodnie przepuszczał palec, nie ulegało wątpliwości, że uwięźnięcie leżało ponad obręczką pachwinową zewnętrzną w obrębie owego wypuklenia ścianki brzusznej przedniej; dlatego też rozcięto przednią ściankę kanału pachwinowego, przedłużono cięcie nawet jeszcze za otwór pachwinowy wewnętrzny, wreszcie rozszczepiono worek na całej rozciągłości, w obrębie owego wypuklenia. Palec wprowadzony do jamy natrafia na jej dnie poprzecznie przebiegającą, twardą błonę. Przestrzeń pozostała między tą błoną i ścianką brzusznią wypełniona jest przez sieć кишки. W owej błonie istnieje otwór, w którym zaciśnięta jest pętlica jelita i sieć.

Godnem jest zaznaczenia podobieństwo w wielu punktach zachodzące między tem spostrzeżeniem a naszym. U obu chorych prawa połowa moszny była pełniejszą, większą. W obu razach w worku przepuklinowym zewnętrznym znajdowała się sieć, przyrosła do jądra, kielbasowata skrecona, twarda. N e u b e r zwraca uwagę na to, „że szczególniejszym i natychmiast wskazującym że zaciśnięcie leży wysoko, było owo wypuklenie ściany brzusznej ponad więzem P o u p a r t'a z jednej, gdy tymczasem z drugiej strony połowa guza przepuklinowego, znajdująca się pod tym więzem, nawet przy silnym nacisku nie sprawiała bólu“. Również i u mojego chorego na pierwszy rzut oka uderzało owo małe napięcie i niebolesność guza przepuklinowego w mosznie i owo wypuklenie nad więzem P o u p a r t'a.

T r e n d e l e n b u r g †) olosił spostrzeżenie bardzo do poprzedniego zbliżone.

18-letni mężczyzna; w prawej mosznie zamiast jądra wyczuwa się miękki, elastyczny, niebolesny przy naciskaniu guz, jak kurze jajo, przedłużający się ku

†) Eine *hernia inguino-properitonealis incarcerata*, geheilt durch die Hernioplastomie. Archiv. f. klin. Chir. 1881. str. 509.

†) Ueber *hernia inguino-properitonealis und hydrocele abdominalis bilocularis*. Archiv f. klin. Chir. Tom XXVI. str. 867. 1881.

górze w kanał pachwinowy. Przednia scianka brzuszna w całej okolicy podbrzuszej prawej jest nieco wypukłą; wypuklenie to zależy, jak się zdaje, od guza, znajdującego się w jamie brzusznej, wielkości dwóch pięści. Guz jest bardzo wrażliwy przy naciskaniu, naprężony, sprężysty; ku dołowi granicę jego stanowi więz *Poupart'a*; na zewnątrz sięga on niedaleko *spinæ ant. sup.*; na wewnątrz i ku górze odległy na 3—4 palce od pępka. Anamneza nie jasna. Paska nigdy chory nie nosił, lecz prawa moszna od dawna była grubsza od lewej. Rozcięto mosznę, otwarto worek, z którego nie wypłynął płyn; w worku s w o b o d n i e leżał kawał skręconej sieci, otaczający jądro ze wszystkich stron i w kilku miejscach z niem zrosnięty. Dotychczas stosunki odpowiadały przepuklinie mosznowej niewięzionej zawierającej sieć. Przypuszczając, że siedlisko uwięzienia znajduje się wyżej, T. rozciął zewnętrzną sciankę kanału pachwinowego. Na tych miało wypłynęła znaczna ilość krwawego płynu. Wprowadziwszy palec natrafił na naprężoną kiszkę; przez środek pętlicy przechodził dość mocno napięty sznur sieci. Idąc po nim palcem ku górze i ku tyłowi, dochodziło się do twardej obrączki, obejmując wałek sieci i pętlicę kiszki.

Balling §) opisał jedno spostrzeżenie, które podajemy według streszczenia z *Centralblatt f. Chirurgie*.

21-letni mężczyzna; przepuklina od dzieciństwa, prawostronna. Przy badaniu obrączka pachwinowa zewnętrzna stoi otworem; prawa okolica brzucha ponad więzem *Poupart'a* bolesna. Zatrzymanie (*retentio*) prawego jądra. Przy operacji po otwarciu worka przepuklinowego zewnętrznego i kanału pachwinowego, znaleziono w tym ostatnim jądro, które wycięto. Następnie przedłużono cięcie wzdłuż włókien *m. obliqui ext.* aż do *spinæ ant. sup.*, rozcięto worek properitonealny wielkości 2-ch pięści. Otwór do brzucha znajdował się na wewnątrz i poniżej obrączki pachwinowej wewnętrznej — i trudny był do odnalezienia.

Przytoczyliśmy tych kilka spostrzeżeń, raz dla tego, by czytelnik z nich nabrał pojęcia o traktowanej przepuklinie, powtóre dla tego, żeby zebrać tu spostrzeżenia, które nie weszły do spisu *Kroenleina*. (D. n.)

## II. DWANAŚCIE DNI TRWAJĄCE WSTRZYMANIE ODDAWANIA MOCZU.

Spostrzegat i opisał

**Z. Perkał.**

Opisany w N-rach 27 i 28 „Gazety Lekarskiej“ przez Dra Orłowskiego przypadek całkowitego powstrzymania oddawania moczu, trwającego przez 18 dni, skłania i mnie do zakomunikowania treściwego opisu podobnej anuryi, spostrzeganej przed pięciu laty. Żałuję tylko, że nie mogę, jak to zrobił D-r O., załączyć tyle pouczającego protokołu sekcyjnego, gdyż rodzina zmarłego na dokonanie sekcji zgodzić się nie chciała.

Mateusz Z..., magister weterynaryi, asesor przy urzędzie lekarskim Płockim (autor wielu artykułów z zakresu epizoocyjologii, drukowanych w Gazecie Lekarskiej), zawezwał mnie do siebie dnia 19. II. 1878 r., uwiadamiając za-

§) Heilung einer *Hernia inguino-properitonealis* durch Operation. Berlin. klin. Woch. 1882. Nr. 26.



raz w bilecie, że od 48 godzin nie oddawał moczu i że prosi o przyniesienie ze sobą kateteru.

Chory 56-letni, średniego wzrostu, budowy ciała dobrej, z wyjątkiem tyfusu i cholery w młodości przebytych, nie chorował nigdy. Prócz nierytmicznych skurczów serca, które, jak twierdził chory, od dzieciństwa już istniały u niego, zwłaszcza pod wpływem wrażeń moralnych, nie doznawał innych dolegliwości. Nierytmiczność tę uderzeń sercowych kilkakrotnie obserwowałem u chorego w przeciągu kilku lat, a przejawiała się jedynie intermisyjami niezbyt częstymi, bez żadnych podmiotowych wrażeń, jak: duszność, obawa, lub t. p. Szmerów ani w sercu samem, ani w naczyniach nie słyszałem nigdy. Od kilku lat chory zapadać począł na kolkę nerkową, która bądź sama przechodziła, bądź też ustępowała po zastrzyknięciu podskórnem morfiny, gdy ból był zbyt dolegliwy. Mocz, który kilkakrotnie widywałem, zawierał zawsze dużo moczanów i dawał obfity osad ceglasty, bez ropy; ani białka ani cukru nie zawierał. Chory nawet podczas napadu bólów na parcie do oddawania moczu się nie uskarżał, a uważał tylko, że ilość oddawanego w czasie paroksyzmu moczu bywała mniejszą. Na kilkanaście dni przed wspomnianą moją wizytą, chory uskarżał się na bóle w okolicy nerkowej, przeważnie lewej, na tyle wszakże znośne, że nie przeszkodziły choremu zajmować się praktyką. Dopiero dnia 15. II., wróciwszy z pogrzebu syna swego, poczuł tak silne bóle w okolicy nerek, iż zmuszony był położyć się do łóżka. Po przystawieniu baniek suchych i okładów ciepłych na krzyż, do czego zazwyczaj się uciekał, ból się zmniejszył i chory nazajutrz, jakkolwiek cierpiący, wyszedł na miasto, zauważył już wszakże tego dnia, że ani razu nie poczuł potrzeby oddania moczu. Zdziwiony raczej, aniżeli zaniepokojony na razie, spróbował kilkakrotnie oddawać mocz, lecz z cewki ani kropla moczu nie wyszła. Następną noc przespał dobrze, a rano, jakkolwiek nie czuł potrzeby, poszedł na nocnik, lecz moczu nie oddał. Teraz już na dobre zaniepokojony, wezwał mnie, w przekonaniu że, jak twierdził, wskutek zaziębienia nastąpić musiał skurcz zwieracza i pęcherz opróżnić się nie może. Przybywszy około południa, zastałem chorego siedzącego w łóżku, bez gorączki i nie skarżącego się na żadne bóle ani w okolicy nerek, ani pęcherza i chory jak sam zapewniał, czuł się zupełnie dobrze. Na zupełny ten brak bólów, kładę tu szczególny nacisk, jako na okoliczność, która już wówczas wydawała się nam niesłychanie dziwną. Wymacywanie i opukiwanie brzucha przekonało mnie zaraz, że pęcherz, jeżeli zawiera mocz, to z pewnością nie w ilości, jakąby mieć powinien po 48 godzinnem, jak twierdził chory, nie oddawaniu moczu. Natychmiast wprowadziłem cewnik metalowy, który z wszelką łatwością przeszedł do pęcherza, lecz jakżeż się zdziwiłem, gdy i teraz ani jedna kropla płynu nie wyciekła.

Zaleciłem kąpiel ciepłą, środek przeczyszczający i banki cięte na okolicę nerek. Wieczorem odwiedziłem chorego, a gdy mi oświadczył, że nie oddawał moczu wcale, znów wprowadziłem cewnik i znów moczu ani śladu nie znalazłem. Chory spał w nocy dobrze i ani razu moczu nie oddawał, a nazajutrz, już w obecności kilku kolegów, wezwanych na naradę, wprowadziłem znów cewnik z takimże jak poprzednio skutkiem. Toż samo powtórzyło się i wieczorem i na-

zajutrz i dni następnych aż do chwili śmierci, która nareszcie dnia 2 Marca wybawiła chorego od niedających się opisać katuszy, trwających od dwunastu dni. zwłaszcza że chory dopiero na 48 godzin przed śmiercią, zapadł w śpiączkę, jeżdząc bezwiednie w przerażający sposób.

Nadmienię tu jeszcze, że przez ciąg owych kilkunastu dni ciepłota ciała była prawidłową, a tylko w przededniu śmierci dosięgła 39,5° C. Drgawek ogólnych wcale nie było, a tylko w ostatniej dobie podczas śpiączki widzieć się dawały skurcze kloniczne już to w mięśniach twarzy, już kończyn. W ciągu ostatnich kilku dni chory oddawał często stolce nieobfite, płynne, brudno szarego koloru, przypominające zapachem mocz mocno amonijakalny. Zbytecznym byłoby wyliczać wszystko, co zalecanem było choremu w ciągu tych nieszczęsnych 12-stu dni; każdy z kolegów domysli się snadno, że nie pominięto niczego, co tylko w danym razie zastosować można było. Wszystko napróżno; od chwili, gdy po raz pierwszy odwiedziłem chorego, do śmierci jego ani kropli moczu nie widziałem.

Tak anamneza, jak i bóle, które poprzedziły anuryję, zaledwie wątpić pozwalają, że w przypadku powyższym jak i w opisanym przez D-ra O. nastąpiło zamknięcie moczowodów przez kamienie nerkowe i rozpoznanie to, naturalnie na podstawie prawdopodobieństwa, zrobiliśmy i za życia chorego.

Na zaznaczenie w przypadku tym, jak już nadmienilem, zasługuje zupełny brak bólesci przez cały czas trwania choroby, jak i bezgorączkowy stan trwający niemal do przedednia śmierci. Chory przez dni dziesięć miał się względnie zupełnie dobrze, tylko niepokój, tem większy, iż chory rozumiał położenie swoje, rósł z każdą niemal chwilą. Już na kilka dni przed ostatecznem zatruciem krwi trudno było chorego namówić na przyjęcie pokarmu, zwłaszcza płynnego, którego unikał, pragnąc zmniejszyć, o ile możności, wytwarzanie moczu, a co rozumie się powiększało jeszcze męczarnie nieszczęśliwego chorego.

Zaraz po śmierci Z., pragnąc przypadek ten zakomunikować do wiadomości kolegom, szukałem we wszystkich podręcznikach i czasopismach lekarskich, jakie udało mi się na miejscu zebrać, opisu analogicznych chorób, lecz nic podobnego nie znalazłem. Kazuistyka, zacytowana przez D-ra O., niemal cała dotyczy spostrzeżeń zebranych już po 78 roku. Być może, że pewna część obserwowanych powyższego rodzaju przypadków nie znalazła się w czasopismach dla tego głównie, że brakło im pośmiertnego anatomicznego sprawdzenia, gdyż trudno przypuścić, aby przy tak rozpowszechnionej chorobie, jaką jest *nephrolithiasis*, tak mało zdarzać się miało podobnych zejść.

A teraz pozwolę sobie postawić pytanie, co zrobić należy w przypadkach anuryi, jak opisany powyżej, gdy zwykły arsenał środków został wyczerpany bezskutecznie. Czy w takim razie pomoc w drodze operacyjnej nie jest możliwą? W „*The Lancet*” z roku zeszłego kilkakrotnie czytałem opisy nakłucia i nacięcia nerek, zrobionych przy ropnem zapaleniu miedniczek dla wydobycia ropy lub kamieni nerkowych. Tak np. w Nr. 3049-ym (z Lutego r. z.) wspomnianego czasopisma znajduje się sprawozdanie z posiedzenia „*Clinical Society*” odbytem pod prezydencją L i s t e r'a, na którym przekłucie, a nawet nacięcie (*incisio*) nerek uważano za operacyję wcale nie tak groźną, jak się to dotąd wydawało. Na-



wet krwotoki spowodowane nacięciem nerki, jak się w praktyce okazało, nie były zatrważające. Szczególnie interesującą, odnośnie do naszego przypadku, jest opowiedziana na tem posiedzeniu przez D-ra Butlin'a historia nefrolitotomii, wykonanej na 20 letnim młodzieńcu, gdzie jedynem wskazaniem do operacyi były częste paroksyzmy bólów i to w jądrze, a zatem przypuszczalnie zależące od cierpienia nerki. Chory, któremu wydobyto z naciętej nerki kamień, wielkości orzecha laskowego, wyzdrowiał zupełnie.

Niemniej ciekawemi są i opisy operacyj, wykonanych przez innych członków Towarzystwa, jak D-r Beck'a, Whigham'a i Haward'a, chociaż nie wszyscy pochwalić się mogli równie świetnymi rezultatami. Wracając do obchodzącej nas kwestyi, to w przypadku opisanym w Gazecie Lekarskiej przyczyną anuryi było wprawdzie nie zamknięcie nerki, lecz moczowodu i to po obu stronach, mimo to považam się przypuścić, że i tu jeszcze nacięcie nerki może by nie było bez korzyści dla chorego, gdyż po wypuszczeniu zebranego moczu, a ewentualnie ropy, może by się i dało co zrobić z kamieniem uwięzionym w moczowodzie. Wreszcie sekcya dopiero wykazała, i inaczej być nie mogło, że kamień uwiązł w moczowodzie, anuryja zaś mogła być taką samą, gdyby kamyk zamknął wylot jego nerkowy, co może znów miało miejsce w przypadku przeze mnie spostrzeganym. Nie przyznając sobie odpowiedniej chirurgicznej kompetencyi, kwestyi tej bliżej rozbierać nie mam zamiaru, wspominać o niej jedynie dla zwrócenia uwagi kolegów chirurgów. Gdyby było faktem dostatecznie stwierdzonym, że anuryje takie powstają zawsze przez jednoczesne zamknięcie obu moczowodów, lub chociażby tylko miedniczek nerkowych, to już tem samym pomyslny skutek operacyi, którą wypadaloby, chociażby nie od razu, dokonać po obu stronach, byłby arcy wątpliwy. Możliwą jest wszakże i ta ewentualność, że jedna nerka dawniej już funkcyjnować przestała (co bodaj w obu powyższych przypadkach przypuścić należy), a wtedy przez zapewnienie odpływu moczu z drugiej nerki oddalić można co najmniej zejście fatalne.

Wreszcie wspomnę jeszcze i o kateteryzowaniu moczowodów przez pecherz, dokonywanym w celu dyjagnostycznym, jeżeli się nie mylę, przez prof. Nussbama w Monachium z powodzeniem, które może by w przypadkach, jak opisany, było na miejscu.

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

---

### 24. Przypadek połknięcia kłosa żytniego przez 8-0 miesięczne dziecko.

Dnia 10. VII. r. b. wezwany zostałem do 8-mio miesięcznej dziewczynki K. S., której matka oświadczyła mi, że od kilku dni chora nie chce ssać, płacze, nie spi, ciągle się krztusi i miewa wolne stolce (4—6 razy na dobę). Stan był bezgorączkowy. Przy badaniu znalazłem tylko niewielkie wzdęcie brzuszka, zresztą zmian żadnych. Przyjąłem tedy, że w danym razie ma się do czynienia ze zwyczajnym nieżytem żołądka i kiszek. Zaleciłem *calomel. cum creta alba.* Przybywszy na trzeci dzień do chorej, zmiany ku lepszemu nie znalazłem, dziecic wciąż mało ssalo, płakało, brzuch miało więcej wzdęty, przepisałem *emuls.*

*amyg. dul. cum. tra. opii simp.*. Leczenie i potem poprawy nie było. Stan taki trwał trzy tygodnie. W czwartym tygodniu spostrzegłem nie wielki guz, powstały w lewym podżebrzu. Zastosowałem wtedy środki, powstrzymujące szerzenie się zapalenia. Guz jednakże szybko się zwiększył; po 6 dniach już można było wyczuć chęłbotanie. Wtedy przystąpiłem do otworzenia ropnia, z którego z ropą wypłynął kłosa żytni, wielkości 5-ciu centymetrów. Rana przy odpowiednim opatrunku szybko się zagoiła.

Nie ulega więc wątpliwości, że połknięty kłosa przedziurawił dno żołądka, sprawiwszy przedtem w otaczających częściach zapalenie, skutkiem którego te części zrosły się i ropień mógł się otworzyć na zewnątrz. Na tę wędrowkę kłosa potrzeba było około 30 dni. *Corpus delicti* zachowałem.

Biała Podlaska.

Czesław Wroczyński.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

**41. Nencki M. i Sieber N. O mierzeniu fizjologicznego utlenienia i jego zmianach przy otruciach i chorobach.** (*Ueber eine neue Methode die physiologische Oxydation zu messen und über den Einfluss der Gifte und Krankheiten auf dieselben. Pflügers Archiv. Bd. XXXI*).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 38).

W dalszym ciągu zbadano działanie soli metali ciężkich na utlenienie w ustroju. Dawniej już Dr Hess w pracowni prof. Luchsingera robił poszukiwania nad wpływem otrucia miedziowego na utlenienie u królików i widział, że odpowiednio do znacznego spadku ciepłoty tych zwierząt i ilość wydzielanego kwasu węglanego spadała do połowy.

Badał on również za pomocą benzolu siłę utlenienia w ustroju pod działaniem soli miedziowych i platynowych, przyczem ilość fenolu w moczu była o wiele mniejszą niż w stanie prawidłowym. Dr Brzeziński powtarzał w pracowni Nenckiego doświadczenia z winianem sodu i miedzi i doszedł do wyników zupełnie zgodnych z badaniami Hessa.

Wielce ciekawe są też rezultaty badań nad działaniem środków znieczulających na utlenienie mianowicie eteru, chloroformu i chlorału. Mówiąc o działaniu środków znieczulających, Cl. Bernard twierdzi, że środki te działają nietylko na układ nerwowy, lecz i na wszystkie inne tkanki ustroju, mianowicie też, iż pobudliwość protoplazmy dla tego znika, że środek znieczulający wywołuje jej krzepnięcie. Taka dotykalna zmiana żywej protoplazmy, będącej najważniejszym czynnikiem ustrojowego utlenienia, jak ją Cl. B. przede wszystkim dla eteru opisuje, musiałaby koniecznie spowodować pomniejszenie utlenienia. I w rzeczy samej przypuszczenie to sprawdzonem zostało przez N. i S. nietylko dla eteru, ale i dla chloroformu i chlorału. W jednym doświadczeniu ilość wydzielonego fenolu u królika w znieczuleniu eterem wynosiła tylko dwie trzecie ilości prawidłowej, przyczem utlenienie przede wszystkim osłabło pierwszego dnia, gdy zwierzę było znieczulonem. Już następnego dnia wydzielanie fenolu równało się ilości prawidłowej.

Tak samo, jak eter, działa też i chloroform, który podług badań Kussmala i H. Rankego wprowadza kurezliwą substancję mięśni w stan krzepnięcia; tu także utlenienie w tkankach słabnie również blisko o trzecią część.



I chloral, który przede wszystkim działa nasennie, a dopiero w większych dawkach sprowadza znieczulenie, obniża siłę utleniania w tkankach.

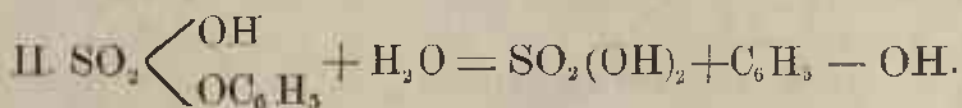
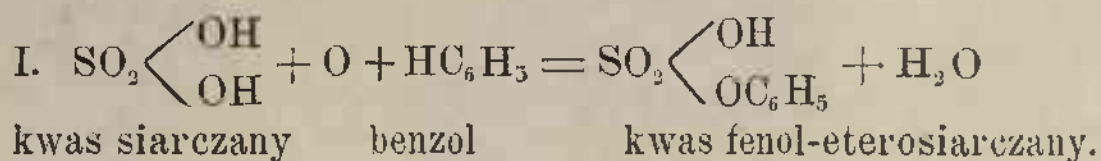
Możnaby zarzucić, że eter i chloroform dlatego obniżają utlenienie w tkankach, ponieważ niszczą roznosiciela tlenu, t. j. krążki czerwone krwi, przez co tkanki niedostatecznie w tlen zaopatrywane zostają. Według E w a l d'a psy, znajdujące się w głębokim odurzeniu morfinowym, posiadają krew o połowę lub nawet więcej w tlen uboższą. Wiadomo wszakże, że jak krew tętnicza nie jest całkowicie tlenem nasycona, tak też i krew żylna obok nieutlenionej zawiera też i utlenioną (*oxy*) hemoglobinę. S c h o e f f e r znalazł średnio dla krwi tętniczej 19,2% objętościowego tlenu, dla żylniej 11,9%; różnica więc dla obu rodzajów krwi wynosi 7,3% objętości. Za pomocą metody spektrofotometrycznej znalazł H ü f n e r jeszcze większą ilość tlenu we krwi żylniej; a i przy poświadczeniach E w a l d'a pod wpływem odurzenia (narkozy) morfinowego lub chloroformowego krew żylna zawierała zawsze oksyhemoglobinę, tylko różnica pomiędzy zawartością tlenu we krwi tętniczej i żylniej uległa pomniejszeniu. Mocz zwierząt znieczulonych w doświadczeniach N. i S. nie zawierał ani hemoglobiny, ani też białka w ogólności. Dla tego uważają oni za prawdopodobniejsze, że przyczyną zmniejszenia utlenienia nie jest brak tlenu, lecz zmienione chemiczne własności protoplazmy pod działaniem eteru, chloroformu, albo chloralu. Niewątpliwem jest, że zmniejszenie utlenienia po otruciu fosforem i miedzią jest skutkiem swoistego działania tych trucizn na żyjącą protoplazmę, pod którem to mianem zgodnie z L o e w e'm i B o k o r n y'm, autorowie nasi rozumieją ciało białkowate z luźno połączonych cząsteczek złożone, inne zaś w protoplazmie znajdujące się ciała za proste domieszki, mniej lub więcej dla życia komórki ważne, uważają. Właśnie ta okoliczność, że taka maluczka ilość fosforu, wprowadzona do tkanek, sprowadza zanikanie wcielonego protoplazmatycznego białka z komórek, może być w obecnym stanie nauki zrozumianą jedynie przez porównanie z podobnymi zjawiskami chemicznymi. Przez działanie minimalnych ilości alkali, kwasów, soli metalicznych, przez ogrzanie i t. d. odbywa się polimeryzacja ruchliwych cząsteczek aldehydów i związków cyjanu. Na przesunięciu atomów polega przejście kwasu cyjanowego w cyjanurowy, cyjanamidu w dicyjanamid i melaminę, aldehydu w paraldehyd i dalsze wytwory zagęszczenia. Możliwą jest, że przy podobnych wśródcząsteczkowych przesunięciach atomowych w żywej cząsteczce białka oswobadza się też woda, tak jak przy tworzeniu aldehydu krotonowego, lub przy zagęszczaniu aldehydów z amidami. W ruchliwej słabo związanej cząsteczce protoplazmatycznego białka takie przesunięcia atomowe muszą się odbywać w licznych miejscach, bo i martwe, z zawartości komórek wyciągnięte, białko zawiera jeszcze takie ruchome atomowe grupy, jak to się okazuje z zachowania obojętnych rozczyńców białka przy ogrzaniu do 40—60° krzepnięcia.

Najważniejszą czynnością żyjących istot, cechującym ich życia znamię jest właśnie tworzenie takich luźnych białkowych cząsteczek. Rośliny i jednokomórkowe zacynowe ustroje tworzą taką białkową cząsteczkę z prostych związków. Czy w zwierzęcych tkankach przemiana martwego pokarmowego białka w żywe białko wcielone odbywa się przez proste międzycząsteczkowe przesunięcia atomów, nie wiemy dotychczas. Autorowie nasi sądzą, iż prawdopodobnym jest, że podobnie jak w komórce roślinnej i zwierzęcej tworzenie luźnej cząsteczki białka odbywa się z prostych grup atomowych. L o e w i B o k o r n y wykazali, że redukcja alkalicznych roztworów srebrnych w komórkach zależy od tej luźnej cząsteczki białka, że zatem jest ona ciałem łatwo utleniającym, inne substancje silnie odtleniającym. N. i S. już w jednej z poprzednich prac zwrócili uwagę na to, że powstawanie atomowego (czynnego) tlenu w tkankach odbywa się wskutek gorzenia luźnego, silnie odtleniającego białka. Musi się przytem odbywać sprawa podobna, jak z aldehydami,

solami tlenkowemi i t. d.. Gdy ciała te już przez działanie cząsteczkowego tlenu ulegają utlenieniu, odszczepiają one współcześnie tlen atomowy, jak np.  $C_6H_5-CHO + O_2 = C_6H_5-CO_2H + O_1$ . Tym sposobem oprócz luźnego białka ulegają spalaniu zawarte w komórkach substancje utleniające jedynie działaniem tlenu atomowego, jak np. wprowadzony do ustroju benzol. Czy zawarta w komórkach dekstroza i tłuszcz tylko w ten sposób się spalają, czy też i one, celem zgorzenia, przechodzą częściowo w silnie odtleniające luźne cząsteczki, jest jeszcze nierozstrzygniętem pytaniem. Fakt, że ciało z tłuszczów pochodzące, w komórkach zawarte, łatwo się rozkładająca lecytyna, daleko łatwiej niż tłuszcze działaniem zwykłego cząsteczkowego tlenu się utlenia, przemawiałby za tem drugim przypuszczeniem.

Wyniki ostatnich badań N. i S. silnie popierają pogląd, że luźna cząsteczka białkowa jest właśnie tem ciałem, za pomocą którego powstaje (uwalnia się) atomowy tlen w komórkach. W istocie bowiem, większość trucizn, pomniejszych utlenienie w tkankach, zabija też zarazem i luźne białko protoplazmatyczne.

Niedawno S c h m i e d e b e r g wypowiedział był zdanie, że istoty utlenienia w ciele zwierzęcem szukać należy w syntezie, przy której uwalnia się woda, a do której potrzebnego tlenu dostarcza krew. „Utlenienie wynika z syntezy przy uwolnieniu wody“, tak brzmi odnośne określenie. Sprawę utlenienia benzolu na fenol S c h m i e d e b e r g tak przedstawia:



kwas fenoleterosiarczany      kwas siarczany      fenol.

Teoryja S c h m i e d e b e r g a nie objaśnia więc powstawania tlenu atomowego w tkankach, których udział przecież za konieczny do utlenień organicznych uznaje, przypuszcza ona istnienie już z góry atomowego tlenu. Przyjąwszy ten pogląd jako słuszny, należałoby się spodziewać, że wszędzie tam, gdzie w doświadczeniach okazało się pomniejszenie utlenienia ustrojowego, lub jego ustanie zupełne i sprawy syntetyczne odpowiednio osłabionemi być powinny. Dla tego to N. i S. po podaniu jednakowych ilości fenolu lub resorecyny, badali ilość wydzielonych kwasów eterosiarczanych w stanie prawidłowym i po otruciu eterem lub fosforem.

Pod wpływem eteru królik wydzielił tyleż kwasów eterosiarczanych co i w stanie prawidłowym. Okazało się więc, że po podaniu ciał, które wydzielone zostają w postaci kwasów eterosiarczanych, ilość tych parzystych związków pod działaniem narkozy eterowej nie ulega zmianie. Fakt zaś ten przemawia przeciw przypuszczeniu, że utlenienie i powstawanie połączeń parzystych odbywa się równobieżnie w ustroju. Co do fosforu, który, jak wyżej powiedziano, na wysokości otrucia całkowicie utlenienie powstrzymuje, okazało się, że pod jego działaniem syntetyczne sprawy nie ustają całkowicie; stwierdzono bowiem, że przy otruciu fosforem jednakże parzyste połączenia (kwasy eterosiarczane) się tworzą.

Nie można zatem wątpić, zdaniem N. i S., że sprawy syntetyczne przebiegają niezależnie od utlenienia. Tam, gdzie natężenie utlenienia osłabło, lub nawet całkowicie zniesione zostało, jeszcze zawsze odbywają się syntezy i to niemal w takim samym stopniu, jak w stanie prawidłowym. Być nawet może, że utlenienie i synteza odbywają się w pierwiastkach morfologicznie różnych.



Oprócz doświadczeń na zwierzętach, postarali się autorowie zbadać wpływ niektórych chorób na sprawy utlenienia u człowieka. Mniemali oni i słusznie, że najwybitniejsze zmiany w sile utlenienia fizjologicznego wystąpić powinny przy chorobach, w których albo ilość oksyhemoglobiny, *resp.* tlenu, znacznie jest pomniejszoną, jak to np., oprócz białaczki, dzieje się przy blednicy i niedokrwistości, lub też gdzie utleniające luźne białko tkanek głębokim ulega zmianom, jak np. przy wrzekomym przeroście mięśni, gdzie w miejsce tkanki mięśniowej zjawia się tłuszcz.

Jak już z poszukiwań na zwierzętach, tak też i na ludziach okazało się, że ilość fenolu powstającego z benzolu, stosownie do osoby wielce jest różną, że zatem ściśle porównanie wtedy tylko jest tu możebne, gdy uda się oznaczyć u tej samej osoby ilość fenolu po takiej samej dawce benzolu w stanie zdrowia i podczas choroby. Temu wymaganiu przy ostrych, wyzdrowieniem zakończonych chorobach, łatwo zadość uczynić; natomiast przy przewlekłych tylko porównanie liczących przypadków do mniej więcej pewnych doprowadza wyników.

Z badań N. i S., (których pouczające szczegóły w oryginale odczytać wypada) przytaczamy tu tabliczkę, wskazującą ilość fenolu wydzielonego po podaniu benzolu, w kilku powyżej wspomnianych chorobach w porównaniu z ilością przeciętną w stanie zdrowia, otrzymaną przez D-ra Brzezińskiego na sobie samym i dwóch innych osobach zdrowych:

	Po 2 gram. benzolu wydzielił fenolu:
1. Zdrowy człowiek . . . . .	0,616 gram.
2. Zdrowy „ . . . . .	0,8881 „
3. Ten sam zdrowy po 5 miesiącach . . . . .	0,9150 „
4. Przy zapaleniu płuc . . . . .	0,6659 „
5. „ niedokrwistości złośliwej . . . . .	0,8331 „
6. „ blednicy . . . . .	0,5772 „
7. „ białaczce . . . . .	0,125 „
8. „ wrzekomym przeroście mięśni . . . . .	0,4335 „

Liczby otrzymane u chorego na zapalenie płuc i niedokrwistość złośliwą, jak widzimy, leżą jeszcze w granicach prawidłowych osobniczych wahań. Toż samo stosuje się i do blednicy. Najznaczniejsze pomniejszenie ilości utlenionego benzolu spotykamy przy białaczce, gdyż w obec przeciętnej liczby u zdrowego = 0,8063 gram, ilość rozporządzalnego w tkankach atomowego tlenu przy białaczce blisko pięć razy jest mniejszą. Jak powyżej widzieliśmy, jest ona jeszcze mniejszą tylko przy otruciu fosforem. Ale zmiany w tkankach przy tych dwóch sprawach chorobowych i w przemianie materji wielce są od siebie różne. Już dawniej N. i S. wykazali, że przypuszczenie o przechodzeniu kwasu mlecznego do moczu przy białaczce nie zasługuje na wiarę, a jedynym stałem przy tej chorobie zjawiskiem jest zwiększenie wydzielania kwasu moczowego i ciał ksantynowych. Wobec blizkiego chemicznego pokrewieństwa między ksantyną i kwasem moczowym, łatwo było przypuścić, że w stanie prawidłowym ksantyna na kwas moczowy utlenioną zostaje, a ponieważ przy białaczce utlenienie wogóle podupada, więc i ta ostatnia zmiana nie następuje. Odnosne doświadczenie wykazało, że ksantyna ani nie zmieniona przez ustrój nie przechodzi, ani też jako kwas moczowy wydzielaną nie zostaje, lecz że prawdopodobnie w stanie prawidłowym spala się na mocznik i kwas węglany. Możliwem więc jest, że ksantyna, która podług badań ostatnich powstawać ma przy działaniu trzustki na ciała białkowe, w stanie zdrowia całkowicie się rozkłada, przy białaczce zaś, gdzie utlenienie słabnie, obficie w moczu się zjawia.

Utlenienie w ustroju zwierzęcym zależy od dwóch warunków, t. j. od ilości dostarczonego tkankom cząsteczkowego tlenu i od własności komórek tkanko-

wych, wśród których się utlenienie odbywa. Prawdopodobnie dla odbywania się tej sprawy z dostateczną siłą potrzeba by do komórek dostawał się pewien nadmiar zwykłego tlenu= $O_2$ , bo już na dość długi czas przed zupełnym utlenieniem krwi żyłnej, np. przy zaduszeniu, utlenienie odbywa się o wiele słabiej niż w stanie prawidłowym. Już w poprzednich pracach swoich wspominali autorowie, mówiąc o gorzeniu fizjologicznym, o różnicy pod tym względem pomiędzy aldehydami a żywym protoplazmatycznym białkiem w komórce zwierzęcej. Głównym i cechującym znamięm żywej zwierzęcej protoplazmy jest właśnie to, że ona bez tlenu istnieć nie może, kiedy tymczasem aldehydy bez tlenu w niczem swej natury i swych własności nie zmieniają. Ruchy samoistne protoplazmy w przestrzeni beztlenowej tylko przez czas krótki trwają dalej, a niezadługo protoplazma obumiera, mętniejąc i ulegając, przy objawach tworzenia się wałkuł, rozpadowi.

F r a e n k e l zrobił był spostrzeżenie, że psy, u których skutkiem zwięzienia sztucznego dróg oddechowych, albo przez zatrucie krążków czerwonych krwi tlenikiem węgla, dostęp tlenu do tkanek został utrudnionym, wydzielają daleko więcej mocznika, niż w stanie prawidłowym. Objaśnia on to w ten sposób, że zachodzi tu częściowe, przez brak tlenu spowodowane, obumieranie narzędzi, przy czem podległe niedokrwistości pierwiastki komórkowe, jako martwe białko, zupełnie tak samo jak białko pokarmowe (sokowe), szybko ulegają rozkładowi i rozszczepieniu. Tylko z tego punktu widzenia pojąć można, dla czego przy ostrem otruciu fosforem, gdzie nie powstaje wcale wolny tlen atomowy w tkankach, zwiększa się znacznie wydzielanie azotu, *resp.* mocznika, jak to liezni stwierdzili badacze.

W każdym razie poszukiwania N. i S. stanowią cenny bardzo i w praktycznym kierunku doskonale spożytkować się dający przyczynek do rozwiązania kwestyi o utlenieniu fizjologicznym. Za pomocą tej prostej i łatwej metody można z dostateczną ścisłością i dokładnością mierzyć i porównywać siłę sprawy gorzenia w ustroju zwierzęcym i niezawodnie też, obok innych sposobów mierzenia przeróbki organicznej, a mianowicie, obok badań oddechowej wymiany gazów, zajmie ona miejsce i w rzędzie klinicznych poszukiwań, celem rozjaśnienia niejednego, dotąd tak jeszcze zawikłanego pytania w gospodarstwie ustroju chorego człowieka.

A. Fabian.

#### 42. K. Bürkner. Przyczynki do statystyki chorób usznych (*K. Bürkner. Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten*).

W ostatnim zeszycie *Archiv für Ohrenheilkunde* podaje Bürkner ciekawą statystykę chorób usznych, z której niektóre dane zasługują na uwagę i lekarza niespecjalisty.

Badacz w pracy swej zebrał wszystkie dotąd ogłoszone sprawozdania, dotyczące chorych usznych, jak również znaczną ilość własnych przypadków.

Statystyka podana przez badacza, co do niektórych zwłaszcza danych, opiera się z tego powodu na bardzo poważnej cyfrze, gdyż przeszło 50-tysięcy usznych chorych. Z ważniejszych danych przytaczam tutaj następujące:

Najczęstszymi przyczynami cierpień usznych bywają: zaziębienie (przecięciowo 37%), choroby jamy nosogardzielowej (24%), szkarlatyna (5,2%), oraz inne choroby zakaźne, jak odra, tyfus i t. p. (od 3% do 0,2%). Usposobienie do cierpień usznych zwiększa się do 40-go roku życia, następnie maleje.

Mężczyźni ulegają częściej cierpieniom usznym niż kobiety i stosunek jest jak 3:2. Co się tyczy częstości rozwijania się cierpień usznych w różnych częściach przyrządu słuchowego, to 67% przypada na ucho średnie, 25% na ucho zewnętrzne, 8% na ucho wewnętrzne. Ucho lewe częściej bywa zajętem, w sto-



sunku 5:4-eh. Odnosnie pory roku ostre cierpienia uszne zdarzają się najczęściej na wiosnę i w zimie, tak, że w Lipcu ilość ich wynosiła tylko 12,3%, w Grudniu 37,7%. Co się tyczy statystyki wyleczeń z cierpień usznych, podaje autor cyfry przypuszczalne tylko, ponieważ wyleczenie zupełne, zwłaszcza w cierpieniach usznych długotrwałych, różnie bywa przez badaczy pojmowanem. Wyleczonych było 53%, z polepszeniem 30% niewyleczonych 7%, zmarłych 0,3%.

*Archiv für Ohrenheilkunde. XX. Tom II Zesz. 1883 r. E. Modrzejewski.*

**43. Duplay. Kateteryzacja od tyłu w połączeniu z cięciem cewki moczowej w przypadkach zwężenia cewki moczowej** (*Du cathéterisme rétrograde combiné avec l'uréthrotomie externe dans les cas de rétrécissements infranchissables de l'urèthre.*

W przypadkach zwężeń cewki, w których niepodobna przeprowadzić przewodnika (świeczki lub cewnika), operacja przecięcia cewki, czyli t. z. „*boutonniers*” (*urethrotomia externa*) bywa bardzo trudną, niekiedy poprostu niemożliwą do wykonania; wśród zmienionych tkanek i warstw krocza pod wpływem długotrwałych przetok niepodobna jest wyszukać odśrodkowego końca cewki, tak, że nieraz doświadczeni chirurgowie zmuszeni byli pozostawiać operację niedokończoną. W takich właśnie razach przy istniejącej przetoce nad spojeniem łonowem, pozostałej po przekłuciu pęcherza (*punctio vesicae*), niektórzy chirurgowie wpadli na myśl kateteryzacji od tyłu, a mianowicie wprowadziwszy zglębnik do pęcherza przez przetokę na brzuchu, starali się ją wsunąć do cewki moczowej od strony pęcherza, poczem naciskając na nią łatwo było wyczuć jej koniec w ranie na kroczu, zamiast na ślepo wyszukiwać centralny koniec cewki. Ten plan postępowania podał według *Sédillot'a Verduc*, lecz pierwszym, który go wprowadził w życie zdaje się był *Verguin*; następnie podobnie postąpili sobie *Chassaingnac*, *Sédillot*, *Voillemier*, *Giraldès*, *Duplay*.

Sposób powyższy prowadzi nader łatwo do celu; w samej rzeczy po wprowadzeniu zglębnika do cewki moczowej od tyłu (przez przetokę, pęcherz i *orificium vesicale*) i po wprowadzeniu przewodnika do cewki *per orificium cutaneum*, robi się cięcie na kroczu i wymacawszy końce obu zglębników łączy się je za pomocą przecięcia rozdzielających tkanek, poczem albo zglębnik wprowadzony od strony pęcherza przeciąga się przez całą długość cewki, albo zglębnik w cewce wsadza się w kanał szerszego zglębnika znajdującego się w pęcherzu, albo wreszcie co najlepiej końce obu zglębników, tkwiące w ranie na kroczu, związuje się nitką i wyciągając jeden z nich przewłóczy się drugi przez całą drogę moczową.

Opierając się na powyższem, *Duplay* radzi, aby w przypadkach zwężeń, których pomimo licznych usiłowań przebyć nie można, zrobić najprzód nadłonowe przecięcie pęcherza, a następnie postąpić jak wyżej powiedziano. Autor wypróbował sposób ten w jednym przypadku, którego opisem kończy swój artykuł.

*Archives générales de Médecine 1883.*

*Matlakowski.*

## LIST OTWARTY.

### Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

*Z powodu notatki D-ra Pleszczyńskiego o ospie i chorobie Werlhof'a.*

W Nr-ze 38 „Gazety Lekarskiej” pomieszczony został przez D-ra Pleszczyńskiego interesujący opis przypadku ospy, poprzedzonej przez liczne wylewy krwi w skórze; autor sądzi, że miał do czynienia z ospą i chorobą plamistą *Werlhof'a*. Uznając całą ważność opisanego

przypadku, nie zgadzam się z Szanownym autorem co do jego tłumaczenia. Że chory, o którym mowa, umarł wskutek ospy, o tem z opisu wątpić nie można; natomiast nie wydaje mi się, aby ospę poprzedzała w tym razie choroba Werlhof'a. To ostatnie cierpienie, zupełnie nieznanne pod względem swej natury, przebiega zazwyczaj bez gorączki i jeżeli takowa istnieje, to zazwyczaj pokazuje się jednocześnie z wysypką, lub nawet od niej później i zwykle nie bywa silną. Dalej chorobę Werlhof'a rozpoznawać winniśmy wtedy dopiero, kiedy zdołaliśmy wyłączyć wszelkie inne źródła krwotoków, będących objawem jakiego bądź cierpienia. W danym razie o wiele prostszemu wydaje mi się przyjąć, że wylewy w skórze były wprost t. zw. „*rash*“ „*Prodromalexanthen*“, jakie często towarzyszą pierwszemu okresowi wtargnięcia ospy. Wiadomo, że *rash* może zależeć albo wprost od ograniczonych ognisk przekrwienia, albo też od istotnych wylewów krwi. w tym ostatnim razie (*rash* krwotoczny), jeżeli *rash* jest bardzo rozległy, znamionuje na pewno prawie śmierć, choćby nawet wysypka ospowa nie była zbyt obfita; ta ostatnia przytem nie zawsze bywa krwotoczna, choć kombinacyja ta najczęściej się zdarza i nie zajmuje nigdy miejsce, które były siedliskiem *rash*. Nie ulega wątpiwości, że zarówno *rash* krwotoczny jak i choroba Werlhof'a mają jedno wspólne źródło, t. j. zaburzenia w odżywianiu ścian naczyń, ale w danym razie nie mamy potrzeby przyjmować dwóch chorób naraz, wtedy kiedy jedna dostatecznie objaśnia nam cały przebieg cierpienia i daje odpowiedzi na wszystkie pytania, postawione przez kol. Pleszczyńskiego.

Wysypka, o której mówię, mało na się zwracała uwagi w Niemczech i nawet w najnowszych dziełach (O chorobach dzieci Gerhardt'a w opracowaniu Bonn'a, Encyklopedyja Eulenburg'a art. Behrend'a) zaledwie krótką zbywaną bywa wzmianką; natomiast w pracach francuzkich i angielskich autorów znajdujemy wyczerpujący jej opis. U nas pisał o niej kol. Gajkiewicz, który zestawiał całą literaturę i podał trzy własne spostrzeżenia rzeczzonej kombinacyi. (Medycyna. 1878 r.).

T. Duin.

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* D-rowsi Leonowi Nenckiemu, zarządzającemu pracownią chemiezno-lekarską przy szpitalu Ś-go Ducha, powierzone zostały sprawy sanitarne przy urządzaniu fabryk i kwestyje sądowo-lekarskie w gubernii warszawskiej.

— Prof. Nawrocki zamierza w zimowym półroczu czytać lekcye dla Pp. Lekarzy o „Ogólnej fizyologii układu nerwowego i mięśniowego w zastosowaniu do medycyny praktycznej“ w swej pracowni w Niedzielę od 1—3 godziny. Rozpocznie te lekcye prawdopodobnie około 15 Października.

*Petersburg.* Według „St. Peters. Medic. Wochenschr.“ D-r Piętrow zatwierdzony został jako docent na katedrze medycyny sądowej w Uniwersytecie Warszawskim.

*Bern.* Na 27—30 Września zwołanym został do Bernu kongres międzynarodowego związku przeciw przymusowemu szczepieniu ospy.

*Egipt.* D-r Thuillier członek francuzkiej komisyi, wysłanej w celu badania cholery, umarł na też chorobę w Aleksandryi.

*Londyn.* „British medical Journal“ podaje interesującą statystykę przypadków śmierci w Indyjach od ukąszenia węzów. Z niej dowiadujemy się, że na 188 milionów ludności, liczba przypadków śmierci w r. 1880 wynosiła 19030, w roku zaś 1881 spadła na 18610, w tychże samych latach liczba zabitych węzów wzrosła z 212776 do 254,968. Związek przyczynowy, jakiby można upatrywać w tych dwóch szeregach danych, znajduje zaprzeczenie w fakcie, że właśnie w prowincyjach, w których najwięcej zabito węzów, wzrosła również i liczba przypadków śmierci od ukąszenia i odwrotnie, wskutek czego ogólna suma prowadzi do fałszywego wniosku.



# Plaster Thapsia

LE PERDIEL-REBOULLEAU

*jedynie przyjęty w Szpitalach*

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,  
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIJ KOSZTOWNY  
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom, Zapaleniu  
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom  
reumatycznym i artretycznym  
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekan słusznie zarzu-  
canych plastrom naśladowującym Thapsia  
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy  
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-  
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-  
nie zmniejszonych).

W Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,  
Spiessa i Syna, Sierpułowskiego, Zeuschnera,  
Ziemsńskiego i Lilpota.

## CHEMICZNO-MIKROSKOPOWA PRACOWNIA

dla celów

dyjagnostyki lekarskiej

### D-ra F. Przewoskiego

prosektora Cesarskiego Warszaw-  
skiego Uniwersytetu,

dokonywa wszelkich rozbiórów mo-  
czu, śluzu krwi, nasienia, tkanek pa-  
tologicznych i t. d.

Chmielna Nr. 26.

3—3

## O PIELEGNOWANIU CHORYCH

W DOMU I SZPITALU

PRZEKŁAD DZIEŁA Prof. BILLROTH'A  
Z DRUGIEGO NIEMIECKIEGO WYDANIA.

Cena egzemplarza zbroszurowa-  
nego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 kop.  
30.—Przesyłka pocztą kop. 40. Jest  
do nabycia we wszystkich księgarni-  
ach.

Skład główny w księgarni

Gebethnera i Wolffa. 0—11

# MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

Najczystsza woda kwaśna alkaliczna

**NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEŻWIAJĄCY**

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka  
i pęcherza moczowego.

**Pastyłki do trawienia.**

**HENRYK MATTONI (Karlsbad).**

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjalów aptecznych  
i aptekach Rosyi

**SKŁADY**

u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.

u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—15



## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

**D. T. HEINRICH**

istniejący

Zaopatrzony został w **Sól Vichy do kąpieli**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowe. 30—27

## OFNER KRÓLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukcyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, bicach serca i astmie,
4. „ febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. „ chronicznych w ogóle
6. „ lekkich cierpieniach skrofalicznych
7. „ stłuszczeniu
8. „ organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych  
i aptekach w Rosyi.

**SKŁADY** } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazañska 3 20—15  
} u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj

## Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

**FARMAKOLOGIJA**professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**Nabywać takowe można w **Redakcyi Gazety Lekarskiej**, Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—24



# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,  
następne po kop. 10.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

## OGŁOSZENIA.

„A R C O”

stacja klimatyczna zimowa w Tyrolu włoskim, jej opis i zestawienie z Me-  
ranem wraz z mapą Tyrolu i stacyi

podał i opisał Dr. Malcz

Warszawa. Gebethner i Wolff.

3—2

### Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

8—7

## DOM ZDROWIA D-ra Oltuszewskiego,

egzystujący w Warszawie od 1880 r. przeniesiony został na ulicę Długą Nr. 6 (dawny pałac  
Kronenberga). Zakład przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych na wszelkiego rodzaju cier-  
pienia. Całe utrzymanie z lekarstwami, opieką lekarską i felezerską od 2—4 rs. na dobę. 6—6

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

**ED. T. HEINRICH**

istniejący,

Zaopatrzony został w wody Vichy, tegorocznego ezerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hô-  
pital, Celestin, Hautrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy  
kamieniach żółciowych, w chorobach śledziony, w chorobie enkrowej, przy wydzielaniu piasku  
i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na  
podstawie artrytycznej rozwijających się.

30—27

KAPSUŁKI I PIGUŁKI  
Z BROMKU KAMFORY

**DOKTORA CLIN**

*Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.*

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKE FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie **PIGUŁKI ŻELAZNE Dra RABUTEAU.**

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogólności słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów. dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

**KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS**

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencyi drzewa sandalowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niezem żołądkowi.“

*(Gazeta Szpitali Paryzkich).*

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

**Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. W. Matlakowski. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; herniotomija; wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (*hernia inguino-properitonealis*). — II. Z. Perkal. Dwanaście dni trwające wstrzymanie oddawania moczu. — *Notatki lekarskie.* 24. C. Wroczyński. Przypadek polknięcia kłosa żytniego przez 8-o miesięczne dziecko. — *Dział sprawozdawczy.* 41. Nenek M. i Sieber N.. O mierzeniu fizjologicznego utlenienia i jego zmianach przy otruciach i chorobach. (Dokończenie). — 42. K. Bürkner. Przyczynki do statystyki chorób usznych. — 43. Duplay. Katetyzacja od tyłu w połączeniu z cięciem cewki moczowej w przypadkach zwężenia cewki moczowej. — List otwarty do Redakcyi. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO MĘZKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## I. Przypadek przepukliny pachwino-przedotrzewnej; herniotomija; wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewną (*hernia inguino-properitonealis*).

Opisał

**Władysław Matlakowski.**

ordynator oddziału chirurgicznego kobiecego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Dnia 27. III. 1883 r. do rzeczonoego oddziału przybył Gruszczyński Jędrzej, kamieniarz, lat 27 liczący, chuderlawy, dobrze zbudowany i miernie odżywiany mężczyzna. Opowieść jego o początkach cierpienia jest niezbyt szczegółowa i niezupełnie pewna, o zdrowie swoje bowiem podobnie jak większość naszej klasy robotniczej mało dbał i siebie troskliwie nie obserwował. Opowiada między innymi, co następuje. Będąc już wyrostkiem, przy wskakiwaniu pewnego razu na konia zauważył, iż prawa połowa moszny powiększyła się i od tego czasu już pozostała większą. Od dzieciństwa miał oba jądra w mosznie. Już od dwóch lat, co jakie dwa miesiące miewał boleści, przychodzące bez widocznej przyczyny; boleści takie zazwyczaj trwały około doby, przyczem jednocześnie bywało zatwardzenie stolca.

W Wielki Czwartek (zatem 5 dni temu) po zjedzeniu śledzia i napiciu się zimnego piwa dostał wieczorem znowu boleści. Od Środy już (zatem od 6 dni) nie było wypróżnień. Całą noc chory spędził bezsennie z bólu. Lekarz dopiero, który go widział nazajutrz, objaśnił go, na czem polega jego cierpienie i przepisał mu olej rycinowy, który chory brał jeszcze kilkakrotnie, oraz „sól angielską“, ale bez skutku. Wreszcie we Wtorek po Wielkiej Nocy lekarz poradził mu, żeby poszedł do kąpieli, wzięwszy ze sobą felczera, a to w celu, aby mu ten ostatni próbował odprowadzić przepuklinę. Jeśli wierzyć słowom chorego, przez cały czas lekarz sam ani razu nie próbował odprowadzić przepukliny; snadź nie uważał tego rękoczynu za rzecz godną lekarza i dla tego *more*

*antiquo* zlecił go felczerowi! Ten ostatni „napychał“ przepuklinę z kwadrans, lecz nie nie wskórał; mimo to oznajmił choremu, że przepuklinę odprowadził; poczem nałożył opaskę.

Chorego zastałem wymiotującego; wymioty trwają od Czwartku (5 dni) i powtarzają się po każdym napiciu; ostatniego dnia pokazały się wymioty z zapachem kałowym. Chory wybladły, mówi głosem cichym, osłabionym; tętno około 100, małe. Mimo to kończyny i nos ciepłe. Te względy skłoniły miejscowego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus, że uważając operację za wskazaną bezzwłocznie, przysłał po mnie, nie odkładając pomocy do dnia następnego.

Od pierwszego rzutu okiem zauważyliśmy, że w przepuklinie jest coś niezwykłego. Prawa połowa moszny mało co większa od lewej i niezbyt niżej opuszcza się niż lewa; okolica też otworu pachwinowego niezbyt wypukłona; skóra co do barwy prawidłowa. Przy macaniu ze zdziwieniem przekonywamy się, że zamiast zwykłego przy uwięzionych przepuklinach napięcia skóry na mosznie, dochodzącego nieraz do stopnia twardości jak przy *phlegmone*, znajdujemy skórę prawidłowego napięcia, sprężysto-wiotką. Dno prawej połowy worka mosznowego zajmuje jądro prawidłowego kształtu i wielkości. Resztę worka od jądra do otworu pachwinowego zajmuje jakieś trzewo, dość twarde, lecz sprężyste, wcale nie napięte, walcujące się między palcami. Skóra i części miękkie, pokrywające owo trzewo, otaczają je luźno, nie są na niem opięte i naprężone, jak to zwykle bywa przy uwięzionych przepuklinach. Idąc po niem wskazicielem w górę, zrobiwszy sobie lejkowaty fałd ze skóry moszny, przekonywamy się z niemniejszym zdziwieniem, iż otwór pachwinowy zewnętrzny wcale nie jest szczelnie przez trzewo wypełniony, zatkany; owszem, koniec palca można doskonale wprowadzić przez otwór ten do kanału pachwinowego z łatwością bez bólu, obok wyczuwanego trzewa, które nie jest oczywiście przyrosłe do brzegów otworu, skoro można końcem palca obejść je w kanale dookoła. Najciekawsze ze wszystkiego jest to, że przy próbach odprowadzenia trzewo rzeczone daje się bez wielkiej trudności odprowadzić przez otwór pachwinowy do kanału tegoż imienia, z kądem również łatwo napowrót do moszny powraca. Jednocześnie zauważyć można, iż po odprowadzeniu, które, dodać należy, nigdy nie udało się osiągnąć całkowicie, ścianka brzuszna tuż ponad więzłem Pouparta wypukła się nieznacznie i staje się bardziej naprężoną i odporniejszą, wzdłuż tego więzła w kierunku ku *spina anterior superior*.

Brzuch chorego zapadły, ścianka przednia opięta na zawartości jamy otrzewnej. Inne kanały (pachwinowy lewy i oba udowe) nie zawierają anormalnej zawartości. Guz przy opukiwaniu dawał odgłos tępy.

Podobne odprowadzenie, jak tylko co powyżej opisane, prawdopodobnie wykonał ów felczer w kąpieli, o czem nadmieniliśmy w anamnezie. Dowodzi ono, że przeszkoda pomimo pozorne odprowadzenie nie została usuniętą i znajduje się głębiej niż obręczka pachwinowa zewnętrzna. Mając na uwadze tylko co wymienione dane, a szczególnie owo wypuklenie się ścianki brzusznej ponad więzłem Pouparta, przyszła na myśl od razu *hernia properitonealis*, przy której również, pomimo pozorne odprowadzenie, objawy uwięzienia trwają aż do zgonu chorego. Nadto, przypuszczając obecność po-



dobnej jamy pod otrzewną, mielibyśmy wytłómaczenie faktu, dlaczego przy wpychaniu zawartości przepukliny z moszny, ścianka brzuszna się wypukła: zależy to mianowicie od rozpierania ścianek jamy podotrzewnej, do której zostaje owa zawartość wpartą, gdy tymczasem w razie odprowadzenia do jamy otrzewnej nie mielibyśmy owego widocznego podnoszenia się i namacalnego naprężenia, ograniczonego jedynie do części ścianki brzusznej powyżej więzu P o u p a r t'a.

Nie utrzymuję, bym rozpoznanie postawił zupełnie napewno, przypadek bowiem był trudny; w każdym razie atoli nawet najmniej biegły w hernijologii byłby zauważył już przed przystąpieniem do operacji, że ma przed sobą coś niezwykłego.

Po naradzie z kolegami Ch e ł m i ń s k i m i S i e r p i ń s k i m i przy ich łaskawej i wielce życzliwej pomocy przystąpiłem do operacji po uprzednim ogoleniu i oczyszczeniu, skóry oraz zachloroformowaniu chorego. Kiedy jeszcze jednokrotna próba odprowadzenia po uspieniu chorego wykazała bezskuteczność podobnych usiłowań, zrobiłem cięcie od obrączki pachwinowej aż do dolnego końca prawej połowy moszny; dalej cięcia warstwami. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęło parę łyżek płynu zupełnie przezroczystego, surowiczego, bez żadnej domieszki krwi lub cząstek tkanek i t. p..

Przed nami w worku przepuklinowym leżał twór kielbasowaty, okrągły, a raczej wałkowaty, twardo-elastyczny, w którym rozpoznać można było sieć (*omentum*). Dolny koniec tego tworu kielbasowatego dwoma korzeniami włóknistymi przyczepiał się do *tunica vaginalis propria testis*, przez którą widać było przeświecające w ciasnej jamie zawarte prawe jądro. Posuwając się palcem po tylko co wspomnianym tworze ku górze, w kierunku ku jamie brzusznej, przekonywamy się po dokładnem zorientowaniu się w stosunkach, iż palec wchodzi do jamy dość obszernej, poza ścianką brzusznią położonej, daleko ku *spina ant. sup.* się rozciągającej, z której niepodobna dostać się do jamy brzusznej. Dla tem dokładniejszego rozpatrzenia stosunków i postawienia dalszych wskazań postępowania — to bowiem, co dotychczas znaleźliśmy, nie tłómaczyło nam bynajmniej objawów uwięzienia — przedłużyliśmy cięcie skórne i części włóknistych dalej ku zewnątrz i ku górze w ściance brzusznej, równoległe do więzu P o u p a r t'a, mając drugi palec w jamie. W ten sposób górny koniec cięcia odległy był od *spina ant. sup.* na 5—4 ctm.. Przytem przeciąłem pewną ilość pęczków mięsnych. Wtedy zobaczyliśmy, aczkolwiek jeszcze do jej granicy górno-zewnętrznej nie doszliśmy, że jamę wypełnia luźno w niej leżąca sieć, że tylną ściankę jamy, oddzielającą ją od jamy otrzewnej stanowi otrzewna, uginająca się pod palcem; że sieć kielbasowato skrecona wchodzi przez otwór do jamy otrzewnej, a obok sieci i na wewnątrz od niej (*medialwärts*) znajduje się ciemno-sina, prawie czarna, pętlica zacisniętej кишки. Oba te trzewa, t. j. jelito i sieć, były tak szczelnie ściśnięte, że przy próbach wsunięcia ich do jamy otrzewnej wcale się nie poddały. Wtedy ostrożnie wprowadziwszy hernijotom nadciąłem otwór ku górze, a następnie pociągając za jelito wyciągnąłem większą jego pętlę na zewnątrz. W tej pętlicy doskonale było można odróżnić część zacisniętą, która odgraniczała się od reszty dwoma prze-

weżeniami od naciskającego obwodu obrączki. Długość pętlicy uwięzionej, licząc po brzegu przeciwnym przyczepieniu kręzkowemu, wynosiła 8 ctm.. Uwięziona pętlica należała do kiszki cienkiej. Obejrzawszy jelito i znalazłszy je całem i żywym, odprowadziłem je, po uprzednim osuszeniu rany, aby przy wprowadzeniu części do jamy otrzewnej roztwór kwasu i krew nie dostały się do niej. Następnie pociągając za sieć, wyciągnęliśmy jej część na zewnątrz; wyraźnie widać również przewężenie odpowiadające zaciskającej obrączce, lecz co godne uwagi, nie ma żadnej prawie różnicy w zabarwieniu między częścią leżącą w worku przepuklinowym i częścią znajdującą się poza obrączką zaciskającą, t. j. w jamie otrzewnej. Mało życiowa sieć, złożona ze zbitej tkanki, oddawna, być może od owego zaznaczonego w anamnezie ukazania się przepukliny, spoczywająca w nowem położeniu, a do tego odżywiająca się i drugostronnie przez dwa stare i obszerne przyrosty do jądra, nie mogła tyle szwanku odnieść pod względem odżywiania przy uwięzieniu, co delikatna tkanka świeżo weszłego w otwór jelita, tembardziej, że obrączka zaciskająca daleko snadniej mogła przeciąć krwiobieg i ścisnąć naczynia kiszki, niż grubej jak kielbasa, twardej sieci. Zresztą i w sieci zauważyć można znaczną różnicę między częścią spoczywającą w worku, a częścią leżącą poza obrączką w jamie otrzewnej; podczas kiedy pierwsza skutkiem długotrwałej sprawy zapalnej jest twarda, zbita, gładka, cylindryczna, druga jest miększa i ma skład naturalny z pęczków tkanki tłuszczowej i wiązek naczyń. Podzieliwszy ją na 10 pęczków, przeprowadzałem tyleż podwiązek jedwabnych i przeciąłem sieć przed nimi, lecz poza owem przewężeniem odcisniętem na sieci przez obrączkę. Wtedy przeciąłem nożyczkami dwa mostki włókniste, któremi sieć przyrosła była do jądra. Oddzielony w ten sposób kawałek miał 18 ctm. długości i przedstawiał wałek twardy, grubości grubej kielbasy, zupełnie prawie gładki, mający w środku niewielką jamę, zatem powstały przez skręcenie się sieci jak zesychająca się kora cynamonowa i zrosnięcie brzegów wolnych ze sobą.

Po usunięciu zawartości z przepukliny można było jeszcze raz rozejrzeć się w jamie. Składała się ona z dwóch oddziałów: dolnego, zewnętrznego, leżącego w worku mosznowym i górnego czyli wewnętrznego, znajdującego się pod otrzewną, t. j. już w jamie brzusznej, połączonych ze sobą szyją, leżącą na wysokości (*au niveau*) obrączki pachwinowej zewnętrznej.

Oddział górny był bez porównania obszerniejszy od dolnego; jedną jego ściankę tworzył dół biodrowy, drugą, przednią—ścianka brzuszna, trzecią, tylną—odluszczona otrzewna. Otwór, wiodący do jamy tej ostatniej, nie znajdował się w środku ściany tylnej, lecz owszem bliżej linii pośrodkowej ciała, t. j. część jamy na wewnątrz od tego otworu, zatem od strony pęcherza, była bez porównania mniejszą, niż część ciągnąca się na zewnątrz ku *spina anterior superior*.

Oba oddziały, rzeczywiście tworzące to, co Francuzi nazywają *hernie en bissac*, były wysłane gładką, błyszczącą błoną, t. j. otrzewną, z którą bynajmniej nie była zrosniętą wypadła sieć.

Nitki od podwiązanej sieci wyprowadzono na zewnątrz i umieszczono w górnym kącie cięcia. Przez jamę przepuklinowego worka przeprowadzono gruby dren, którego koniec dolny wyprowadzono przez dolny koniec cięcia,



górnym zaś koniec umieszczono tuż przy obciętej sieci, zatykającej (umyślnie) otwór wiodący do jamy otrzewnej. Na resztę cięcia nałożono szew, zajmując weń nie tylko skórę, lecz całą grubość tkanek wraz z otrzewną wyścielającą jamę worka przepuklinowego, tak aby dren był szczelnie obsyty, a co zatem idzie, aby pozostała jak najmniejsza jama, któraby po wyciągnięciu drenu zupełnie zarosnąć mogła. Możliwem to było zupełnie w dolnym, mosznowym oddziale worka przepuklinowego; trudniej w górnym; ten atoli skutkiem napierania przez wnętrzności, zawarte w jamie otrzewnej, na jego ściankę tylną, bardzo się zmniejszył sam przez się. Zresztą spodziewałem się, iż zapalenie wywołane przez operację i przez przechodzące nitki podwiązek sieci przyczyni się do jej zarosnięcia.

Opatrunek *L i s t e r'a*, *opium* do środka.

Przebieg po operacji nie przedstawia nic ciekawszego. 4-go dnia po operacji na skutek zadanego kalomelu było kilka wypróżnień. Nie było bynajmniej jakiegoś mocniejszego zadrażnienia otrzewnej; brzuch pozostał przez cały czas zapadniętym i niebolesnym. Chory po 2 tygodniach opuścił szpital.

Przypadek tylko co opisany jest prawie typowym w swoim rodzaju i może służyć za przewodnika czytelnikowi w toku niniejszej pracy aż do miejsca, gdzie systematycznie rozebrane będą cechy przepuklin przedotrzewnych. Wysokiej ważności względę praktyczne, nie mówiąc już o czysto naukowej stronie, wytłómaczą nas przed czytelnikiem, że musimy nieco dłużej zatrzymać się nad tym przedmiotem, mało poruszonym w zagranicznej, a pewnie nietkniętym w naszej literaturze. Każdy lekarz do znudzenia nasłuchiwał się o różnicy między *hernia inguinalis recta* i *h. i. obliqua*, choć rozpoznania klinicznego między niemi prawie zrobić niepodobna, a nawet gdyby się je udało postawić, mało by ono wpłynęło na rodzaj pomocy chirurgicznej. Tymczasem od właściwie postawionego rozpoznania przy *hernia propperitonealis* zależy bezwarunkowo życie chorego.

Literatura o przepuklinie przedotrzewnej nie jest obszerną, lecz jest zagmentowana; w wielu najbardziej rozpowszechnionych podręcznikach nie ma o niej żadnej wzmianki, lub jest wprost fałszywie przedstawioną i to jest drugi powód, dla którego tutaj nie jestem treściwym. Oczywiście zmuszony jestem poprzestać na szczupłej liczbie prac, każdemu bowiem wiadomo, jak niezasobną jest Warszawa co do książek lekarskich, a zwłaszcza pisarzy dawniejszych. Szczególniej zaś angielskich. W razie jeśliby ktoś chciał cofnąć się do źródeł i prac dawniejszych, musiałby jechać do Berlina, Paryża lub Londynu do biblioteki. Ztąd też niejedna wątpliwość napotykana w pracach, które się ma pod ręką, musi z braku materiału pozostać nierozstrzygniętą.

Pierwszą, zdaje się, ścisłą obserwację podał, a co ważniejsza objasnił wybornie rzecz tłómaczącym rysunkiem, *F r o r i e p* (*Chirurgische Kupfertafeln. Weimar 1846*); rysunek ten podał w swoim podręczniku *F o l l i n i D u p l a y* †), załączył go też w swojej pracy *K r o e n l e i n* §), który nadto przytoczył w ca-

†) *Traité de pathologie externe*. Tom VI. str. 161.

§) *Archiv f. klin. Chir.* Tom XIX (1876) str. 408.

łości i sam opis odnośnego spostrzeżenia. Francuzcy autorowie jako pierwszego, który zwrócił uwagę na tę ciekawą odmianę przepuklin, wymieniają P a r i s e'a, który w 1852 r. przedstawił Towarzystwu Chirurgicznemu trzy odnośne spostrzeżenia. Te atoli jako też i następne spostrzeżenia nie weszły w obieg do wiedzy hernijologicznej krążącej wśród chirurgów. chociaż S t r e u b e l zestawił ich 14 w swojej pracy (*Ueber die Scheinreduktionen bei Hernien insbesondere bei eingeklemmten Hernien 1864*).

I tak, przejrzyjmy książki, jakie mamy pod ręką. G o s s e l i n w znanej monografii (X), zrobiwszy wzmiankę o 3 spostrzeżeniach P a r i s e'a, mówi: „Następujący układ jest bardzo rzadki. Istnieje jeden worek (przepuklinowy) zewnętrzny i worek wewnętrzny pod otrzewną ścienną (w dole biodrowym np.). Układ ten spostrzega się w następstwie po redukcji *en masse*. Wskutek takiego odprowadzenia worek się przemieszcza do wnętrza brzucha. W tem nowem miejscu powstają przyrosty, które go przytrzymują na stałe; tymczasem przez wolny otwór w ścianie brzusznej, nowa ilość otrzewnej zostaje wypchniętą i w ten sposób powstaje nowy worek“. W ten sposób tłumaczy G o s s e l i n obecność przepuklin w dwóch workach przepuklinowych, poczem dodaje, iż do trzech spostrzeżeń P a r i s e'a może dołączyć 5 innych zebranych u różnych autorów, atoli ani tych ostatnich, ani źródeł nie wymienia, to też pozostaje nierozstrzygniętem, czy K r o e n l e i n przytoczył je w swoim spisie przepuklin przedotrzewnych. Zpomędzy spostrzeżeń P a r i s e'a przytacza tylko jedno; nie wiadomo dla czego nie weszły do spisu dwa inne.

R i c h e t (||), który swoje znaną anatomiję topograficzną wzbogacił wielu uwagami patologicznymi, wyróżniającemi się jasnością, o przepuklinach, które nas zajmują, wcale nie wspomina.

P é a n (ǻ), pisząc w 1880 r., a zatem w lat kilka po ogłoszeniu pracy K r o e n l e i n'a, zupełnie o niej nie wspomina, a o samej przepuklinie przedotrzewnej powtarza słowo w słowo, co napisał G o s s e l i n.

W najnowszym wydaniu N é l a t o n'a (↓), wydanem przez A r m a n d'a D e s p r é s, nie ma wzmianki nietylko o pracy K r o e n l e i n'a, ale również o spostrzeżeniach P a r i s e'a i G o s s e l i n'a.

F e r g u s s o n (♂) w swoim podręczniku doskonałym, praktycznym, nie miałby, co prawda i miejsca na rzadsze zjawiska patologiczne z powodu zwięzłości książki; B i r k e t t (\*), autor znakomitej pracy o przepuklinach, w ustępie zatytułowanym: „*additional sacs, or prolongations and extensions of the vaginal process within the abdominal walls*“, zaznacza wprawdzie kilka cech charakterystycznych przepuklin przedotrzewnych, lecz również w sposób ogólnikowy; mówi on mianowicie, że w większości przypadków są to przepukliny wrodzone, że rodzaj dru-

X) Leçons sur les hernies abdominales. 1865 r. str. 22.

||) Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. 1873.

ǻ) Diagnostie et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1880. str. 635.

↓) Éléments de pathologie chirurgicale. T. V. 1882.

♂) A system of practical Surgery. 1857 r.

\*) H o l m e s. A system of Surgery Tom IV. 1870 r. str. 738.



giego worka znajdowano między powięzią brzuszną wewnętrzną i otrzewną, w odnośniku zaś przytacza P a r i s e'a. Tem dziwniejszem wydaje się milczenie P é a n'a i zwięzłość B i r k e t t'a, że nazwiska obu tych autorów spotykamy w zestawieniu przypadków, podanem przez K r o e n l e i n'a.

B r y a n t †) powtarza to, co napisał B i r k e t t, lecz zarazem załącza w krótkości swoje własne spostrzeżenie, oraz podaje rysunek (fig. 281) zdjęty z preparatu, przechowującego się w *Guy's Museum*. Rysunek jest doskonały i wielce ilustrujący cierpienie, o którym się mówi, opis jasny; nie ulega wątpliwości, że to była *hernia inguino-properitonealis*, dziwić się więc można, dla czego spostrzeżenie to nie znalazło się w zestawieniu K r o e n l e i n'a. Niewłaściwie wszelakoż B r y a n t uważa i oznacza tę formę przepukliny jako czwarty rodzaj przepuklin przemieszczonych (*displaced herniae*), nie ma ona bowiem żadnego związku z przepuklinami źle odprowadzonymi. o czem niżej będzie mowa. Przypadek B r y a n t'a jest tak charakterystyczny, iż nie wahać się go tu dosłownie przytoczyć.

„Chory 36-letni, miał przepuklinę od lat 15-tu i z tego powodu nosił pasek. Przepuklina wypadła na 2 dni przed przybyciem do szpitala, lecz wepchnął ją sam chory za pomocą zwykłej manipulacji, bez większej trudności, jednak nie zauważył szmeru zwykłego, jaki towarzyszył poprzednim odprowadzeniom. Po tej redukcji powstały wymioty i ból: w takim stanie wstąpił do szpitala.

Kiedy go po raz pierwszy B. zobaczył, były już objawy uwięźnięcia; nie było żadnej przepukliny na dole, lecz pewne wzniesienie w okolicy obrączki wewnętrznej i powyżej ku kolcowi kości biodrowej; w okolicy tej wyczuwano kuliste obrzmienie. Zbadawszy to obrzmienie, B. otworzył kanał pachwinowy, poczem okazało się, że worek przepuklinowy jest pusty, zawiera jądro. Wprowadziwszy palec w pierścień wewnętrzny, napotkał tam napiętą i rozdętą kışkę. Rozszerzył przeto pierścień, poczem wysunęło się jelito, ciemnego koloru, lecz jeszcze błyszczące. Idąc dalej palcem w kierunku pętlicy, zauważył, że palec wchodzi na zewnątrz i ku dołowi do osobnej jamy, wypełnionej przez jelito, która atoli nie była jamą otrzewną. Był to oddzielny worek, wielkości prawie jaja. W górnej ściance było połączenie z workiem przepuklinowym (zewnątrznym, już otwartym), powyżej zaś nad tem połączeniem otwór, łączący worek z jamą otrzewną. Wtedy powiększył B. ten otwór, wyciągnął kışkę z worka śródściennego i odprowadził ją do jamy brzusznej. Worek ów był wyraźnie umieszczony poniżej obrączki wewnętrznej i między mięśniami brzuszными a otrzewną“.

Tak mniej więcej stały nasze wiadomości o przepuklinie przedotrzewnej, gdy w 1876 [a następnie, rozezytawszy się w literaturze w 1880 β)] K r o e n l e i n ogłosił swoje prace, od czasu których w Niemczech zwrócono w klinikach uwagę na ten rodzaj przepukliny, dla której też przyjęto powszechnie miano, nadane jej przez tego pisarza. Przepuklinę tę bowiem dotychczas rozmaicie nazywano: *hernia inguino-interstitialis*, *hernia inguinalis externa intrailiaca*, *hernia inguinalis intraparietalis*, *hernia retroperitonealis parietalis*, *hernia parainguinalis*, *herniae en bissac*. K r o e n l e i n dobrze postąpił, że wszystkie te nazwy odrzucił, oprócz bowiem prawdziwej przepukliny przedotrzewnej opisywane były pod niemi rozmaite inne, pozornie takie same przypadki przepuklin.

†) A manual for the practice of Surgery. 1879. Tom I, str. 671.

β) *Herniologische Beobachtungen aus v. L a n g e n b e c k'schen Klinik*. Archiv. f. klin. Chir. Tom. XIX. (1871.) str. 408.

W pierwszej pracy Kroenlein opisuje przypadek, który mu służył za podstawę do pracy. Dla tem lepszego wdrożenia w wyobraźnię czytelnika obrazu przepukliny przedotrzewnej, przytaczam przypadek ten w streszczeniu:

Chory, 54-letni mężczyzna, przybył na klinikę z przepukliną pachwinową prawą uwięzniętą; przepuklina wrodzona; od 27 lat chory nosił pasek; nakładanie paska było zawsze połączone z trudnościami, przy odprowadzaniu bowiem jądro podnosiło się wraz z przepukliną i pozostawało nie na dole w mosznie, lecz w górze u otworu pachwinowego zewnętrznego. Przy badaniu znaleziono w okolicy pachwinowej prawej, w kierunku kanału tegoż imienia ku mosznie obrzmienie podługowate, niewielkie; jądro znajdowało się poniżej guza. Chorego zachloroformowano i przy pierwszym lekkim naciśnięciu przepuklinę udało się odprowadzić do jamy brzusznej; jądro leży po repozycji przed obrączką pachwinową zewnętrzną; sam kanał pachwinowy przepuszcza łatwo palec wskazujący i okazuje się nie zatkanym. Mimo to objawy uwięźnięcia nie ustają; ból, wymioty, brak stolca.

Następnego dnia Langenbeck przystąpił do hernioplastyki. Otworzono worek przepuklinowy nie dochodzący do samego dna moszny; worek ten jest pusty, zawiera nieco płynu przezroczystego, nie śmierdzącego. Wprowadzony palec łatwo wchodzi w górę do kanału, lecz na wysokości obrączki pachwinowej wewnętrznej koniec palca natrafia na napiętą, gładką, sprężystą błonę, t. j. kiszki, stale tu umieszczoną. Rozcięto cały kanał pachwinowy aż do tego miejsca. Wtedy wsunawszy palec w obrączkę pachwinową wewnętrzną, L. wyczuł naprężony brzeg naciskający na kiszki. Brzeg ten ostrożnie z dołu ku górze rozcięto, uważając go za czynnik zaciskający. Natychmiast wypływa w ogromnej ilości płyn śmierdzący, krwisty i zalewa pole operacyjne. Dla tem lepszego rozejrzenia się w stosunkach rozcina L. okrywy brzuszne w kierunku ku górze i ku zewnątrz od górnego kąta rany, a po przecięciu ostatniej najgłębszej warstwy, uważanej za listek otrzewnej, okazuje się, że w otwartej jamie brzusznej (czem ona była, wyjaśniło się to dopiero przy sekcji), w dole biodrowym, leży pętlica kiszki uległa zgorzeli, przedziurawiona, długa na 20 ctm. Pętlicę wycięto, końce kiszki zeszyto; opatrunek; na drugi dzień śmierć.

Przy sekcji po otwarciu brzucha okazuje się, że w dole biodrowym prawym otrzewna jest podniesiona, że przez nią przeświecają kiszki niebieskawym odcieniem, przez otwór odpowiadający obrączce pachwinowej wewnętrznej wychodzi z brzucha pod otrzewną pętlica jelita. Na zewnątrz (patrzac ze strony pola operacyjnego) ku *spina ant. sup.* między *fascia transversa* i odluszczone, podniesionym listkiem otrzewnej, w wypukleniu rozciętym podczas operacji, znajduje się zeszyta pętlica. To properytonealne wypuklenie jest wielkości pięści; scianka jego odpowiadająca listkowi otrzewnej zrosnięta z tą ostatnią, a zeszyta pętlica jest ruchomą i bez trudności daje się odprowadzić do jamy brzusznej przez otwór powstały przez odluszczenie otrzewnej od obrączki pachwinowej wewnętrznej.

Powyższy przypadek objaśnia Kroenlein w sposób następujący. Chory miał z początku przepuklinę pachwinową mosznową wrodzoną, z niezupełnem zestąpieniem jądra; w ciągu owych 27 lat, podczas których chory nosił pasek, szyjka przepukliny odluszczyła otrzewną, wsunęła się między nią i powięź poprzeczną w kierunku ku dołowi biodrowemu; tym sposobem powstał worek, łączący się ze starym workiem przepuklinowym za pomocą ciasnej szyjki, a wraz z nim z jamą otrzewnej za pośrednictwem wspólnego otworu. Że ów worek pod otrzewną był dawnego pochodzenia, a nie świeżo powstał pod wpływem



usiłowań repozycyjnych, o tem świadczyły stare i stałe zrosty jego z listkiem otrzewnej, oraz stosunek do worka przepuklinowego zewnętrznego.

Po ogłoszeniu pracy K r o e n l e i n'a znajdujemy w literaturze następujące spostrzeżenia. N e u b e r †) opisuje przypadek z kliniki E s m a r c h'a.

26-letni mężczyzna oddawna miał prawe jądro wyżej od lewego, oraz większe wypełnienie prawej moszny, nie zmniejszające się z nocy. Objawy uwięźnięcia podczas roboty w polu. Przy przyjęciu znaleziono: prawa moszna grubsza; w niej wyczuwa się w części sprężystą, w części guzowatą twardą masę. Jądro wysoko, od górnego końca moszny idzie gruby na 2 palce kielbasowaty sznur, dający się oddzielić od leżącego za nim powrózka nasiennego; sznur ten przechodzi ku górze przez kanał pachwinowy, którego ścianę przednią wypukła na kształt pół cylindra; tuż nad więzem P o u p a r t'a leży guz płaski, wymiarem najdłuższym skierowany ku górze i ku zewnątrz, sięgający aż do *spina anterior superior*.

Cięcie 6 ctm. długie, rozpoczynające się powyżej otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, idące ku dołowi; na całej tej długości otworzono worek, z którego wypłynęła mętna ciecz. W worku tym znajduje się mocno nastrzyknięta, w części guzowato pozwijana i z jądrem ściśle zrosnięta sieć. Po oddzieleniu wielu zrostów sieć podwiązano i ponad obręczką pachwinową zewnętrzną obcięto. Ponieważ кишки jeszcze nigdzie nie było widać, ponieważ dalej cały kanał pachwinowy swobodnie przepuszczał palec, nie ulegało wątpliwości, że uwięźnięcie leżało ponad obręczką pachwinową zewnętrzną w obrębie owego wypuklenia ścianki brzusznej przedniej; dlatego też rozcięto przednią ściankę kanału pachwinowego, przedłużono cięcie nawet jeszcze za otwór pachwinowy wewnętrzny, wreszcie rozszczepiono worek na całej rozciągłości, w obrębie owego wypuklenia. Palec wprowadzony do jamy natrafia na jej dnie poprzecznie przebiegającą, twardą błonę. Przestrzeń pozostała między tą błoną i ścianką brzusznią wypełniona jest przez sieć кишки. W owej błonie istnieje otwór, w którym zaciśnięta jest pętlica jelita i sieć.

Godnem jest zaznaczenia podobieństwo w wielu punktach zachodzące między tem spostrzeżeniem a naszym. U obu chorych prawa połowa moszny była pełniejszą, większą. W obu razach w worku przepuklinowym zewnętrznym znajdowała się sieć, przyrosła do jądra, kielbasowata skrecona, twarda. N e u b e r zwraca uwagę na to, „że szczególniejszym i natychmiast wskazującym że zaciśnięcie leży wysoko, było owo wypuklenie ściany brzusznej ponad więzem P o u p a r t'a z jednej, gdy tymczasem z drugiej strony połowa guza przepuklinowego, znajdująca się pod tym więzem, nawet przy silnym nacisku nie sprawiała bólu“. Również i u mojego chorego na pierwszy rzut oka uderzało owo małe napięcie i niebolesność guza przepuklinowego w mosznie i owo wypuklenie nad więzem P o u p a r t'a.

T r e n d e l e n b u r g †) olosił spostrzeżenie bardzo do poprzedniego zbliżone.

18-letni mężczyzna; w prawej mosznie zamiast jądra wyczuwa się miękki, elastyczny, niebolesny przy naciskaniu guz, jak kurze jajo, przedłużający się ku

---

†) Eine *hernia inguino-properitonealis incarcerata*, geheilt durch die Hernioplastomie. Archiv. f. klin. Chir. 1881. str. 509.

†) Ueber *hernia inguino-properitonealis* und *hydrocele abdominalis bilocularis*. Archiv f. klin. Chir. Tom XXVI. str. 867. 1881.

górze w kanał pachwinowy. Przednia scianka brzuszna w całej okolicy podbrzuszej prawej jest nieco wypukłą; wypuklenie to zależy, jak się zdaje, od guza, znajdującego się w jamie brzusznej, wielkości dwóch pięści. Guz jest bardzo wrażliwy przy naciskaniu, naprężony, sprężysty; ku dołowi granicę jego stanowi więz *Poupart'a*; na zewnątrz sięga on niedaleko *spinæ ant. sup.*; na wewnątrz i ku górze odległy na 3—4 palce od pępka. Anamneza nie jasna. Paska nigdy chory nie nosił, lecz prawa moszna od dawna była grubsza od lewej. Rozcięto mosznę, otwarto worek, z którego nie wypłynął płyn; w worku s w o b o d n i e leżał kawał skręconej sieci, otaczający jądro ze wszystkich stron i w kilku miejscach z niem zrosnięty. Dotychczas stosunki odpowiadały przepuklinie mosznowej niewięzionej zawierającej sieć. Przypuszczając, że siedlisko uwięzienia znajduje się wyżej, T. rozciął zewnętrzną sciankę kanału pachwinowego. Na tych miało wypłynęła znaczna ilość krwawego płynu. Wprowadziwszy palec natrafił na naprężoną kiszkę; przez środek pętlicy przechodził dość mocno napięty sznur sieci. Idąc po nim palcem ku górze i ku tyłowi, dochodziło się do twardej obrączki, obejmując wałek sieci i pętlicę kiszki.

Balling 5) opisał jedno spostrzeżenie, które podajemy według streszczenia z *Centralblatt f. Chirurgie*.

21-letni mężczyzna; przepuklina od dzieciństwa, prawostronna. Przy badaniu obrączka pachwinowa zewnętrzna stoi otworem; prawa okolica brzucha ponad więzem *Poupart'a* bolesna. Zatrzymanie (*retentio*) prawego jądra. Przy operacji po otwarciu worka przepuklinowego zewnętrznego i kanału pachwinowego, znaleziono w tym ostatnim jądro, które wycięto. Następnie przedłużono cięcie wzdłuż włókien *m. obliqui ext.* aż do *spinæ ant. sup.*, rozcięto worek properitonealny wielkości 2-ch pięści. Otwór do brzucha znajdował się na wewnątrz i poniżej obrączki pachwinowej wewnętrznej — i trudny był do odnalezienia.

Przytoczyliśmy tych kilka spostrzeżeń, raz dla tego, by czytelnik z nich nabrał pojęcia o traktowanej przepuklinie, powtóre dla tego, żeby zebrać tu spostrzeżenia, które nie weszły do spisu *Kroenleina*. (D. n.)

## II. DWANAŚCIE DNI TRWAJĄCE WSTRZYMANIE ODDAWANIA MOCZU.

Spostrzegal i opisał

Z. P e r k a h l.

Opisany w N-rach 27 i 28 „Gazety Lekarskiej“ przez Dra Orłowskiego przypadek całkowitego powstrzymania oddawania moczu, trwającego przez 18 dni, skłania i mnie do zakomunikowania treściwego opisu podobnej anuryi, spostrzeganej przed pięciu laty. Żałuję tylko, że nie mogę, jak to zrobił D-r O., załączyć tyle pouczającego protokołu sekcyjnego, gdyż rodzina zmarłego na dokonanie sekcji zgodzić się nie chciała.

Mateusz Z..., magister weterynaryi, asesor przy urzędzie lekarskim Płockim (autor wielu artykułów z zakresu epizoocyjologii, drukowanych w Gazecie Lekarskiej), zawezwał mnie do siebie dnia 19. II. 1878 r., uwiadamiając za-

5) Heilung einer *Hernia inguino-properitonealis* durch Operation. Berlin. klin. Woch. 1882. Nr. 26.



raz w bilecie, że od 48 godzin nie oddawał moczu i że prosi o przyniesienie ze sobą kateteru.

Chory 56-letni, średniego wzrostu, budowy ciała dobrej, z wyjątkiem tyfusu i cholery w młodości przebytych, nie chorował nigdy. Prócz nierytmicznych skurczów serca, które, jak twierdził chory, od dzieciństwa już istniały u niego, zwłaszcza pod wpływem wrażeń moralnych, nie doznawał innych dolegliwości. Nierytmiczność tę uderzeń sercowych kilkakrotnie obserwowałem u chorego w przeciągu kilku lat, a przejawiała się jedynie intermisyjami niezbyt częstymi, bez żadnych podmiotowych wrażeń, jak: duszność, obawa, lub t. p. Szmerów ani w sercu samem, ani w naczyniach nie słyszałem nigdy. Od kilku lat chory zapadać począł na kolkę nerkową, która bądź sama przechodziła, bądź też ustępowała po zastrzyknięciu podskórnem morfiny, gdy ból był zbyt dolegliwy. Mocz, który kilkakrotnie widywałem, zawierał zawsze dużo moczanów i dawał obfity osad ceglasty, bez ropy; ani białka ani cukru nie zawierał. Chory nawet podczas napadu bólów na parcie do oddawania moczu się nie uskarżał, a uważał tylko, że ilość oddawanego w czasie paroksyzmu moczu bywała mniejszą. Na kilkanaście dni przed wspomnianą moją wizytą, chory uskarżał się na bóle w okolicy nerkowej, przeważnie lewej, na tyle wszakże znośne, że nie przeszkodziły choremu zajmować się praktyką. Dopiero dnia 15. II., wróciwszy z pogrzebu syna swego, poczuł tak silne bóle w okolicy nerek, iż zmuszony był położyć się do łóżka. Po przystawieniu baniek suchych i okładów ciepłych na krzyż, do czego zazwyczaj się uciekał, ból się zmniejszył i chory nazajutrz, jakkolwiek cierpiący, wyszedł na miasto, zauważył już wszakże tego dnia, że ani razu nie poczuł potrzeby oddania moczu. Zdziwiony raczej, aniżeli zaniepokojony na razie, spróbował kilkakrotnie oddawać mocz, lecz z cewki ani kropla moczu nie wyszła. Następną noc przespał dobrze, a rano, jakkolwiek nie czuł potrzeby, poszedł na nocnik, lecz moczu nie oddał. Teraz już na dobre zaniepokojony, wezwał mnie, w przekonaniu że, jak twierdził, wskutek zaziębienia nastąpić musiał skurcz zwieracza i pęcherz opróżnić się nie może. Przybywszy około południa, zastałem chorego siedzącego w łóżku, bez gorączki i nie skarżącego się na żadne bóle ani w okolicy nerek, ani pęcherza i chory jak sam zapewniał, czuł się zupełnie dobrze. Na zupełny ten brak bólów, kładę tu szczególny nacisk, jako na okoliczność, która już wówczas wydawała się nam niesłychanie dziwną. Wymacywanie i opukiwanie brzucha przekonało mnie zaraz, że pęcherz, jeżeli zawiera mocz, to z pewnością nie w ilości, jakąby mieć powinien po 48 godzinnem, jak twierdził chory, nie oddawaniu moczu. Natychmiast wprowadziłem cewnik metalowy, który z wszelką łatwością przeszedł do pęcherza, lecz jakżeż się zdziwiłem, gdy i teraz ani jedna kropla płynu nie wyciekła.

Zaleciłem kąpiel ciepłą, środek przeczyszczający i banki cięte na okolicę nerek. Wieczorem odwiedziłem chorego, a gdy mi oświadczył, że nie oddawał moczu wcale, znów wprowadziłem cewnik i znów moczu ani śladu nie znalazłem. Chory spał w nocy dobrze i ani razu moczu nie oddawał, a nazajutrz, już w obecności kilku kolegów, wezwanych na naradę, wprowadziłem znów cewnik z takimże jak poprzednio skutkiem. Toż samo powtórzyło się i wieczorem i na-

zajutrz i dni następnych aż do chwili śmierci, która nareszcie dnia 2 Marca wybawiła chorego od niedających się opisać katuszy, trwających od dwunastu dni. zwłaszcza że chory dopiero na 48 godzin przed śmiercią, zapadł w śpiączkę, jeżdząc bezwiednie w przerażający sposób.

Nadmienię tu jeszcze, że przez ciąg owych kilkunastu dni ciepłota ciała była prawidłową, a tylko w przededniu śmierci dosięgła 39,5° C. Drgawek ogólnych wcale nie było, a tylko w ostatniej dobie podczas śpiączki widzieć się dawały skurcze kloniczne już to w mięśniach twarzy, już kończyn. W ciągu ostatnich kilku dni chory oddawał często stolce nieobfite, płynne, brudno szarego koloru, przypominające zapachem mocz mocno amonijakalny. Zbytecznym byłoby wyliczać wszystko, co zalecanem było choremu w ciągu tych nieszczęsnych 12-stu dni; każdy z kolegów domysli się snadno, że nie pominięto niczego, co tylko w danym razie zastosować można było. Wszystko napróżno; od chwili, gdy po raz pierwszy odwiedziłem chorego, do śmierci jego ani kropli moczu nie widziałem.

Tak anamneza, jak i bóle, które poprzedziły anuryję, zaledwie wątpić pozwalają, że w przypadku powyższym jak i w opisanym przez D-ra O. nastąpiło zamknięcie moczowodów przez kamienie nerkowe i rozpoznanie to, naturalnie na podstawie prawdopodobieństwa, zrobiliśmy i za życia chorego.

Na zaznaczenie w przypadku tym, jak już nadmienilem, zasługuje zupełny brak bólesci przez cały czas trwania choroby, jak i bezgorączkowy stan trwający niemal do przedednia śmierci. Chory przez dni dziesięć miał się względnie zupełnie dobrze, tylko niepokój, tem większy, iż chory rozumiał położenie swoje, rósł z każdą niemal chwilą. Już na kilka dni przed ostatecznem zatruciem krwi trudno było chorego namówić na przyjęcie pokarmu, zwłaszcza płynnego, którego unikał, pragnąc zmniejszyć, o ile możności, wytwarzanie moczu, a co rozumie się powiększało jeszcze męczarnie nieszczęśliwego chorego.

Zaraz po śmierci Z., pragnąc przypadek ten zakomunikować do wiadomości kolegom, szukałem we wszystkich podręcznikach i czasopismach lekarskich, jakie udało mi się na miejscu zebrać, opisu analogicznych chorób, lecz nic podobnego nie znalazłem. Kazuistyka, zacytowana przez D-ra O., niemal cała dotyczy spostrzeżeń zebranych już po 78 roku. Być może, że pewna część obserwowanych powyższego rodzaju przypadków nie znalazła się w czasopismach dla tego głównie, że brakło im pośmiertnego anatomicznego sprawdzenia, gdyż trudno przypuścić, aby przy tak rozpowszechnionej chorobie, jaką jest *nephrolithiasis*, tak mało zdarzać się miało podobnych zejść.

A teraz pozwolę sobie postawić pytanie, co zrobić należy w przypadkach anuryi, jak opisany powyżej, gdy zwykły arsenał środków został wyczerpany bezskutecznie. Czy w takim razie pomoc w drodze operacyjnej nie jest możliwą? W „*The Lancet*” z roku zeszłego kilkakrotnie czytałem opisy nakłucia i nacięcia nerek, zrobionych przy ropnem zapaleniu miedniczek dla wydobycia ropy lub kamieni nerkowych. Tak np. w Nr. 3049-ym (z Lutego r. z.) wspomnianego czasopisma znajduje się sprawozdanie z posiedzenia „*Clinical Society*” odbytem pod prezydencją L i s t e r'a, na którym przekłucie, a nawet nacięcie (*incisio*) nerek uważano za operacyję wcale nie tak groźną, jak się to dotąd wydawało. Na-



wet krwotoki spowodowane nacięciem nerki, jak się w praktyce okazało, nie były zatrważające. Szczególnie interesującą, odnośnie do naszego przypadku, jest opowiedziana na tem posiedzeniu przez D-ra Butlin'a historia nefrolitotomii, wykonanej na 20 letnim młodzieńcu, gdzie jedynem wskazaniem do operacyi były częste paroksyzmy bólów i to w jądrze, a zatem przypuszczalnie zależące od cierpienia nerki. Chory, któremu wydobyto z naciętej nerki kamień, wielkości orzecha laskowego, wyzdrowiał zupełnie.

Niemniej ciekawemi są i opisy operacyj, wykonanych przez innych członków Towarzystwa, jak D-r Beck'a, Whiphama i Hawarda, chociaż nie wszyscy pochwalić się mogli równie świetnymi rezultatami. Wracając do obchodzącej nas kwestyi, to w przypadku opisanym w Gazecie Lekarskiej przyczyną anuryi było wprawdzie nie zamknięcie nerki, lecz moczowodu i to po obu stronach, mimo to poważam się przypuścić, że i tu jeszcze nacięcie nerki może by nie było bez korzyści dla chorego, gdyż po wypuszczeniu zebranego moczu, a ewentualnie ropy, może by się i dało co zrobić z kamieniem uwięzionym w moczowodzie. Wreszcie sekcya dopiero wykazała, i inaczej być nie mogło, że kamień uwiązał w moczowodzie, anuryja zaś mogła być taką samą, gdyby kamyk zamknął wylot jego nerkowy, co może znów miało miejsce w przypadku przeze mnie spostrzeganym. Nie przyznając sobie odpowiedniej chirurgicznej kompetencyi, kwestyi tej bliżej rozbierać nie mam zamiaru, wspominać o niej jedynie dla zwrócenia uwagi kolegów chirurgów. Gdyby było faktem dostatecznie stwierdzonym, że anuryje takie powstają zawsze przez jednoczesne zamknięcie obu moczowodów, lub chociażby tylko miedniczek nerkowych, to już tem samym pomyslny skutek operacyi, którą wypadaloby, chociażby nie od razu, dokonać po obu stronach, byłby arcy wątpliwy. Możliwą jest wszakże i ta ewentualność, że jedna nerka dawniej już funkcyjnować przestała (co bodaj w obu powyższych przypadkach przypuścić należy), a wtedy przez zapewnienie odpływu moczu z drugiej nerki oddalić można co najmniej zejście fatalne.

Wreszcie wspomnę jeszcze i o kateteryzowaniu moczowodów przez pęcherz, dokonywanym w celu dyjagnostycznym, jeżeli się nie mylę, przez prof. Nussbama w Monachium z powodzeniem, które może by w przypadkach, jak opisany, było na miejscu.

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

---

### 24. Przypadek połknięcia kłosa żytniego przez 8-0 miesięczne dziecko.

Dnia 10. VII. r. b. wezwany zostałem do 8-mio miesięcznej dziewczynki K. S., której matka oświadczyła mi, że od kilku dni chora nie chce ssać, płacze, nie spi, ciągle się krztusi i miewa wolne stolce (4—6 razy na dobę). Stan był bezgorączkowy. Przy badaniu znalazłem tylko niewielkie wzdęcie brzuszka, zresztą zmian żadnych. Przyjąłem tedy, że w danym razie ma się do czynienia ze zwyczajnym nieżytem żołądka i kiszek. Zaleciłem *calomel. cum creta alba*. Przybywszy na trzeci dzień do chorej, zmiany ku lepszemu nie znalazłem, dziecinnie wciąż mało ssalo, płakało, brzuch miało więcej wzdęty, przepisałem *emuls.*

*amyg. dul. cum. tra. opii simp.*. Lecz i potem poprawy nie było. Stan taki trwał trzy tygodnie. W czwartym tygodniu spostrzegłem nie wielki guz, powstały w lewym podżebrzu. Zastosowałem wtedy środki, powstrzymujące szerzenie się zapalenia. Guz jednakże szybko się zwiększył; po 6-ciu dniach już można było wyczuć chęłbotanie. Wtedy przystąpiłem do otworzenia ropnia, z którego z ropą wypłynął kłos żytni. wielkości 5-ciu centymetrów. Rana przy odpowiednim opatrunku szybko się zagoiła.

Nie ulega więc wątpliwości, że połknięty kłos przedziurawił dno żołądka, sprawiwszy przedtem w otaczających częściach zapalenie, skutkiem którego te części zrosły się i ropień mógł się otworzyć na zewnątrz. Na tę wędrówkę kłosa potrzeba było około 30 dni. *Corpus delicti* zachowałem.

Biała Podlaska.

Czesław Wroczyński.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

**41. Nencki M. i Sieber N. O mierzeniu fizjologicznego utlenienia i jego zmianach przy otruciach i chorobach.** (*Ueber eine neue Methode die physiologische Oxydation zu messen und über den Einfluss der Gifte und Krankheiten auf dieselben. Pflügers Archiv. Bd. XXXI*).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 38).

W dalszym ciągu zbadano działanie soli metali ciężkich na utlenienie w ustroju. Dawniej już Dr Hess w pracowni prof. Luchsingera robił poszukiwania nad wpływem otrucia miedziowego na utlenienie u królików i widział, że odpowiednio do znacznego spadku ciepłoty tych zwierząt i ilość wydzielanego kwasu węglanego spadała do połowy.

Badał on również za pomocą benzolu siłę utlenienia w ustroju pod działaniem soli miedzianych i platynowych, przyczem ilość fenolu w moczu była o wiele mniejszą niż w stanie prawidłowym. Dr Brzeziński powtarzał w pracowni Nenckiego doświadczenia z winianem sodu i miedzi i doszedł do wyników zupełnie zgodnych z badaniami Hessa.

Wielce ciekawe są też rezultaty badań nad działaniem środków znieczulających na utlenienie mianowicie eteru, chloroformu i chlorału. Mówiąc o działaniu środków znieczulających, Cl. Bernard twierdzi, że środki te działają nietylko na układ nerwowy, lecz i na wszystkie inne tkanki ustroju, mianowicie też, iż pobudliwość protoplazmy dla tego znika, że środek znieczulający wywołuje jej krzepnięcie. Taka dotykalna zmiana żywej protoplazmy, będącej najważniejszym czynnikiem ustrojowego utlenienia, jak ją Cl. B. przede wszystkim dla eteru opisuje, musiałaby koniecznie spowodować pomniejszenie utlenienia. I w rzeczy samej przypuszczenie to sprawdzonem zostało przez N. i S. nietylko dla eteru, ale i dla chloroformu i chlorału. W jednym doświadczeniu ilość wydzielonego fenolu u królika w znieczuleniu eterem wynosiła tylko dwie trzecie ilości prawidłowej, przyczem utlenienie przede wszystkim osłabło pierwszego dnia, gdy zwierzę było znieczulonem. Już następnego dnia wydzielanie fenolu równało się ilości prawidłowej.

Tak samo, jak eter, działa też i chloroform, który podług badań Kussmala i H. Rankego wprowadza kurezliwą substancję mięśni w stan krzepnięcia; tu także utlenienie w tkankach słabnie również blisko o trzecią część.



I chloral, który przede wszystkim działa nasennie, a dopiero w większych dawkach sprowadza znieczulenie, obniża siłę utleniania w tkankach.

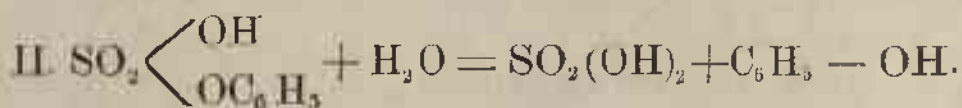
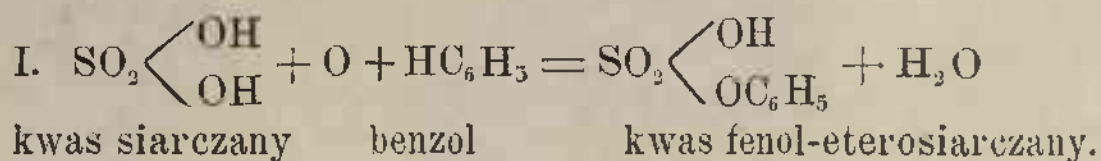
Możnaby zarzucić, że eter i chloroform dlatego obniżają utlenienie w tkankach, ponieważ niszczą roznosiciela tlenu, t. j. krążki czerwone krwi, przez co tkanki niedostatecznie w tlen zaopatrywane zostają. Według Ewald'a psy, znajdujące się w głębokim odurzeniu morfinowym, posiadają krew o połowę lub nawet więcej w tlen uboższą. Wiadomo wszakże, że jak krew tętnicza nie jest całkowicie tlenem nasycona, tak też i krew żylna obok nieutlenionej zawiera też i utlenioną (*oxy*) hemoglobinę. Schoeffler znalazł średnio dla krwi tętniczej 19,2% objętościowego tlenu, dla żylniej 11,9%; różnica więc dla obu rodzajów krwi wynosi 7,3% objętości. Za pomocą metody spektrofotometrycznej znalazł Hüfner jeszcze większą ilość tlenu we krwi żylniej; a i przy poświadczeniach Ewald'a pod wpływem odurzenia (narkozy) morfinowego lub chloroformowego krew żylna zawierała zawsze oksyhemoglobinę, tylko różnica pomiędzy zawartością tlenu we krwi tętniczej i żylniej uległa pomniejszeniu. Mocz zwierząt znieczulonych w doświadczeniach N. i S. nie zawierał ani hemoglobiny, ani też białka w ogólności. Dla tego uważają oni za prawdopodobniejsze, że przyczyną zmniejszenia utlenienia nie jest brak tlenu, lecz zmienione chemiczne własności protoplazmy pod działaniem eteru, chloroformu, albo chloralu. Niewątpliwem jest, że zmniejszenie utlenienia po otruciu fosforem i miedzią jest skutkiem swoistego działania tych trucizn na żyjącą protoplazmę, pod którem to mianem zgodnie z Loewem i Bokornym, autorowie nasi rozumieją ciało białkowane z luźno połączonych cząsteczek złożone, inne zaś w protoplazmie znajdujące się ciała za proste domieszki, mniej lub więcej dla życia komórki ważne, uważają. Właśnie ta okoliczność, że taka maluczka ilość fosforu, wprowadzona do tkanek, sprowadza zanikanie wcielonego protoplazmatycznego białka z komórek, może być w obecnym stanie nauki zrozumianą jedynie przez porównanie z podobnymi zjawiskami chemicznymi. Przez działanie minimalnych ilości alkali, kwasów, soli metalicznych, przez ogrzanie i t. d. odbywa się polimeryzacja ruchliwych cząsteczek aldehydów i związków cyjanu. Na przesunięciu atomów polega przejście kwasu cyjanowego w cyjanurowy, cyjanamidu w dicyjanamid i melaminę, aldehydu w paraldehyd i dalsze wytwory zagęszczenia. Możliwą jest, że przy podobnych wśródcząsteczkowych przesunięciach atomowych w żywej cząsteczce białka oswobadza się też woda, tak jak przy tworzeniu aldehydu krotonowego, lub przy zagęszczaniu aldehydów z amidami. W ruchliwej słabo związanej cząsteczce protoplazmatycznego białka takie przesunięcia atomowe muszą się odbywać w licznych miejscach, bo i martwe, z zawartości komórek wyciągnięte, białko zawiera jeszcze takie ruchome atomowe grupy, jak to się okazuje z zachowania obojętnych rozczyńców białka przy ogrzaniu do 40—60° krzepnięcia.

Najważniejszą czynnością żyjących istot, cechującym ich życia znamię jest właśnie tworzenie takich luźnych białkowych cząsteczek. Rośliny i jednokomórkowe zacynowe ustroje tworzą taką białkową cząsteczkę z prostych związków. Czy w zwierzęcych tkankach przemiana martwego pokarmowego białka w żywe białko wcielone odbywa się przez proste międzycząsteczkowe przesunięcia atomów, nie wiemy dotychczas. Autorowie nasi sądzą, iż prawdopodobnym jest, że podobnie jak w komórce roślinnej i zwierzęcej tworzenie luźnej cząsteczki białka odbywa się z prostych grup atomowych. Loew i Bokorny wykazali, że redukcja alkalicznych roztworów srebrnych w komórkach zależy od tej luźnej cząsteczki białka, że zatem jest ona ciałem łatwo utleniającym, inne substancje silnie odtleniającym. N. i S. już w jednej z poprzednich prac zwrócili uwagę na to, że powstawanie atomowego (czynnego) tlenu w tkankach odbywa się wskutek gorzenia luźnego, silnie odtleniającego białka. Musi się przytem odbywać sprawa podobna, jak z aldehydami,

solami tlenkowemi i t. d.. Gdy ciała te już przez działanie cząsteczkowego tlenu ulegają utlenieniu, odszczepiają one współcześnie tlen atomowy, jak np.  $C_6H_5-CHO + O_2 = C_6H_5-CO_2H + O_1$ . Tym sposobem oprócz luźnego białka ulegają spalaniu zawarte w komórkach substancyje utleniające jedynie działaniem tlenu atomowego, jak np. wprowadzony do ustroju benzol. Czy zawarta w komórkach dekstroza i tłuszcz tylko w ten sposób się spalają, czy też i one, celem zgorzenia, przechodzą częściowo w silnie odtleniające luźne cząsteczki, jest jeszcze nierozstrzygniętem pytaniem. Fakt, że ciało z tłuszczów pochodzące, w komórkach zawarte, łatwo się rozkładająca lecytyna, daleko łatwiej niż tłuszcze działaniem zwykłego cząsteczkowego tlenu się utlenia, przemawiałby za tem drugim przypuszczeniem.

Wyniki ostatnich badań N. i S. silnie popierają pogląd, że luźna cząsteczka białkowa jest właśnie tem ciałem, za pomocą którego powstaje (uwalnia się) atomowy tlen w komórkach. W istocie bowiem, większość trucizn, pomniejszych utlenienie w tkankach, zabija też zarazem i luźne białko protoplazmatyczne.

Niedawno S c h m i e d e b e r g wypowiedział był zdanie, że istoty utlenienia w ciele zwierzęcem szukać należy w syntezie, przy której uwalnia się woda, a do której potrzebnego tlenu dostarcza krew. „Utlenienie wynika z syntezy przy uwolnieniu wody“, tak brzmi odnośne określenie. Sprawę utlenienia benzolu na fenol S c h m i e d e b e r g tak przedstawia:



kwas fenoleterosiarczany      kwas siarczany      fenol.

Teoryja S c h m i e d e b e r g a nie objaśnia więc powstawania tlenu atomowego w tkankach, których udział przecież za konieczny do utlenień organicznych uznaje, przypuszcza ona istnienie już z góry atomowego tlenu. Przyjąwszy ten pogląd jako słuszny, należałoby się spodziewać, że wszędzie tam, gdzie w doświadczeniach okazało się pomniejszenie utlenienia ustrojowego, lub jego ustanie zupełne i sprawy syntetyczne odpowiednio osłabionemi być powinny. Dla tego to N. i S. po podaniu jednakowych ilości fenolu lub resorecyny, badali ilość wydzielonych kwasów eterosiarczanych w stanie prawidłowym i po otruciu eterem lub fosforem.

Pod wpływem eteru królik wydzielił tyleż kwasów eterosiarczanych co i w stanie prawidłowym. Okazało się więc, że po podaniu ciał, które wydzielone zostają w postaci kwasów eterosiarczanych, ilość tych parzystych związków pod działaniem narkozy eterowej nie ulega zmianie. Fakt zaś ten przemawia przeciw przypuszczeniu, że utlenienie i powstawanie połączeń parzystych odbywa się równobieżnie w ustroju. Co do fosforu, który, jak wyżej powiedziano, na wysokości otrucia całkowicie utlenienie powstrzymuje, okazało się, że pod jego działaniem syntetyczne sprawy nie ustają całkowicie; stwierdzono bowiem, że przy otruciu fosforem jednakże parzyste połączenia (kwasy eterosiarczane) się tworzą.

Nie można zatem wątpić, zdaniem N. i S., że sprawy syntetyczne przebiegają niezależnie od utlenienia. Tam, gdzie natężenie utlenienia osłabło, lub nawet całkowicie zniesione zostało, jeszcze zawsze odbywają się syntezy i to niemal w takim samym stopniu, jak w stanie prawidłowym. Być nawet może, że utlenienie i synteza odbywają się w pierwiastkach morfologicznie różnych.



Oprócz doświadczeń na zwierzętach, postarali się autorowie zbadać wpływ niektórych chorób na sprawy utlenienia u człowieka. Mniemali oni i słusznie, że najwybitniejsze zmiany w sile utlenienia fizjologicznego wystąpić powinny przy chorobach, w których albo ilość oksyhemoglobiny, *resp.* tlenu, znacznie jest pomniejszoną, jak to np., oprócz białaczki, dzieje się przy blednicy i niedokrwistości, lub też gdzie utleniające luźne białko tkanek głębokim ulega zmianom, jak np. przy wrzekomym przeroście mięśni, gdzie w miejsce tkanki mięśniowej zjawia się tłuszcz.

Jak już z poszukiwań na zwierzętach, tak też i na ludziach okazało się, że ilość fenolu powstającego z benzolu, stosownie do osoby wielce jest różną, że zatem ściśle porównanie wtedy tylko jest tu możebne, gdy uda się oznaczyć u tej samej osoby ilość fenolu po takiej samej dawce benzolu w stanie zdrowia i podczas choroby. Temu wymaganiu przy ostrych, wyzdrowieniem zakończonych chorobach, łatwo zadość uczynić; natomiast przy przewlekłych tylko porównanie liczących przypadków do mniej więcej pewnych doprowadza wyników.

Z badań N. i S., (których pouczające szczegóły w oryginale odczytać wypada) przytaczamy tu tabliczkę, wskazującą ilość fenolu wydzielonego po podaniu benzolu, w kilku powyżej wspomnianych chorobach w porównaniu z ilością przeciętną w stanie zdrowia, otrzymaną przez D-ra Brzezińskiego na sobie samym i dwóch innych osobach zdrowych:

	Po 2 gram. benzolu wydzielił fenolu:
1. Zdrowy człowiek . . . . .	0,616 gram.
2. Zdrowy „ . . . . .	0,8881 „
3. Ten sam zdrowy po 5 miesiącach . . . . .	0,9150 „
4. Przy zapaleniu płuc . . . . .	0,6659 „
5. „ niedokrwistości złośliwej . . . . .	0,8331 „
6. „ blednicy . . . . .	0,5772 „
7. „ białaczce . . . . .	0,125 „
8. „ wrzekomym przeroście mięśni . . . . .	0,4335 „

Liczby otrzymane u chorego na zapalenie płuc i niedokrwistość złośliwą, jak widzimy, leżą jeszcze w granicach prawidłowych osobniczych wahań. Toż samo stosuje się i do blednicy. Najznacześniejsze pomniejszenie ilości utlenionego benzolu spotykamy przy białaczce, gdyż w obec przeciętnej liczby u zdrowego = 0,8063 gram, ilość rozporządzalnego w tkankach atomowego tlenu przy białaczce blisko pięć razy jest mniejszą. Jak powyżej widzieliśmy, jest ona jeszcze mniejszą tylko przy otruciu fosforem. Ale zmiany w tkankach przy tych dwóch sprawach chorobowych i w przemianie materji wielce są od siebie różne. Już dawniej N. i S. wykazali, że przypuszczenie o przechodzeniu kwasu mlecznego do moczu przy białaczce nie zasługuje na wiarę, a jedynym stałem przy tej chorobie zjawiskiem jest zwiększenie wydzielania kwasu moczowego i ciał ksantynowych. Wobec blizkiego chemicznego pokrewieństwa między ksantyną i kwasem moczowym, łatwo było przypuścić, że w stanie prawidłowym ksantyna na kwas moczowy utlenioną zostaje, a ponieważ przy białaczce utlenienie wogóle podupada, więc i ta ostatnia zmiana nie następuje. Odnosne doświadczenie wykazało, że ksantyna ani nie zmieniona przez ustrój nie przechodzi, ani też jako kwas moczowy wydzielaną nie zostaje, lecz że prawdopodobnie w stanie prawidłowym spala się na mocznik i kwas węglany. Możliwem więc jest, że ksantyna, która podług badań ostatnich powstawać ma przy działaniu trzustki na ciała białkowe, w stanie zdrowia całkowicie się rozkłada, przy białaczce zaś, gdzie utlenienie słabnie, obficie w moczu się zjawia.

Utlenienie w ustroju zwierzęcym zależy od dwóch warunków, t. j. od ilości dostarczonego tkankom cząsteczkowego tlenu i od własności komórek tkanko-

wych, wśród których się utlenienie odbywa. Prawdopodobnie dla odbywania się tej sprawy z dostateczną siłą potrzeba by do komórek dostawał się pewien nadmiar zwykłego tlenu= $O_2$ , bo już na dość długi czas przed zupełnym utlenieniem krwi żyłnej, np. przy zaduszeniu, utlenienie odbywa się o wiele słabiej niż w stanie prawidłowym. Już w poprzednich pracach swoich wspominali autorowie, mówiąc o gorzeniu fizjologicznym, o różnicy pod tym względem pomiędzy aldehydami a żywym protoplazmatycznym białkiem w komórce zwierzęcej. Głównym i cechującym znamięm żywej zwierzęcej protoplazmy jest właśnie to, że ona bez tlenu istnieć nie może, kiedy tymczasem aldehydy bez tlenu w niczem swej natury i swych własności nie zmieniają. Ruchy samoistne protoplazmy w przestrzeni beztlenowej tylko przez czas krótki trwają dalej, a niezadługo protoplazma obumiera, mętniejąc i ulegając, przy objawach tworzenia się wakuol, rozpadowi.

Fraenkel zrobił był spostrzeżenie, że psy, u których skutkiem zwięzienia sztucznego dróg oddechowych, albo przez zatrucie krążków czerwonych krwi tlenikiem węgla, dostęp tlenu do tkanek został utrudnionym, wydzielają daleko więcej mocznika, niż w stanie prawidłowym. Objaśnia on to w ten sposób, że zachodzi tu częściowe, przez brak tlenu spowodowane, obumieranie narzędzi, przy czem podległe niedokrwistości pierwiastki komórkowe, jako martwe białko, zupełnie tak samo jak białko pokarmowe (sokowe), szybko ulegają rozkładowi i rozszczepieniu. Tylko z tego punktu widzenia pojąć można, dla czego przy ostrem otruciu fosforem, gdzie nie powstaje wcale wolny tlen atomowy w tkankach, zwiększa się znacznie wydzielanie azotu, *resp.* mocznika, jak to liezni stwierdzili badacze.

W każdym razie poszukiwania N. i S. stanowią cenny bardzo i w praktycznym kierunku doskonale spożytkować się dający przyczynek do rozwiązania kwestyi o utlenieniu fizjologicznym. Za pomocą tej prostej i łatwej metody można z dostateczną ścisłością i dokładnością mierzyć i porównywać siłę sprawy gorzenia w ustroju zwierzęcym i niezawodnie też, obok innych sposobów mierzenia przeróbki organicznej, a mianowicie, obok badań oddechowej wymiany gazów, zajmie ona miejsce i w rzędzie klinicznych poszukiwań, celem rozjaśnienia niejednego, dotąd tak jeszcze zawikłanego pytania w gospodarstwie ustroju chorego człowieka.

A. Fabian.

#### 42. K. Bürkner. Przyczynki do statystyki chorób usznych (*K. Bürkner. Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten*).

W ostatnim zeszycie *Archiv für Ohrenheilkunde* podaje Bürkner ciekawą statystykę chorób usznych, z której niektóre dane zasługują na uwagę i lekarza niespecjalisty.

Badacz w pracy swej zebrał wszystkie dotąd ogłoszone sprawozdania, dotyczące chorych usznych, jak również znaczną ilość własnych przypadków.

Statystyka podana przez badacza, co do niektórych zwłaszcza danych, opiera się z tego powodu na bardzo poważnej cyfrze, gdyż przeszło 50-tysięcy usznych chorych. Z ważniejszych danych przytaczam tutaj następujące:

Najczęstszymi przyczynami cierpień usznych bywają: zaziębienie (przecięciowo 37%), choroby jamy nosogardzielowej (24%), szkarlatyna (5,2%), oraz inne choroby zakaźne, jak odra, tyfus i t. p. (od 3% do 0,2%). Usposobienie do cierpień usznych zwiększa się do 40-go roku życia, następnie maleje.

Mężczyźni ulegają częściej cierpieniom usznym niż kobiety i stosunek jest jak 3:2. Co się tyczy częstości rozwijania się cierpień usznych w różnych częściach przyrządu słuchowego, to 67% przypada na ucho średnie, 25% na ucho zewnętrzne, 8% na ucho wewnętrzne. Ucho lewe częściej bywa zajętem, w sto-



sunku 5:4-eh. Odnosnie pory roku ostre cierpienia uszne zdarzają się najczęściej na wiosnę i w zimie, tak, że w Lipcu ilość ich wynosiła tylko 12,3%, w Grudniu 37,7%. Co się tyczy statystyki wyleczeń z cierpień usznych, podaje autor cyfry przypuszczalne tylko, ponieważ wyleczenie zupełne, zwłaszcza w cierpieniach usznych długotrwałych, różnie bywa przez badaczy pojmowanem. Wyleczonych było 53%, z polepszeniem 30% niewyleczonych 7%, zmarłych 0,3%.

*Archiv für Ohrenheilkunde. XX. Tom II Zesz. 1883 r. E. Modrzejewski.*

**43. Duplay. Kateteryzacja od tyłu w połączeniu z cięciem cewki moczowej w przypadkach zwężenia cewki moczowej** (*Du cathéterisme rétrograde combiné avec l'uréthrotomie externe dans les cas de rétrécissements infranchissables de l'urèthre.*

W przypadkach zwężenia cewki, w których niepodobna przeprowadzić przewodnika (świeczki lub cewnika), operacja przecięcia cewki, czyli t. z. „*boutonniers*” (*urethrotomia externa*) bywa bardzo trudną, niekiedy poprostu niemożliwą do wykonania; wśród zmienionych tkanek i warstw krocza pod wpływem długotrwałych przetok niepodobna jest wyszukać odśrodkowego końca cewki, tak, że nieraz doświadczeni chirurgowie zmuszeni byli pozostawiać operację niedokończoną. W takich właśnie razach przy istniejącej przetoce nad spojeniem łonowem, pozostałej po przekłuciu pęcherza (*punctio vesicae*), niektórzy chirurgowie wpadli na myśl kateteryzacji od tyłu, a mianowicie wprowadziwszy zglębnik do pęcherza przez przetokę na brzuchu, starali się ją wsunąć do cewki moczowej od strony pęcherza, poczem naciskając na nią łatwo było wyczuć jej koniec w ranie na kroczu, zamiast na ślepo wyszukiwać centralny koniec cewki. Ten plan postępowania podał według *Sédillot'a Verduc*, lecz pierwszym, który go wprowadził w życie zdaje się był *Verguin*; następnie podobnie postąpili sobie *Chassaignac*, *Sédillot*, *Voillemier*, *Giraldès*, *Duplay*.

Sposób powyższy prowadzi nader łatwo do celu; w samej rzeczy po wprowadzeniu zglębника do cewki moczowej od tyłu (przez przetokę, pęcherz i *orificium vesicale*) i po wprowadzeniu przewodnika do cewki *per orificium cutaneum*, robi się cięcie na kroczu i wymacawszy końce obu zglębników łączy się je za pomocą przecięcia rozdzielających tkanek, poczem albo zglębnik wprowadzony od strony pęcherza przeciąga się przez całą długość cewki, albo zglębnik w cewce wsadza się w kanał szerszego zglębника znajdującego się w pęcherzu, albo wreszcie co najlepiej końce obu zglębników, tkwiące w ranie na kroczu, związuje się nitką i wyciągając jeden z nich przewłóczy się drugi przez całą drogę moczową.

Opierając się na powyższem, *Duplay* radzi, aby w przypadkach zwężenia, których pomimo licznych usiłowań przebyć nie można, zrobić najprzód nadłonowe przecięcie pęcherza, a następnie postąpić jak wyżej powiedziano. Autor wypróbował sposób ten w jednym przypadku, którego opisem kończy swój artykuł.

*Archives générales de Médecine 1883.*

*Matlakowski.*

## LIST OTWARTY.

### Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

*Z powodu notatki D-ra Pleszczyńskiego o ospie i chorobie Werlhof'a.*

W Nr-ze 38 „Gazety Lekarskiej” pomieszczony został przez D-ra Pleszczyńskiego interesujący opis przypadku ospy, poprzedzonej przez liczne wylewy krwi w skórze; autor sądzi, że miał do czynienia z ospą i chorobą plamistą *Werlhof'a*. Uznając całą ważność opisanego

przypadku, nie zgadzam się z Szanownym autorem co do jego tłumaczenia. Że chory, o którym mowa, umarł wskutek ospy, o tem z opisu wątpić nie można; natomiast nie wydaje mi się, aby ospę poprzedzała w tym razie choroba Werlhof'a. To ostatnie cierpienie, zupełnie nieznanne pod względem swej natury, przebiega zazwyczaj bez gorączki i jeżeli takowa istnieje, to zazwyczaj pokazuje się jednocześnie z wysypką, lub nawet od niej później i zwykle nie bywa silną. Dalej chorobę Werlhof'a rozpoznawać winniśmy wtedy dopiero, kiedy zdołaliśmy wyłączyć wszelkie inne źródła krwotoków, będących objawem jakiego bądź cierpienia. W danym razie o wiele prostszemu wydaje mi się przyjąć, że wylewy w skórze były wprost t. zw. „*rash*“ „*Prodromalexanthen*“, jakie często towarzyszą pierwszemu okresowi wtargnięcia ospy. Wiadomo, że *rash* może zależeć albo wprost od ograniczonych ognisk przekrwienia, albo też od istotnych wylewów krwi. w tym ostatnim razie (*rash* krwotoczny), jeżeli *rash* jest bardzo rozległy, znamionuje na pewno prawie śmierć, choćby nawet wysypka ospowa nie była zbyt obfita; ta ostatnia przytem nie zawsze bywa krwotoczna, choć kombinacyja ta najczęściej się zdarza i nie zajmuje nigdy miejsce, które były siedliskiem *rash*. Nie ulega wątpliwości, że zarówno *rash* krwotoczny jak i choroba Werlhof'a mają jedno wspólne źródło, t. j. zaburzenia w odżywianiu ścian naczyń, ale w danym razie nie mamy potrzeby przyjmować dwóch chorób naraz, wtedy kiedy jedna dostatecznie objaśnia nam cały przebieg cierpienia i daje odpowiedzi na wszystkie pytania, postawione przez kol. Pleszczyńskiego.

Wysypka, o której mówię, mało na się zwracała uwagi w Niemczech i nawet w najnowszych dziełach (O chorobach dzieci Gerhardt'a w opracowaniu Bonn'a, Encyklopedyja Eulenburg'a art. Behrend'a) zaledwie krótką zbywaną bywa wzmianką; natomiast w pracach francuzkich i angielskich autorów znajdujemy wyczerpujący jej opis. U nas pisał o niej kol. Gajkiewicz, który zestawiał całą literaturę i podał trzy własne spostrzeżenia rzeczzonej kombinacyi. (Medycyna. 1878 r.).

T. Duin.

## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* D-rowsi Leonowi Nenckiemu, zarządzającemu pracownią chemiezno-lekarską przy szpitalu Ś-go Ducha, powierzone zostały sprawy sanitarne przy urządzeniu fabryk i kwestyje sądowo-lekarskie w gubernii warszawskiej.

— Prof. Nawrocki zamierza w zimowym półroczu czytać lekcye dla Pp. Lekarzy o „Ogólnej fizyologii układu nerwowego i mięśniowego w zastosowaniu do medycyny praktycznej“ w swej pracowni w Niedzielę od 1—3 godziny. Rozpocznie te lekcye prawdopodobnie około 15 Października.

*Petersburg.* Według „St. Peters. Medic. Wochenschr.“ D-r Piętrow zatwierdzony został jako docent na katedrze medycyny sądowej w Uniwersytecie Warszawskim.

*Bern.* Na 27—30 Września zwołanym został do Bernu kongres międzynarodowego związku przeciw przymusowemu szczepieniu ospy.

*Egipt.* D-r Thuillier członek francuzkiej komisyi, wysłanej w celu badania cholery, umarł na też chorobę w Aleksandryi.

*Londyn.* „British medical Journal“ podaje interesującą statystykę przypadków śmierci w Indyjach od ukąszenia węzów. Z niej dowiadujemy się, że na 188 milionów ludności, liczba przypadków śmierci w r. 1880 wynosiła 19030, w roku zaś 1881 spadła na 18610, w tychże samych latach liczba zabitych węzów wzrosła z 212776 do 254,968. Związek przyczynowy, jakoby można upatrywać w tych dwóch szeregach danych, znajduje zaprzeczenie w fakcie, że właśnie w prowincyach, w których najwięcej zabito węzów, wzrosła również i liczba przypadków śmierci od ukąszenia i odwrotnie, wskutek czego ogólna suma prowadzi do fałszywego wniosku.



# Plaster Thapsia

LE PERDIEL-REBOULLEAU

*jedynie przyjęty w Szpitalach*

JAKO NAJLEPSZY, NAJDOGODNIEJSZY,  
NAJPEWNIJSZY I NAJMNIEJ KOSZTOWNY  
ZE ŚRODKÓW

przeciw

Katarom, Kaszłom. Zapaleniu  
dychawek, płuc, cierpieniom i bolom  
reumatycznym i artretycznym  
etc. etc.



Dla uniknięcia narzekań słusznie zarzu-  
canych plastrom naśladowującym Thapsia  
Le Perdiel-Reboulleau wymagać należy  
we wszystkich aptekach, rysunku i pod-  
pisów powyżej umieszczonych (poczwór-  
nie zmniejszonych).

W Warszawie: u Pp. Gallego, Mrozowskiego,  
Spiessa i Syna, Sierpułowskiego, Zeuschnera,  
Ziemskiego i Lilpota.

## CHEMICZNO-MIKROSKOPOWA PRACOWNIA

dla celów

dyjagnostyki lekarskiej

### D-ra F. Przewoskiego

prosektora Cesarskiego Warszaw-  
skiego Uniwersytetu,

dokonywa wszelkich rozbiorów mo-  
czu, śluzu krwi, nasienia, tkanek pa-  
tologicznych i t. d.

Chmielna Nr. 26.

3—3

## O PIELEGNOWANIU CHORYCH

W DOMU I SZPITALU

PRZEKŁAD DZIEŁA Prof. BILLROTH'A  
Z DRUGIEGO NIEMIECKIEGO WYDANIA.

Cena egzemplarza zbroszurowa-  
nego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 kop.  
30.—Przesyłka pocztą kop. 40. Jest  
do nabycia we wszystkich księgarni-  
ach.

Skład główny w księgarni

Gebethnera i Wolffa. 0—11

# MATTONI'EGO GIESSHÜBLER

Najczystsza woda kwaśna alkaliczna

**NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEŻWIAJĄCY**

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka  
i pęcherza moczowego.

**Pastyłki do trawienia.**

**HENRYK MATTONI (Karlsbad).**

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjalów aptecznych  
i aptekach Rosyi

**SKŁADY**

u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.

u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—15



## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

**D. T. HEINRICH**

istniejący

Zaopatrzony został w **Sól Vichy do kąpieli**, używaną przez osoby nie mogące udać się dla odbycia kuracji do Vichy, a także w **Pastyłki**, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowe. 30—27

## OFNER KRÓLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukcyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, bicach serca i astmie,
4. „ febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. „ chronicznych w ogóle
6. „ lekkich cierpieniach skrofalicznych
7. „ stłuszczeniu
8. „ organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych  
i aptekach w Rosyi.

**SKŁADY** } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazañska 3      20—15  
              } u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj

## Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

**FARMAKOLOGIJA**professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**Nabywać takowe można w **Redakcyi Gazety Lekarskiej**, Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—24