

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

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

Treść: I. FR. JAWDYŃSKI. Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia tejże podczas porodu. — II. ED. PRZEWOŚKI. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowej (*herni diaphragmatica*) z ogólnymi uwagami o tejże chorobie [Dokończenie]. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. —

Ogłoszenia.

Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIE-MEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedno nawet w znacznie większych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi *wodan tlenku żelaza* (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi $\frac{1}{2}$ grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencji z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

II

**APTEKA
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH,**

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

47-37

D-r M. Jakowski b. asyst. kliniki dyjagnostycznej dokonuje wszelkich **mikroskopowych** głównie **bakteryjologicznych** rozbiorów wydzielin chorobowych. Ul. Wspólna № 33.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wyszło z druku

dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wynosi Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem jest tańszą od oryginału niemieckiego. Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz we wszystkich Księgarniach.

0-9

D-r TYMOWSKI

praktykować będzie w tym roku, podobnie jak i lat poprzednich

w SAN REMO.

6-3

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kłbkiego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkolna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0-8

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO SZPITALA NA PRADZE.

II. PRZYPADEK WYCIECIA MACICY Z POWODU PEKNIĘCIA TEJŻE PODCZAS PORODU.

Podał

Fr. Jawdyński,
ordynator oddziału.

Wprowadzenie aseptyki do praktyki lekarskiej nietylko w chirurgii wielki przewrót uczyniło. Z pomiędzy innych gałęzi medycyny przedewszystkiem położnictwo z zastosowywania jej wiele korzyści odniosło. Jeżeli róża, dyfteryt, posocznica i ropnica przestały dzisiaj być postrachem dla chirurgów, dzięki tylko postępowaniu przeciwnie, to i akuszer tylko tej metodzie zawdzięcza, że gorączka połogowa przestała być dla niego biczem bożym. W daleko jednak szczęśliwszych pod tym względem warunkach od akuszerza jest chirurg. Ten ostatni za bardzo małym wyjątkiem ma zazwyczaj dość czasu, aby wszystko przygotować według przynajmniej grubszych wymagań aseptyki, kiedy pierwszy i warunki zakażenia ma daleko nieprzychylniejsze dla siebie i nagła potrzeba wykonania natychmiastowej operacji nie pozwala mu często na dostateczne przygotowanie wszystkiego około chorej tak, aby się zabezpieczyć od wszelkich możliwych powikłań pooperacyjnych. Oprócz tego dość często wzywany bywa on do chorej wówczas dopiero, gdy już czynnikom zakaźnym szeroko rozwarło wrota, aby one z całą swobodą mogły wnikać do ustroju.

Pomimo jednak tych licznych nieprzyjemnych warunków, chirurgija akuszerska znakomite postępy czyni i nóż swój w celu ratowania chorej coraz głębiej zapuszcza. U nas niestety, brak sal operacyjnych odpowiednio urządzonych i odpowiednio zaopatrzonych przy przytułkach akuszerskich, wcale nie sprzyja rozwojowi tejże chirurgii. Wrazie cięższego powikłania akuszer zmuszonym jest swą chorą przenieść do sąsiedniego szpitala, a manipulacja ta przecież pomyślnie na stan chorej wpłynąć nie może.

Dzięki właśnie trafowi tylko dostał się do rąk moich jeden z tych przypadków, jakie gdzieindziej bywają udziałem akuszerów. Przypadek to niezwykle ciekawy i ze wszech miar zasługujący na uwagę.

W dniu 12 Grudnia 1887 roku, przeniesiono na mój oddział chirurgiczny z przytułku dla rodzących na Pradze Maryjanę Zalewską, służącą, 28-lat li-

czącą, z rozpoznaniem *ruptura uteri intra partum*, a to w celu wykonania laparotomii, której z powodu braku odpowiednich środków i odpowiedniej pomocy wykonać w przytułku nie było można. Od zarządzającego przytułkiem, kol. GROMADZKIEGO, o przebiegu porodu dowiedziałem się, co następuje. Chora rodzi po raz drugi. Pierwszy poród odbyła przed pięciu laty zupełnie prawidłowo. Obecny poród przyszedł na czasie i rozpoczął się w dniu 11 Grudnia rano. Wody odeszły o godz. 3 po południu. 12 Grudnia o godz. 1 po północy po silnych bólach nastąpił krwotok z części płciowych, poczem bóle porodowe ustały, a na ich miejsce wystąpiły bóle kłujące w całym brzuchu. O godz. 8 rano chora ze wsi Kamionek została przywieziona do przytułku z objawami ostrej bezkrwistości, z oddechem przyspieszonym, powierzchownym i tętnem drobnym, częstym, 130 na minutę. Brzuch mocno wzdęty i bolesny przy dotykaniu na całej przestrzeni, szczególnie zaś z prawej strony, w okolicy prawego dołu biodrowego. W tem ostatniem miejscu wyczuwa się lekkie trzeszczenie [skrzepów krwi], a przy głębszym ucisku wyczuć można jakoby ostry brzeg macicy. Położenie płodu poprzeczne drugie. Bicia serca płodu nie słychać. Z części płciowych wycieka w obfitej ilości wodnisty, nieco cuchnący płyn krwawy. Przy badaniu wewnętrznem okazuje się, że palec swobodnie wchodzi po za prawy łuk łonowy, prawy zaś dół biodrowy wypełniony jest skrzepami krwi. Rozpoznano pęknięcie macicy zupełne z prawej strony, zajmujące $\frac{1}{3}$ trzonu i rozszerzające się w kierunku skośnym na sklepienie przednie. Po możliwej dezynfekcyi rodzącej, wykonano obrót na nóżkii wydobycie za pomocą rąk płodu. Płód martwy z objawami gnicia. Łożysko wydalono za pomocą metody CREDE'go. Pochwę i jamę macicy przemyto roztworem sublimatu [1:1500]. Chorej podano 2 grm. sporyszu i alkohol, oraz dla dalszej pomocy chirurgicznej przewieziono ją na noszach do szpitala.

Przy przenoszeniu chorej na stół operacyjny, krew leje się z niej w całym znaczeniu tego wyrazu. Chora prawie że nieprzytomna, jęczy. Na twarzy sinica, kończyny chłodnawe, sine. Tętno nitkowate, zaledwie zliczyć się dające. Oddech bardzo powierzchowny. Budowa ciała prawidłowa, odżywianie dobre, podkładu tłuszczowego bardzo znaczna ilość. Brzuch silnie wzdęty, przy ucisku tegoż chora jęczy. Twarz i całe zachowanie się chorej wyraża głębokie cierpienie, przechodzące w ciężki upadek sił. Ze względu na wzmaganie się tego ostatniego i konieczność natychmiastowej pomocy operacyjnej dla zatrzymania przedłużającego się krwotoku, powstrzymałem się od badania wewnętrznego, polegając na rozpoznaniu postawionem przez kol. GROMADZKIEGO, tembardziej, że badanie to zajęłoby kilka minut czasu, a w stanie pacjentki każda niemal chwila stanowiła o jej losie.

Po aseptycznym, o ile to możliwem było w tych warunkach, przygotowaniu chorej i lekkim zachloroformowaniu tejże, przystąpiłem do laparotomii. Po przecięciu ścian brzusznych zaczęła się wylewać z jamy brzusznej tak znaczna ilość płynu krwawego ze skrzepami, że to mogło wprowadzić w pewne zaambasowanie nawet nawykłego do krwotoków lekarza. Nie tracąc chwili czasu, wprowadziłem rękę do jamy brzusznej, uchwyciłem macicę, wyprowadziłem ją na zewnątrz i natychmiast nałożyłem na nią, o ile można było najniżej, ligaturę

elastyczną. Zabezpieczywszy się tym sposobem od dalszego krwotoku, mogłem dopiero teraz rozejrzeć się w rozmiarach i miejscu uszkodzenia. Otóż przede wszystkim rzucił się w oczy z prawej strony macicy guz krwawy wielkości główki dziecka, zależny od wylewu w więz szeroki. Na guzie tym od przodu przy przyczepie więzu do macicy widać obszerne i nierówne rozerwanie otrzewnej, przez które krew wylewała się do jamy tejże. Po wygarnięciu skrzepów i opróżnieniu guza okazuje się, że jest pękniętą, a raczej rozerwaną szyjka maciczna z prawej strony, pęknięcie to z brzegami nierównymi przechodzi w postaci coraz bardziej zwężającej się szpary na trzon macicy z prawej strony, zaginając się nieco ku przodowi. Tkanki otaczające mocno krwią nacieczone. Poszarpane pęknięcie otrzewnej przechodzi pod ligaturę elastyczną na otrzewną, pokrywającą prawy dół biodrowy. Odciąwszy macicę wraz z jej dodatkami i wyżej wspomnianym guzem krwawym ponad ligaturą, pozostałą część kanału macicy przypaliłem żegadłem PAQUELIN'a, a następnie brzegi kikuta za pomocą szwów zbliżyłem ze sobą. Na pęknięte miejsce otrzewnej pod ligaturą nałożyłem szew kuśnierski. Pozostała do wykonania toaleta jamy brzusznej. Czynność ta była bardzo długą i mozolną. Po wygąbkowaniu płynu krwawego, potrzeba było wygarnąć jeszcze całe masy skrzepów z pomiędzy pętlic kiszki, jak również tych, które przy ruchach kiszki podostawały się do różnych zaułków pomiędzy trzewami. Pojąć rzeczywiście trudno, jak przy tak szalonej utracie krwi, z jaką tu mieliśmy do czynienia, pozostało jeszcze na tyle sił chorej, że zdołała wytrzymać tak ciężką w tych warunkach operację i jeszcze cięższy przebieg okresu pooperacyjnego. Wydobywszy wszystkie kiszki na zewnątrz, wypłukałem jamę otrzewnej 3% roztworem kwasu bornego, tymże roztworem spłukałem wszystkie pętlice i po odprowadzeniu ich do brzucha, oraz obszyciu otrzewnej ściennej na około kikuta poniżej pętli elastycznej, nałożyłem szew na ściany brzuszne. Kikut został umocowany na zewnątrz za pomocą t. z. szpilki bezpieczeństwa, obsypany jodoformem, poczem na brzuch nałożono zwykły opatrunek.

Pochwę przemyłem 1% roztworem sublimatu i zatamponowałem gazą jodoformową. Chorą w względnie niezłym stanie przeniesiono na łóżko. Zalecono przyjmowanie kawałków lodu, wody z koniakiem i co godzinę po ¼ gr. *opium*. Wieczorem ciepłota 35° C., tętno 102. Ból w brzuchu umiarkowany. Chora w ogóle bardzo spokojna. Następnego dnia ciepłota rano 37,5° C., tętno 92. Brzuch umiarkowanie wzdęty, od czasu do czasu czkawka. Chora czuje się nieźle, kaszel tylko ją męczy, wywołując przytem dość silny ból w obu bokach i w brzuchu. Zalecono podskórne wstrzyknięcie morfiny i wodę z koniakiem. Wieczorem ciepłota 38° C., tętno 96.

Dnia 14 Grudnia ranna ciepłota 37,7° C., tętno 110. Brzuch więcej wzdęty. Czkawka silna. Kaszel mniejszy. Język wilgotny. Wydzielina z pochwy nieznaczna. Zalecono *Sol. cocaini* gr. j— $\frac{5}{10}$ vj. Co 2 godziny łyżkę. Po kilku łyżkach tego roztworu czkawka ustąpiła prawie że zupełnie. W ciągu 9 dni następnych ciepłota waha się od 38° C.—38,5° C., nieznaczne to podwyższenie zależy od sprawy rozpadowej w pochwie. Stan ogólny chorej zadawalniający. Brak wszelkich objawów zapalenia otrzewnej. Stolce 6 dnia wystąpiły same przez

się, poczem brzuch znacznie zmałał. W dolnej części brzucha z lewej strony ściany brzuszne przedstawiają znaczniejszą odporność, w obu zaś podbrzuszach przy ucisku stale ból występuje. Dziesiątego dnia po operacji rozluźnioną pętlicę elastyczną usunięto i większą część zmartwiałego kikuta wycięto. Tylko ze strony pochwy mamy powikłanie bardzo nieprzyjemne, a mianowicie zaraz 3-go dnia po operacji zaczyna ztamtąd wypływać w coraz bardziej zwiększającej się ilości nader cuchnąca wydzielina ze strzępami zmartwiałej tkanki. Najtroskliwsze i najróżnorodniejsze opatrunki antyseptyczne pozostają bezsilnymi, cuchnąca wydzielina, wskazująca na rozpad tkanek, utrzymuje się dalej i dopiero 9-go dnia po operacji wraz z utworzeniem się przetoki pęcherzo-pochwowej (*fistula vesico-vaginalis*) tuż przy części pochwowej macicy, zaczyna się nieco zmniejszać i stawać mniej posokowatą.

D. 26 Grudnia, a więc w 13 dni po operacji, ciepłota wieczorna podwyższa się do 39,2° C., następnego zaś wieczoru po dniu względnie niezłym i rannej ciepłocie 38° C., następuje silny dreszcz wstrząsający z ciepłotą 40,5° C.. Przy badaniu chorej w dniu następnym t. j. w dniu 28. XII. rano, gdy ciepłota opadła przy potach do 37° C. znaleziono co następuje: po obu stronach podbrzusza silna bolesność, bardzo obfite ropienie w jamie w ścianach brzusznych po zupełnym już oddzieleniu się kikuta macicznego, z pochwy wydzielina skąpa, nieco cuchnąca. Zresztą badanie całego ustroju daje wynik ujemny. Zalecono chorej chininę i koniak w dużych ilościach.

Dnia 28, 29 i 30 Grudnia dreszczy nie było, ciepłota około 38,5° C., ropienie z rany w ścianach brzusznych zawsze bardzo obfite. Dnia 30 Grudnia przy starannem badaniu rany okazuje się, że z prawej strony na dnio tejże istnieje ślepe zagłębienie jamy w postaci dość szerokiego kanału, z lewej zaś strony w głębi i bardziej od tyłu okazuje się maleńki otworek, przez który po wprowadzeniu palca do pochwy i naciśnięciu na sklepienie tylne, nieco wypukłone, wydziela się ogromna ilość nadzwyczaj cuchnącej, gęstej ropy. Jasną było rzeczą, że mamy do czynienia z ropniem okołomacicznym, powstałym wskutek zakażenia tkanek przez rozpad gnilny, odbywający się w części pochwowej i w samej pochwie, a komunikujący z jamą w ścianach brzusznych, powstałą po oddaleniu zmartwiałej części kikuta za pomocą wąskiego kanału. Że zakażenie nie powstało z rany w ścianach brzusznych *resp.* ze zmartwiałej części kikuta macicznego, podwiązanej ligaturą elastyczną, w tem dowód mieliśmy, że sprawa oddzielania się części zmartwiałej odbywała się na drodze zupełnie aseptycznej, jak to zresztą zawsze ma miejsce przy zewnątrzbrzusznej traktowaniu szypuły po wycięciu macicy, gdy tymczasem w części pochwowej i w samej pochwie wskutek zgniecenia i poszarpania tkanek podczas porodu, rozwijała się sprawa gnilna, o czem już wyżej mówiliśmy. Nie ulegało wątpliwości, że szerokie otwarcie ropnia okołomacicznego od razu postawiłoby chorobę w lepszych warunkach, ale głębokie siedlisko ropnia otwarcie jego czyniło zupełnie niemożliwym. Trudno było na ślepo prowadzić cięcie z otworu w głębi położowego w jamie w ścianach brzusznych z obawy uszkodzenia otrzewnej. Ze strony powłok brzusznych z lewej strony ponad więzmem POUFART'a czuć było nieznaczne naprężenie w miejscu, gdzie i ból był bardzo silny, ale o chęłbotaniu i idei nawet nie było. Po-

zostawała droga przez pochwę. Tutaj w tylnem sklepieniu czuć było nacieczanie, przedstawiające się jako nieznaczne wypuklenie, ale z powodu, iż ropień opróżniał się do jamy w ścianach brzusznych, nie uwydatniał się on na tyle w sklepieniu, aby można było wyczuć ognisko chełboczące i w odpowiednim miejscu cięcie przeprowadzić. Zresztą otwarcie z tej strony ropnia, przy istniejącej przetoce pęcherzo-pochwowej i chociaż umiarkowanej ale zawsze jeszcze cuchnącej wydzielinie z pochwy, nie postawiłoby jamy ropnia w warunkach aseptycznych. Długie namysły nic nie pomogły i musieliśmy się zadowolnić bezkrwawem rozszerzeniem kanału ze strony rany brzusznej za pomocą szczypczyków PEAN'a, a następnie wprowadzeniem w tenże kanał grubego drenu na jakie 1½ centymetra głęboko. Taki sam sączek wprowadzono w zagłębienie jamy ze strony prawej. Jamę ropnia, o ile to się dało, wymyło 5% roztworem kwasu karbolowego. Niewiele to jednak pomogło, gdyż zaraz po opatrunku nastąpiły dreszcze wstrząsające. Ciepłota bardzo wysoka, spada wieczorem do 37,7° C.. W nocy z 31 Grudnia na 1 Stycznia znów dreszcz wstrząsający, tegoż dnia po południu dreszcze nieco słabsze. Ropienie z jamy w ścianach brzusznych mniej obfite. Przy naciskaniu na tylne sklepienie ropa przez dren wcale się nie wydziela, ale ogólny stan chorej i ciągle dreszcze wskazują, że ropa się zatrzymuje. Rozumie się, że przez ten czas chora, która już od początku choroby zaczęła spadać z ciała, doszła do wysokiego stopnia wyniszczenia i osłabienia, skóra przybrała odcień żółtawy, rysy twarzy mocno się zmieniły. Chorej w dalszym ciągu podaje się chininę i koniak, ten ostatni w bardzo dużych ilościach. Z powodu atonicznego stanu rany i brudno-żółtawego nalotu na tejże, w jamę w ścianach brzusznych wprowadzano od czasu do czasu kawałek muslinu, zmoczonego w terpentynie, co rzeczywiście znacznie poprawiało wygląd rany, ale z drugiej strony terpentyna wydostawszy się na powłoki brzucha, wywoływała na nich obszerne nadżarcia, bardzo dotkliwe dla chorej. W chwili rozpoczynającego się dreszczu wstrzykiwano chorej morfinę podskórną. Stosowanie to morfiny istotnie wpływało na zmniejszenie czasu trwania i siły dreszczu.

W nocy z 2 na 3 Stycznia dreszcz wstrząsający, ranna ciepłota 37,5° C., wieczorna 37,1° C.. Rozumie się, że w chwili dreszczu osiągała ona do 40° C. i wyżej, spadając w parę godzin nieraz poniżej stanu prawidłowego. Wogóle dokładnego i szczegółowego przebiegu ciepłoty posiadać nie mogłem, gdyż jak zawsze przy przebiegu ropnicy, tak i tutaj ulegała ona nader licznym wahaniom, a nadmiar zajęcia nie pozwalał felczerowi być na każde zawołanie, aby w danej chwili ciepłotę wymierzyć, mierzenie więc tejże z musu było ograniczonem tylko do dwóch razy dziennie, t. j. rano i wieczorem. W ciągu kilku dni następnych dreszczy nie było. Stan ogólny chorej nieco się poprawił. Ropienie umiarkowane. Rana ma wygląd nieco lepszy. Na częściach płciowych zewnętrznych liczne owrzodzenia pokryte szarawym nalotem, wskutek ciągłego zanieczyszczenia tych części moczem. Z powodu nieznacznego ropienia dreny usunięto.

Dnia 7 Stycznia wieczorem dreszcz wstrząsający, ciepłota 40° C., a w 2 godziny później 38,4° C..

D. 9. I. po opatrunku słabe dreszcze.

D. 10. I. po nocy spędzonej bardzo niespokojnie i rannej ciepłocie 38° C., o godzinie 11 rano dreszcze nadzwyczaj silne. Ciepłota prawie w oczach podniosła się do 40° C., tętno 138 nitkowate. Stan ogólny o wiele się pogorszył. Bardzo silne rozdęcie żołądka. Skłonność do wymiotów. Podskórne wstrzykiwanie chininy po 10 gr. 2 razy dziennie. W ciągu następnych 2 dni przy ucisku na tylne sklepienie wydziela się dużo ropy, dreszczy nie było.

D. 12. I. słabe dreszcze wieczorem.

D. 13. I. w czasie opatrunku dreszcz silny, wstrząsający. Ropienie znów znacznie się zmniejszyło. Silny ból przy nacisku w podbrzuszu lewym, ból silny przy ucisku tylnego sklepienia. Stan ogólny bardzo zły. Język suchy, częste wymioty. Zaczynają tworzyć się odleżyny na krzyżu.

Dnia 15, 16, 17 I. bez dreszczów. Ogólny stan chorej coraz bardziej się pogarsza. Wymioty częste nie pozwalają przyjąć żadnego posiłku, język zupełnie suchy, rozwolnienie, odleżyny rozszerzają się. Pomimo bardzo częstej zmiany podkładów, nie podobna utrzymać chorej w należytej czystości. Mocz bez przerwy wyciekający, wypróżnienia rzadkie, cuchnące, wywołują ciągłe nadżarcia na częściach płciowych zewnętrznych i udach. Wpływają one i na rozszerzanie się odleżyn. Rana zupełnie atoniczna, bez ziarniny, pokryta szarawym nalotem. Po opatrunku z terpentyną zaraz nazajutrz wydzieliną się zwiększa i rana lepszy wygląd przybiera.

Od 18 Stycznia stan chorej zaczyna się poprawiać i do 16 Lutego, t. j. prawie przez cały miesiąc przedstawia się względnie zadawalniającym. Ciepłota rano najczęściej poniżej 38° C., wieczorem 38° lub 38° z dziesiętnymi, co najwyżej 39° C.. Ropienie to więcej, to mniej obfite. Ropa zatrzymuje się w jamie poza sklepieniem tylnym i tylko przy nacisku wychodzi przez dren, znów do rany wstawiony. Odleżyna nie tylko się nie rozszerza, ale nawet poczyną się zblizniać. Mocz całkowicie wycieka przez przetokę.

Dnia 27 Stycznia występuje zakrzep lewej żyły udowej, silny ból i obrzęk całej kończyny, na prawem udzie nieduży ropień, prawdopodobnie powstały na miejscu, w którym wstrzykiwano podskórnie chininę. Po pędzlowaniach jodyną, okładach ciepłych i ucisku za pomocą bandaży flanelowego nacieczenie około zatkniętej żyły zmniejsza się, a zarazem i bóle stają się mniej dolegliwymi.

Dnia 16, 17 i 18. II. chora znów wieczorami gorączkuje, a 20 Lutego wskutek błędu w dyjecie stan ogólny znacznie się pogarsza, występują wymioty i znaczne osłabienie. Po użyciu olejku rycynowego stan się znów poprawia.

Przez cały następny tydzień ciepłota prawidłowa. Stan ogólny o wiele się poprawa. Ropienie umiarkowane. Rana znacznie się zmniejszyła. Odleżyny zagajają się. Od paru dni zauważono, iż przy przestrzykiwaniu rany na brzuchu wodą karbolową z rany wychodzą gazy. Objaśniałem to sobie pierwotnie tem, że przy wyciśnięciu ropy przez tylne sklepienie do jamy wchodzi powietrze, które następnie zostaje wyganianem przez płyn wtłaczany do jamy przy przestrzykiwaniu; aliści 29 Lutego zauważyłem, że muślin wprowadzony przez ranę w ścianach brzusznych do jamy ropnia poza sklepieniem tylnym, w której poprzednio dren się znajdował, zawałany jest kałem, tym sposobem obok całego szeregu powikłań przybyło nam nowe powikłanie, a mianowicie przetoka kiszkowo-

brzuszną *fistula intestino-abdominalis*. Tegoż dnia przy przestrzykiwaniu jamy wychodzą przez ranę na brzuchu kał i gazy cuchnące. Badanie kiszki stolcowej palcem żadnego otworu, ani też nic nieprawidłowego nie wykryło, zgłębnika wprowadzonego przez ranę na brzuchu do jamy ropnia również nie udało się przeprowadzić do kiszki prostej; przy forsownem jednak przestrzykiwaniu płyn wchodzi do tej ostatniej i chora czuje w niej palenie od kwasu karbolowego, co dowodzi, że przetoka istnieje prawdopodobnie w kiszce prostej. Powstanie tej przetoki inaczej objaśnić nie można, jak tylko tym sposobem, że ropień okołomaciczny, mieszczący się w jamie DOUGLAS'a, otworzył się w dwóch kierunkach, jednym otworem do rany, znajdującej się w ścianach brzusznych po oddzielnym kikucie macicznym, a drugim do kiszki stolcowej. Początkowo przy większej odporności tkanek ropa w nieznacznej ilości dostawała się do kiszki, zawartość jednak tej ostatniej nie przechodziła do rany. Dopiero następnie, wskutek wyniszczenia chorej i zwióczenia wszystkich tkanek, odporność tych ostatnich na tyle się zmniejszyła, że zawartość kiszki z całą swobodą zaczęła przechodzić do jamy ropnia, a następnie do rany w ścianach brzusznych.

Chora znów zaczyna wieczorami nieco gorączkować, chociaż najwyższa ciepłota nie przechodzi 38,5° C., stan ogólny jednak nie pogarsza się, ropienie znacznie się zmniejsza, rana się zwęża, kał przez ranę albo wcale się nie pokazuje, albo też w bardzo tylko nieznacznej ilości i taki stan utrzymuje się do 8 Marca, odkąd znów zaczyna się nowe powikłanie i chora, którą już uważałem za uratowaną, tak ciężko zapada, iż rokowanie co do jej życia staje się więcej niż wątpliwem.

Tego dnia właśnie bez dreszczy podnosi się rano ciepłota do 38,8° C.. Chora skarży się na silny ból w klatce piersiowej, szczególnie ze strony lewej. Ból ten w wysokim stopniu wzmaga się przy kaszlu. Wieczorem ciepłota 39° C..

Nazajutrz 9 Marca ranna ciepłota 38,8° C., tętno około 100, słabe, kaszel nadzwyczaj silny. *Sputa nummosa purulenta* z przymieszką krwi. Plwociny wydziela chora bardzo dużo. Pod lewą łopatką bardzo wyraźne stępienie odgłosu opukowego, oddech silnie zaostrozony z licznymi rżężeniami. Stan rany dobry, nie wydziela się z niej obecnie ani kał, ani gazy. Rana wskutek kurczenia się blizny znacznie się zwężyła i przedstawia się obecnie w postaci głębokiego, niedochodzącego do grubości małego palca kanału. Wieczorem ciepłota 40° C..

Dnia 10. III. ciepłota ranna 39° C., wieczorem 39,5° C., tętno 120. Stan gorączkowy w wyższym lub niższym stopniu trwa do 15 Marca włącznie. Rozwija się zapalenie prawie całego płuca lewego. Chora dochodzi do nadzwyczajnego stopnia wyniszczenia. Kaszel ciągle bardzo silny, nie pozwalający zasnąć chorej, plwocina ropiasta, cuchnąca w ogromnej ilości, wskazująca na istnienie ropnia w płucach pochodzenia ropnicowego, zupełny brak łaknienia, ciągła i dość wysoka gorączka, składają się razem na odebranie ostatniego zapasu sił chorej. Rana przez ten czas znów znacznie się pogorsza, robi się o kilka razy szerszą, ziarnina znika, blizna zda się rozpuszczać, aby szerokiej i głębokiej jamie dać bardziej atoniczny wygląd.

Dnia 12 Marca przez ranę na brzuchu wydziela się bardzo znaczna ilość płynnego kału. Odleżyny znacznie się rozszerzyły. Chora robi wrażenie niemal szkieletu, pociągniętego brudno-żółtawą, zwióctziałą, marszczącą się skórą.

Dnia 16. III. ciepłota spada i stan zupełnie bezgorączkowy [ciepłota nawet poniżej wysokości prawidłowej] trwa do 26 Marca. Stan chorej znów pod każdym względem znacznie się poprawia, przyjmuje ona w obfitych ilościach kefir i koniak, zaczyna siadać na łóżku a nawet próbuje wstawać. Tak rana na brzuchu, jak i odleżyny znów zaczynają się zablizniać.

Dnia 27. III. wieczorem rozpoczyna się nowy okres gorączkowy. Bez żadnego widocznego powikłania, oprócz tego tylko, że w d. 28 Marca znów się zaczęły wydzielać przez ranę gazy bez kału, w ciągu dni kilku wieczorami ciepłota dochodzi do 39° C.. W dniu 31 Marca po opatrunku następuje silny dreszcz wstrząsający i przez trzy dni z kolei ciepłota trzyma się ustawicznie około 40°C., dochodząc wieczorem 2 Kwietnia do 40,5° C.. Śledziona wyraźnie powiększona. Objawy zapalenia płuc z lewej strony [recydywa]. 3 Kwietnia rano 39,5° C., wieczorem 39° C., Łatwo się domyśleć, że jednocześnie znów wszystko się pogarsza. Następują zaburzenia żołądkowe, ciągłe wymioty, zupełna niemożność przyjmowania posiłku. Rana, która już była na drodze do zupełnego zabliznienia, rozwiera się, staje się atoniczną, na odleżynach prawie zupełnie zagojonych tworzą się nowe owrzodzenia, chora dochodzi do takiego stopnia wyniszczenia, że tracimy wszelką nadzieję utrzymania jej przy życiu.

Dnia 4 Kwietnia rano ciepłota spada do 38° C., aby wieczorem znów podnieść się do 39,5° C.. Przez 5 i 6 Kwietnia nie dochodzi do 39° C.. 7-go trzyma się cały dzień powyżej 39. Kaszel z obfitą ilością śluzo-ropy, wymioty ciągłe, wyniszczenie straszliwe. 8 Kwietnia przy spadku ciepłoty do 37,4° C., zanotowano znów wydzielanie się kału przez ranę.

Od 9—21 Kwietnia wszystko znów zaczyna się zwracać ku lepszemu, ciepłota ani razu nie przewyższa 36,5° C.. Stan ogólny z każdym dniem lepszy, rana na brzuchu tak szybko się zagaja, że pozostaje tylko wąziutki kanalik, zaledwie przepuszczający cieniutki zgłębnik, odleżyny zupełnie zagojone. Łaknienie wyborne.

Dnia 22 Kwietnia ranna ciepłota 38° C., wieczorem 39,3° C.. Przy badaniu chorej oprócz gorączki nic nieprawidłowego nie znaleziono.

Dnia 23 Kwietnia rano bez wszelkich dreszczy ciepłota 40° C.. Silny ból głowy. W płucach nic nieprawidłowego nie znaleziono. Kaszlu prawie nie ma. Górna granica śledziona podwyższona, na 8 żebro. Badanie przez kışkę stolcową i pochwę nie wykazuje nigdzie żadnego nacieczenia. Ze strony rany na brzuchu żadnych zmian nie widać. Podano antypyrynę po gr. x co 2 godziny [4 dawki]. Wieczorem 39,9° C..

Dnia 24. IV. rano 38,5° C., wieczorem 39,5° C..

Dnia 25. IV. rano 37,7° C., wieczorem 39° C. i to stanowiło ostatnie podwyższenie się ciepłoty. Następnego dnia ciepłota prawidłowa. Tym razem gorączka, trwająca przez dni cztery, prawie żadnego wpływu nie miała na stan ogólny. Oprócz silnego bólu głowy, który zaraz się zmniejszył po użyciu antypyryny i powiększonej śledziona, żadnych innych chorobowych oznak ani podmiotowych, ani przedmiotowych w ustroju nie znaleziono. Również i wygląd rany, tak czulej zawsze u chorej na wszelkie podwyższenie się ciepłoty, tym razem zupełnie się nie pogorszył.

Od dnia 26 Kwietnia chora szybkim krokiem postępuje do zupełnego wyzdrowienia. Rana na brzuchu wkrótce doszczętnie się zagaja. Doskonale łaknienie, duże ilości keflru i koniaku przywracają chorej siły i dobry wygląd, jakimi się cieszyła przed swą ciężką chorobą. Po kilku tygodniach tak znakomicie wygląda, iż patrząc na nią, trudno pogodzić się z myślą, iż to ta sama chora, która z początku Kwietnia uważaną była za prawie że niechybnie skazaną na śmierć.

Pozostawało jeszcze do usunięcia bardzo przykre powikłanie, mianowicie przetoka pęcherzo-pochwowa. Jak już wyżej wspomniałem, przetoka znajdowała się bardzo wysoko, tuż pod przednią wargą części pochwowej. Obwód jej był takich rozmiarów, że palec wskaziciel swobodnie przez otwór przechodził. Wskutek zewnętrznego traktowania kikuta macicznego i bliznowatego ściągnięcia się tkanek, stosunki anatomiczne w ten sposób się zmieniły, że przednie sklepienie zupełnie nie istniało, tylne zamieniło się na górne i u samego wierzchołka pochwy od przodu utworzyło się lejkowate wgłębienie ku pęcherzowi, z którego z góry sterczy koniuszerek zanikłej części pochwowej, poniżej zaś otwór przetoki, o którym ma się pojęcie tylko przy badaniu palcem, gdyż przy założeniu wziernika oprócz lejkowatego zagłębienia nic więcej nie widać. Rozumie się, że mowy tu być nie mogło o zaszcyciu przetoki, należało zeszyć samą pochwę (*colpocleisis*). Operacja ta tem więcej była wskazaną, że przetoka w naszym przypadku tem się różniła od zwykłych przetok pęcherzo-pochwowych, że usuniętą była macica, a tem samem chora została uwolnioną od miesiączkowania.

Wspomnianą wyżej operację wykonałem w dniu 17 Maja w ten sposób, że brzegi lejkowatego zagłębienia zeszyłem ze sobą i tym sposobem długość pochwy została nienaruszoną. Okrwawienie tkanek i nakładanie szwów było nadzwyczaj trudne i mozolne z powodu wysokiego położenia pola operacyjnego. Po zdjęciu szwów po 8 dniach, okazało się, że jeden z nich prawie w samym środku [zeszycie było dokonane w kierunku prostopadłym do osi pochwy] przeciął tkanki i tym sposobem powstał nieznaczny otwór, który po kilkakrotnem przyżegnieniu lapisem doszczętnie się zagoił.

Z powyższego opisu wynika, że chora oprócz trudnego porodu z bardzo ciężkim powikłaniem, wynikiem którego było wycięcie macicy, przeżyła jeszcze w okresie pooperacyjnym *resp.* położowym następujące choroby: posocznico-roponicę, jako następstwo gnilnego rozpadu w pochwie, ropień okołomaciczy z wytworzeniem przetoki kiszkowo-brzuszej, dwukrotne zapalenie płuc, jako następstwo roponicy, zakrzep żyły biodrowej i przetokę pęcherzo-pochwową, nie mówiąc już o odleżynach i ropniu na prawem udzie.

Prędko się wylicza ten szereg chorób i powikłań, ale gdy się pomyśli, że przykuły one chorą do łóżka blisko na pół roku, że wysoka gorączka wyniszczała jej ustrój przez tyle czasu, że życie jej kilkakrotnie niemal na włosku tylko wisiało, to doprawdy dziwić się potrzeba, co nieraz organizm ludzki wytrzymać jest w stanie. Chorych z podobnym przebiegiem widywaliśmy tylko w okresie przedaseptycznym. Dzisiaj podobne przypadki tylko nader wyjątkowo spostrzegać się dają.

Dzięki stosunkowo młodemu wiekowi i wielkiemu zapasowi sił, chora zdołała przebyć szczęśliwie cały szereg owych ciężkich powikłań. Niewątpliwie, że do tego szczęśliwego zejścia w znacznym stopniu i ja swojej ręki przyłożyłem. Ile pracy i trudów, ile niepokoju i troski kosztowała mnie ta chora, ten tylko może mieć pojęcie, kto się spotykał z podobnymi przypadkami. W pracy tej dzielnie mi dopomagali koledzy DYDZIŃSKI i KRZYCZKOWSKI, za co im tutaj składam serdeczne podziękowanie. [D. n.]

II. CZTERY NOWE PRZYPADKI PRZEPUKLINY PRZEAPONOWEJ

(*hernia diaphragmatica*)

z ogólnemi uwagami o tejże chorobie.

Napisał

D-r Edward Przewoski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 41].

Czy w ten, czy w ów sposób wykształci się przepuklina przeponowa, zawsze stanowi ona chorobę bardzo poważną. Ma ona niebezpieczeństwa właściwe każdej innej przepuklinie, a oprócz tego niebezpieczeństwa zależne od sąsiedztwa niezmiernie ważnych dla życia organów i od niedostępności swego umiejscowienia. W każdym wszelako przypadku, przepuklina fałszywa jest daleko niebezpieczniejsza od prawdziwej, lubo także wyjątkowo przepuklina prawdziwa, przez pęknięcie worka, może przejść w fałszywą, jak tego dowodzi nasze spostrzeżenie drugie.

Pod względem klinicznego przebiegu odróżniają przepukliny przeponowe ostre (*herniae diaphragmaticae acutae*) od przewlekłych (*h. diaphr. chronicae*). Przy pierwszych, po uszkodzeniu przepony śmierć następuje więcej lub mniej gwałtownie, przy drugich zaś chory żyje z przepukliną przeponową całe miesiące, lata, a nawet lat dziesiątki. Nakoniec w tych przewlekłych przepuklinach zejście bywa następujące:

a) chory umiera z innej choroby, a przepuklinę spotykamy na trupie jako zmianę zupełnie niespodziewaną,

b) przy gwałtowniejszych napięciach tłoczni brzusznej, jak przy dźwigniu ciężkich przedmiotów, przy kaszlu, przy oddawaniu stolca, przy porodach, przy wymiotach i t. d. może szybko przemieścić się pewna ilość trzewiów brzusznych do klatki piersiowej, co sprowadza śmierć.

c) po obfitem piciu, jedzeniu i t. d. niekiedy może mieć miejsce prędkie i nadmierne powiększenie się objętości narządów oddawna przemieszczonych, co także niejednokrotnie kończy się śmiercią [np. w przypadku LEICHTENSTERN'a],

d) nieraz śmierć przychodzi przy objawach wewnętrznego zwięzienia przewodu pokarmowego, w takich razach, gdy tego anatomicznie na trupie wykazać nie można. Nakoniec

e) mniej więcej w 15% wszystkich przypadków występuje istotne wewnętrzne uwięzienie. Zależy ono w jednych razach od rzeczywistego elastycznego zaciśnięcia (*incarceratio elastica*) narządów przemieszczonych w otworze przeponowym. W innych przypadkach objawy uwięzienia powoduje przepelnienie kałem przemieszczonych kiszek (*incarceratio stercoralis*). Nakoniec stosunkowo często uwięzienie zależy od skręcenia się kiszek naokoło osi mocno wyciągniętej krézki (*Awendrehung*). Takie uwięzienie pozostawione samo sobie bardzo rzadko kończy się pomyślnie. Pospolicie sprowadza ono śmierć przy zwykłych objawach wewnętrznego uwięzienia, albo też rzecz kończy się przedziurawieniem uwięzionych kiszek i wytworzeniem obszernych kałowych zapaleń.

Przepuklinie przebiegającej ostro zwykle towarzyszą następujące objawy: przy silnej bolesności w górnej części brzucha zjawia się gwałtowna duszność i mocna sinica. Jednocześnie tętno staje się szybkie, nitkowate, głos słabnie, kończyny ziębną, czoło pokrywa się zimnym potem i chory bardzo prędko umiera. Jeżeli wystarcza czasu na badanie przedmiotowe, to równolegle z powyższymi objawami stwierdzamy mocne przemieszczenie serca, uciśnięcie płuca z odpowiedniej strony, przemieszczenie trzewiów brzusznych do klatki piersiowej i większe lub mniejsze zapadnięcie brzucha. Śmierć w tym razie zależy od nagłego zmniejszenia się powierzchni oddechowej i rozstroju w krążeniu, a w najgwałtowniejszych przypadkach objaśniają ją także wstrząsem nerwowym (*choc*).

Przy przepuklinach przewlekłych obraz choroby nigdy nie przedstawia się tak jednostajnie. Nieraz przepukliny te przebiegają prawie bez żadnych objawów, w innych razach objawy są tak nieznaczące i zmienne, że nie zwracają na siebie uwagi lub też zupełnie inaczej niż należy bywają tłumaczone. Jeżeli nareszcie objawy te są wydatniejsze, to i wówczas nigdy nie bywają ciągle jednostajnego natężenia, ale po czasowych nasileniach następują mniej lub więcej długie przerwy. Chorobowe objawy przy przepuklinach przewlekłych zawsze bywają skutkiem:

- 1) rozstroju w czynności narządów oddechania, krążenia i trawienia,
- 2) zmian zależnych od samego przemieszczenia się narządów piersiowych i brzusznych,
- 3) zmian następczych w narządach przemieszczonych i otaczających. Nadto z każdą grupą tych objawów związana jest pewna suma mniej lub więcej uciążliwych objawów natury podmiotowej.

Ze strony narządów oddechania najczęściej pojawia się duszność. Duszność ta bywa w rozmaitym stopniu i prawie nigdy nie jest stała. Zwykle przychodzi ona napadami, od czasu do czasu, więcej lub mniej nagle i to najpospoliciej po jedzeniu, przy oddawaniu stolca, po szybszem chodzeniu i po wszelkich wysiłkach fizycznych. Czasami wszakże duszność występuje i bez żadnego powodu, podczas najzupełniejszego spokoju. Jeżeli duszność taka zjawia się częściej i trwa przez czas dłuższy, to *musculi sterno-cleido-mastoides* rozwijają się mocniej i sterczą jak u chorych na rozedmę. W czasie takiej duszności nieraz chorzy doznają uczucia przestrawienia, mrowienia po ścianach klatki piersiowej, uczucia poruszeń, skoków w jej wnętrzu, a także stałej bolesności w boku, lub w formie przelotnych ukłóc. Dalej podczas duszności chory pokasłuje i klatka piersiowa

po stronie chorej rozszerza się słabiej, a nawet bywa zupełnie nieczynna. Oddechanie staje się dosyć powierzchowne i ilość oddechów na minutę często znacznie się powiększa.

Jednocześnie z powyższymi objawami, ze strony krążenia widać niejednokrotnie niejednostajne i przyspieszone skurcze serca z tętnem drobnem i częstym, przyczem od czasu do czasu ukazuje się sinica (*cyanosis*) w rozmaitym stopniu, od lekkiego zasinienia końca nosa, uszu i kończyn do sinicy bardzo mocnej.

Ze strony narządów trawienia zachodzą rozmaite objawy, stosownie do tego, jaka część przewodu pokarmowego weszła do otworu w przeponie. Jeżeli do przepukliny dostała się dolna część przełyku, to widzimy zmiany w połykaniu. Niekiedy połykanie staje się zupełnie niemożliwym, skutkiem czego np. chory w przypadku TRAILL'a umarł w bardzo krótkim czasie. W innych razach połykanie jest mocno utrudnione. W przypadku LEICHTENSTERN'a chory bardzo trudno połykał małe ilości pokarmów i płynów, gdy tymczasem duże kawały pokarmów i duże ilości płynów, łykane odrazu, przechodziły do żołądka łatwiej. Taki chory je prędko, łyka chciwie i wogóle robi wrażenie żarłocznego. LEICHTENSTERN ten szczególny objaw zmienionego połykania nazywa *dysphagia paradoxa*. Objaśnia on podobne zjawisko tem, że przełyk po przejściu przez foramen *oesophageum* i zagięciu się w postaci litery **U** dla wejścia powtórnie do klatki piersiowej przez otwór przepuklinowy w przeponie doświadcza znacznego ucisku przez część przepony, leżącą pomiędzy dwoma otworami. Otóż przy małym kęsie pokarmowym słabe ruchy robaczkowe w przełyku nie są w stanie przemódz ucisku, gdy silne takie ruchy przy dużym kęsie łatwo go pokonywają. Zgłębnik żołądkowy w takim razie wchodzi bez wielkiego oporu.

Jeżeli żołądek stanowi zawartość przepukliny, to zwykle prędzej czy później rozwija się niestrawność z odbijaniem się, czkawką, skłonnością do wymiotów, a nawet niekiedy nieustannymi wymiotami. Chory przyjmując większą ilość pokarmu lub napoju, natychmiast doświadcza duszności połączonej z nieprzyjemnem uczuciem pełności i rozpierania, a nawet wyraźnej bolesności w górnej części brzucha. Bywały jednak przypadki, w których dolegliwości chorego po napełnieniu żołądka znacznie się uspokajały.

Skoro do przepukliny wchodzi kiszki i zwłaszcza kiszki grube, to chory oprócz bolesności w różnych okolicach brzucha doznaje częstych i upartych zaparć stolca, lub też zaparć stolca naprzemian z biegunką. Gdy do klatki piersiowej przejdzie większa ilość kiszek, to brzuch nieraz wydaje się spłaszczonym, deskowatym, lub nawet zapadłym. Niejednokrotnie także można zauważyć, że po silniejszych napięciach tłoczni, objętość brzucha znacznie się zmniejsza, przy jednoczesnem ukazywaniu się duszności, a potem powoli brzuch znowu powraca do pierwotnej objętości.

Fizykalne badanie wykrywa wiele objawów zależnych od przemieszczenia się trzew brzusznych i piersiowych, jakkolwiek badanie to wydaje cenne wyniki dopiero wówczas, gdy pętlica kanału pokarmowego, stanowiąca zawartość przepukliny jest dostatecznie duża i leży przy ścianie klatki piersiowej. Bardzo małe przemieszczenia jelit tym sposobem rozpoznać się nie dają. Bywa toż samo

i przy dużych przemieszczeniach kiszki i żołądka, gdy te nie leżą przy ścianie klatki piersiowej, ale pokryte są przez podstawę płuca.

Otóż przemieszczenie się do klatki piersiowej cienkościennych i zawierających gazy części przewodu pokarmowego, gdy te, jak powiedziano, są dostatecznie duże i leżą przy ścianie klatki piersiowej, daje przy wysłuchiowaniu i opukiwaniu na miejscu gdzie prawidłowo zawsze leży normalna tkanka płucna, objawy zupełnie podobne do tych, jakie obserwujemy przy odmie piersiowej (*pneumothorax*). Stosownie do ilości przemieszczonych jelit, bywa to na większej lub mniejszej przestrzeni. Zależnie od topograficznego położenia przepukliny, zjawisko podobne obserwujemy przy przepuklinach zaprzeponowych z tyłu, przy przymostkowych z przodu, przy innych przyściennych z boku. Jeżeli ilość przemieszczonych kanałów jest znaczna i płuco zupełnie odepchnięte ku górze i wewnątrz, to ze wszech stron na znacznej przestrzeni ściany klatki piersiowej ponad miejscem prawidłowej dolnej granicy płuca. Ponieważ ściany przemieszczonych kanałów są kurczliwe, skutkiem czego zmienia się ich objętość, postać i miejsce położenia, przeto miejscowe objawy odmny piersiowej ciąglej ulegają zmianie. Ta zmiana o tyle więcej jest możliwa, że naraz wszystkie przemieszczone kanały, lub pewna ich część mogą się napęcznieć tylko zawartością płynną lub stałą i prawie nie zawierają gazów. A dzieje się to wszystko, w niepowikłanych przypadkach, bez żadnych poruszeń gorączkowych.

Na miejscu odpowiadającym ograniczonej odmie piersiowej, nie słychać zupełnie prawidłowych szmerów oddechowych. *Fremitus pectoralis* jest zniesionym. Odgłos wypukowy jest bębniasty z jednoczesnym przydźwiękiem metalicznym, przy wysłuchiowaniu. Równolegle z odgłosem bębniastym słychać przy wysłuchiowaniu takie szmery jak metaliczny wdech i wydech, *gutta cadens*, *glou-glou intestinal* i metaliczne objawy wstrząśnienia. Stosownie do zmian kanałów spowodowanych przez ruchy robaczkowe, wysokość odgłosu bębniastego i przestrzeń na jakiej daje się wypukać, zmienia się w bardzo krótkich odstępach czasu. Czasami odgłos ten zupełnie znika, ustępując miejsca odgłosowi tępemu, by znów po niedługiej chwili wszystko wróciło do dawnego stanu, innym razem kiszka cofa się pod podstawę płuca i miejsce jej zajmuje przy ścianie klatki piersiowej tkanka płucna ze swoim tylko nieco osłabionym szmerem pęcherzykowym.

Ponad górną granicą odgłosu wypukowego bębniastego, szmer oddechowy pęcherzykowy jest nieco osłabiony, a wyżej prawidłowy. Osluchiwanie i wypukiwanie serca także daje ważne objawy, zależne od przemieszczenia się tego narządu. Uderzenia serca wyczuwamy najczęściej daleko na prawo lub rzadziej daleko na lewo od prawidłowego umiejscowienia. Toż samo daje wysłuchiwanie serca i opukiwanie jego tępości.

Rozumie się, że w rozmaitych przypadkach różne wymienione powyżej objawy występują z różną siłą. Raz ten, drugi raz inny z nich zwracają więcej się na siebie uwagę, ale przy pilnem badaniu często można się doszukać wszystkich

Gdy wreszcie przyjdzie w przepuklinach chronicznych jedno z zejść wyżej wymienionych, to zwykły obraz objawowy u danego osobnika zmienia się znacznie.

Jeżeli śmierć następuje skutkiem gwałtowniejszego przemieszczenia się trzew brzusznych do klatki piersiowej, to występuje na zakończenie długiej choroby mniej więcej taki obraz, jaki opisano przy przepuklinach przeponowych ostrych.

Przykład przedśmiertnych objawów skutkiem powiększenia się objętości narządów oddawna przemieszczonych do klatki piersiowej daje chory obserwowany przez LEICHTENSTERN'a. Gdy chory ten, powracając z pola z roboty, wypił po drodze 1½ litra piwa i zjadł razowego chleba za 3 krajcary, dostał odrazu wielkiej duszności. Szedł jednak dalej obciążony narzędziami polowemi, ale już chwiejąc się na nogach, jak pijany. Przyszedłszy do domu cały fioletowy, upadł nagle bez życia. Badanie pośmiertne wykazało tylko znaczne powiększenie się oddawna przemieszczonego żołądka.

Objawy przy uwięzieniu przepuklin przeponowych są wogóle podobne do tych, jakie widzimy przy innych uwięzieniach wewnętrznych. Dobrze je np. przedstawia następujący przypadek opisany przez H. LAURENT (*Observatio de hernie diaphragmatique. Gazette des hopitaux 1860 pag. 451*):

Mężczyzna 32-letni, silnej budowy i zawsze zdrowy, siadł do obiadu. Nagle, bez żadnej widocznej przyczyny schwyciła go gwałtowna kolka w brzuchu. W kilka chwil potem chory nie mógł się prawie poruszać skutkiem niezmiernych boleści w brzuchu i wielkiej duszności. Położono go do łóżka, danó ławatywę i obłożono brzuch ciepłemi okładami. Pozostało to bez skutku. Gwałtowne bóle nie ustawały i w cztery godziny później przyszły już wymioty. Żywa bolesność w podżebrzu lewem rozchodziła się do dołu biodrowego prawego i do jąder w postaci niezmiernie przykrego uczucia pociągania tych narządów. Ucisk na brzuch nie powiększał bolesności i najpilniejsze badanie nigdzie nie mogło wykazać guza ni w jamie brzusznej ni zewnątrz niej, a nadto brzuch nie był zbyt wzdęty. W kilka godzin od początku choroby chory oddał kał i mocz prawie jak zwykle. Badanie w tym razie klatki piersiowej nigdzie nie wykazało żadnego zboczenia: szmery oddechowe były wszędzie prawidłowe i nigdzie stępienia zauważyć się nie dało. Chory zupełnie przytomny. Tętno jego powolne, małe. Przywołany lekarz myślał, że miał do czynienia z kolką nerkową ze strony lewej. Zastosowane środki nie przyniosły żadnej ulgi. Ciągła bolesność w brzuchu i ciągle wymioty. Masy wymiotne składały się z podawanych płynów z domieszką śluzu i ten charakter ich pozostał do końca życia. W 17 godzin od rozpoczęcia choroby stan chorego stał się bardzo ciężki: upadek sił nadzwyczajny, oczy zapadły, twarz się wyciągnęła, zbladła, tętno stało się małe, częste, wymioty ciągłe. Chory nie oddaje ani stolca, ani moczu. LAURENT, domyślając się teraz, że ma do czynienia z uwięzieniem wewnętrznem kanału pokarmowego, naznacza wielką ilość oleju rącznikowego z dwoma kroplami oleju krotonowego, ale chory wyrzucił wszystko to przy wymiotach. Naznaczone ławatywy z senu, siarczanu sody i wina emetykowego nie przyniosły pożądanego skutku. Tymczasem chory przy objawach zupełnego upadku sił umarł po 27 do 28 godzinach trwania choroby.

Przy badaniu pośmiertnem znaleziono silne uwięzienie znacznej pętlicy kiszki grubej w małym otworze przepony ze strony lewej. Mianowicie przez

otwór w przeponie do klatki piersiowej dostała się pętlica kiszki grubej długa na 50—60 ctm., a nadto prawie cała sieć wielka. Zaciśnięcie w otworze przeponowym było tak znaczne, że aby wyjąć kiszkę, trzeba było rozszerzyć otwór przeponowy nożem. Cała pętlica kiszki grubej nad przeponą była przynajmniej 2 razy grubsza, czerwono-niebieska, ze ścianami mocno obrzmiałemi. W jamie lewej opłucnej znajdowało się wiele płynu surowiczego, czerwonego, który podług LAURENT'a, musiał się tu zebrać w ostatnich godzinach życia, gdyż go poprzednio stanowczo nie było. Lewe płuco było mocno odepchnięte ku górze i wewnątrz i ugniecione. Serce przemieszczone na prawo.

Otwór w przeponie w tym przypadku był pochodzenia traumatycznego. Chory na 10 do 12 lat przed śmiercią otrzymał pchnięcie nożem w miejscu odpowiadającym przepuklinie i to tak mocne, że przez ranę zewnętrzną w klatce piersiowej wypadła pewna część *omenti majoris*. Przywołany chirurg nie mógł odprowadzić wypadłej części sieci wielkiej do jamy brzusznej, obciął więc ją i resztę odprowadził o ile się dało do klatki piersiowej. Wypadnięcia kiszki do jamy opłucnej w pierwszej chwili nie stwierdzono.

Objawy mniej więcej pozostaną te same, gdy uwięzienie nastąpi skutkiem zawałów kałowych w przemieszczonej kiszce, lub skręcenia kanału pokarmowego na około głównej osi kręzkowej.

W przytoczonym powyżej przypadku uwięzienia kiszki śmierć nastąpiła tak szybko, że nie doszło do żadnych dalszych następstw. Tak bywa najczęściej. Gdy wszakże chory żyje dłużej, oprócz wszystkich zmian takich, jak opisano wyżej może niekiedy wydarzyć się przedziurawienie uwięzionego jelita z wylaniem się kału do jamy opłucnej i wytworzeniem zapaleń kałowych. Podobne spostrzeżenia z przedziurawieniem kiszki grubej podają J. REID (*Edinb. Journ. Nr. 142, 1840*) i WOODWORTH (*New-York med. Journal, April, 1874*) z przedziurawieniem kiszki cienkiej J. DOELLINGER (*Pester med. chir. Presse XI, 1875, 49*), z przedziurawieniem *duodeni* FOURCAS (*Gaz. des hôp. 1875, pag. 37*). Rozumie się że w każdym takim przypadku wytwarza się natychmiast *pyopneumothorax* ze szybkim śmiertelnym zejściem. Pierwsze z przytoczonych spostrzeżeń zasługuje jeszcze na uwagę z innego względu. Czterdziestopięcioletni szwec, którego obserwował J. REID, umarł w 15 miesięcy po otrzymaniu podczas kłótni, rany ostrem narzędziem w okolicy lewego podżebrza. Otóż szwec ten w przeciągu tych 15 miesięcy niejednokrotnie zachorowywał w ten sposób, że występowały objawy ostrego wewnętrznego uwięzienia przewodu pokarmowego, które stopniowo ustępowały. Gdy wreszcie umarł przy takich samych objawach, badanie pośmiertne wykazało otwór w lewej połowie przepony, który z trudnością przepuszczał trzy palce i w którym była uwięziona na jedną stopę długa pętlica poprzecznicy i znaczna część sieci wielkiej. W wymienionej pętlicy kiszki poprzecznej znaleziono w kilku miejscach otwory zgorzelinowe przez które zawartość jej wypadła do jamy lewej opłucnej.

Oprócz zapaleń kałowych opłucnej widziano jeszcze w paru przypadkach także samo zapalenie otrzewnej skutkiem wylania się zawartości kiszkowej do jamy otrzewnej po oddzieleniu się zmartwiałej, uwięzionej części kiszki.

Rozpoznanie przepukliny przeponowej za życia należy do zadań bardzo trudnych. Dowodem tego jest okoliczność, że dotąd rozpoznano nie więcej niż 10 razy taką przepuklinę nie na stole sekcyjnym. Rozumie się, że rozpoznanie jest nierównie łatwiejsze w przypadkach traumatycznych, gdzie sam rodzaj i miejsce uszkodzenia wiele domyślać się pozwalają. Przed wprowadzeniem wysłuchiwania i opukiwania, rozpoznawano przepuklinę przeponową traumatyczną, gdy zaraz po uszkodzeniu wystąpiły objawy uwięzienia przewodu kiszkiowego, z powiększeniem się jednej połowy klatki piersiowej, z zapadnięciem się brzucha i t. d.. Obecny postęp w rozpoznaniu głównie zawdzięczamy LEICHTENSTERN'owi. Korzystając z jego wskazówek możemy dziś łatwiej postawić dobre rozpoznanie, które ostatecznie sprowadza się prawie tylko do rozróżnienia za pomocą przedmiotowego badania ograniczonej odmy piersiowej od przepukliny przeponowej. Oba stany mogą być skutkiem traumatycznego uszkodzenia, jak np. ran kłótych, ciętych, postrzałowych i t. d., ale w takich razach odma piersiowa zajmuje zwykle całą jamę opłucnej, dając odpowiednie oznaki fizyczne na całej odpowiedniej połowie klatki piersiowej, gdy tymczasem przepuklina przeponowa powoduje najczęściej takie same objawy na ograniczonej przestrzeni przy dolnej granicy płuca. Odma piersiowa występuje zarówno często z prawej jak i lewej strony, gdy przepuklina głównie z lewej. Odma piersiowa stanowi zjawisko przechodnie, po pewnym czasie gaz ulega wessaniu i płuco się rozszerza, albo też na miejsce gazu, przychodzi wysięk zapalny, gdy tymczasem przepuklina przez lata całe może trwać niezmiennie. Przy odmie piersiowej przestrzeń otrzymanywanych objawów wysłuchowych i opukowych i ich jakość w krótkim przeciągu czasu przedstawiają się niezmiennie, gdy przy przepuklinie obszerność i kształt jamy, zawierającej powietrze, a ztąd i jakość danych dostarczanych przez wysłuchiwanie i opukiwanie ciągłej prawie ulega przemianie. Takiej samej zmienności podlegają prawie wszystkie inne objawy przy przepuklinie przeponowej, gdy przy odmie piersiowej wogóle przedstawiają one daleko więcej stałości. Należy zatem powiedzieć to o bólu rozmaitego rodzaju w brzuchu i klatce piersiowej, o duszności, o niektórych zmianach w systemacie krążenia krwi i t. d.. Dalej wysłuchiwanie połknięcia i zwłaszcza po zadaniu prosków musujących w żołądku, może dać ważne wskazówki dla rozpoznania przepukliny przeponowej. Uczucia chorego również w tym względzie coś mówić mogą, a mianowicie to gdzie chory czuje pierwsze uczucie zimna, uczucie palenia i t. d., po przyjęciu napojów zimnych i wysokowych. Odpowiednio zastosowane lałatywy mogą przyczynić się również do poznania czy kiszka gruba wchodzi do zawartości przepukliny.

Dalej jednocześnie istnienie w płucach sprawy niszczącej więcej przemawia na korzyść odmy piersiowej, gdy jednoczesne objawy wewnętrznego uwięzienia kanału pokarmowego na korzyść przepukliny. Przy odmie piersiowej brzuch najczęściej jest wyдутy, gdy przy przepuklinie przeponowej niejednokrotnie jest spłaszczony lub wciągnęty i zmniejsza się po silnych napięciach tłoczni brzusznej przy ukazywaniu się duszności.

Przemieszczenie serca jest wspólne dla odmy piersiowej i dla przepukliny piersiowej, ale jako objaw łatwo dostrzegalny jest ważne przynajmniej o tyle, że zmuszając do stawiania różniczkowego rozpoznawania, przypomina i przepuklinę przeponową.

Rozpoznanie będzie nierównie trudniejsze, gdy ta przyczyna, która wywołała powstanie przepukliny przeponowej, otworzyła jednocześnie narządy, zawierające powietrze i wywołała odnę piersiową, co trafia się także niekiedy.

Dla stwierdzenia rozpoznania, zwłaszcza w razach ukazania się objawów uwięzienia, POPP (*Zeitschrift f. Chirurgie von Hueter und Lücke. Bd. I. pag. 89*) radzi badanie przepony bezpośrednie za pomocą wprowadzenia naoliwionej ręki o ile można najwyżej przez odbytnicę u chorego poprzednio mocno znieczulonego. W razie odszukania miejsca uwięzienia, należy podług POPP'a przez lekkie pociąganie za uwięzioną kiszkę starać się ją wyprowadzić z otworu. Jeżeli się to uda i objawy uwięzienia ustaną, to lekarz nabywa najpierw pewności rozpoznania i z drugiej strony otrzymuje pewien skutek leczniczy. B. SCHMIDT jednak, z powodu wielkiej odległości od otworu stolcowego do przepony, wątpi czy tą drogą można dojść do jakiegoś wyniku.

Przy przepuklinie przeponowej postawienie dobrego rozpoznania nie jest wcale tylko szczęśliwym rozwiązaniem trudnej lamigłóWKI. Choremu można niewątpliwie coś pomódz, jakkolwiek terapia pozostaje w tym razie często zupełnie bezsilną.

Choremu, u którego rozpoznano nieuwięzioną przepuklinę, trzeba najpierw nakazać ściśle zachowanie się dyjetetyczne, powinien on jeść mało pokarmów pożywnych i lekkostrawnych, a nie używać wcale napojów zawierających wiele gazów np. kwasu węglanego, lub takich pokarmów, o których wiadomo z doświadczenia, że mogą wywołać wzdęcie kiszek. Powinien dalej unikać wszelkich wysiłków fizycznych, wielkich napinań tłoczni brzusznej przy oddawaniu stolca i t. d.. Środki wymiotne są dla niego w sposób jaknajwięcej stanowczy przeciwwskazane. Nieraz tacy chorzy po użyciu np. emetyku nagle umierali. Co się tyczy zastosowania samych środków lekarskich, to powinny być one głównie skierowane do utrzymywania w porządku przewodu pokarmowego. Niekiedy wprowadzenie zgłębnika żołądkowego i opróżnienie żołądka stanowi środek decydujący o życiu takich chorych.

Jeżeli wystąpią objawy uwięzienia, to już LAENEC radził robić laparotomię, wyszukać miejsce uwięzienia i odprowadzić do jamy brzusznej przemieszczone trzewia. Że odszukanie miejsca uwięzienia nawet po dokonanej laparotomii nie jest łatwe, dowodzą tego przypadki BARDENHEWER'a, SKLIFASOWSKIEGO i niektóre inne. Jak jednak utrzymać wprowadzone do jamy brzusznej jelita na miejscu? co zrobić z samym otworem przepony? są to pytania, na które później dopiero odpowie doświadczenie chirurgów. Obecnie są tylko wskazówki, że rany przepony i mianowicie jej mięsnej części po zeszcyciu mogą się zrosnąć pomimo ciągłych ruchów oddechowych. Daleko trudniej goją się, a nawet podług niektórych autorów mają wcale niezarastać, zranienia ośrodka ścięgnistego. Dalej niewiadomo dotąd wcale na ile wytrzymałe są blizny przepony i czy one łatwo się rozciągają. Wiele z tych wszystkich zagadnień możnaby rozwiązać sztucznie za pomocą doświadczeń na zwierzętach.

Jeżeli pomoc chirurgiczna po wystąpieniu objawów uwięzienia jest niezbędna, to stosowana przedtem, w celu uprzedzenia możliwego niebezpieczeństwa, byłaby niezawodnie środkiem zbytnie ryzykownym.

Dawne rady podawania funtami rtęci [KIRSCHBAUM] dla wyprowadzenia trzewiów z jamy klatki piersiowej do jamy brzusznej, albo też podawania chorym jaknajwiększej ilości pokarmów [OLIVET] ażeby obciążony żołądek sam opuścił się do jamy otrzewnej, mogą mieć tylko interes historyczny.

Na zakończenie tej pracy nasuwa się jeszcze pytanie, czy zdarza się przepuklina przeponowa u zwierząt? Z literatury nie mogę na to odpowiedzieć. Mam jednak kota, nadesłanego mi łaskawie przez prof. NAWROCKIEGO, u którego przemieszczone trzewia brzuszne przez otwór w prawej połowie przepony, doprowadziły do zdumiewających zmian w klatce piersiowej. Ponieważ jakoś tych zmian uzupełnia w pewnym względzie obraz anatomiczny zmian zachodzących przy przepuklinach fałszywych, przeto zamieszczam ich opis.

Kot jest dorosłą samicą, która waży 1720 grm.. Po bliższem obejrzeniu zwraca na siebie uwagę wielka chudość kota, jego brzuch mocno zapadły, wciągnięty i znaczne rozszerzenie prawej połowy klatki piersiowej. Zresztą mięśnie, kościec i cały układ nerwowy tego kota nie przedstawiają nic szczególnego.

Po otworzeniu brzucha i klatki piersiowej, uderza przedewszystkiem niezwykłe rozłożenie prawie wszystkich narządów.

Przepona leży bardzo nisko. Z prawej strony nie wypukła się ona zupełnie do góry, a nawet miejscami znajduje się poniżej poziomu przyczepów. Z lewej strony najwyższa część przepony podnosi się około na jeden centymetr nad taką najwyższą część strony prawej. W prawej połowie przepony znajduje się otwór owalny wielkości i postaci słodkiego migdała z wązkim końcem zwróconym na zewnątrz. Brzegi otworu są zupełnie gładkie, zaokrąglone, miejscami wyraźnie włókniste i nad nimi wszędzie opłucna prawa równo przechodzi w otrzewną. Otwór w przeponie mieści się wyłącznie w części mięsnej, ale istotnego braku tkanki mięsnej nie ma wcale. Jest tylko rodzaj rozepchniętej szpary pomiędzy pęczkami mięsnymi, które przyczepiają się z jednej strony do końca wolnego jedenastego żebra, a z drugiej strony do ośrodka ścięgnistego przepony. Część przepony leżąca przed szparą jest rozwinięta prawidłowo, gdy część mięsna znajdująca się za szparą jest bardzo cienką, bladą i słabo rozwiniętą.

W jamie brzusznej pozostały:

- 1) Wątroba bez jednego najwięcej na prawo wysuniętego zrazu; jest ona odepchnięta mocno na lewo i ku dołowi.
- 2) Śledziona, przeciągnięta swym dolnym końcem trochę na prawo.
- 3) Żołądek i dwie górne części dwunastnicy z trzustką i wielką częścią sieci wielkiej.
- 4) Narządy moczowe z nadnerczami i narządy płciowe, które żadnej zmiany w położeniu nie uległy. Nakoniec
- 5) Odbytница z mocno wyprostowanym rzymskiem **S**.

Przeszły do jamy prawej opłucnej: a) jeden zraz wątroby, b) dolna część dwunastnicy, która leży w otworze przeponowym, c) cała kiszka cienka i d) cała kiszka gruba do górnego końca rzymskiego **S**. Nareszcie, e) prawie $\frac{1}{2}$ prawa część sieci wielkiej.

Skutkiem wymienionego przemieszczenia się kiszek do jamy prawej opłucnej w klatce piersiowej zaszły następujące zmiany:

1) Prawe płuco zostało zupełnie przyparte do tylnej ściany klatki piersiowej i leżąc wzdłuż kręgosłupa, przedstawia się w postaci cieniutkiej, ciemnoczerwonej blaszki, w której tylko miejscami widać pęcherzyki napełnione powietrzem.

2) Przednio-tylna śródpiersiowa przegroda uległa bardzo wielkiemu rozciągnięciu i przemieszczeniu na lewo, tak że blaszkowate śródpiersie przednie przylega szczelnie do wewnętrznej powierzchni przedniej połowy lewej ściany klatki piersiowej, a serce i płuco lewe zostały wtłoczone do tylnej połowy jamy lewej opłucnej. Dalej przez wypuklenie się na lewo tych dwóch blaszek opłucnej, które obejmują śródpiersie tylne, wytworzyła się pod łukiem aorty ogromna przepuklina podłukowa (*hernia subaortica*). Wejście do jej worka mieści się pod łukiem aorty i nad przeponą, przed aortą piersiową zstępującą i przełykiem, a za żyłą główną dolną i przedsionkami serca. Przedstawia się ono w postaci owalnej szpary z osią główną pionową. Sam zaś worek przepukliny podłukowej jest okrągławy i tak wielki, jak małe kurze jajo. Ściany jego są cienkie, błoniaste i zawartość stanowi zwinięta pętlica кишки cienkiej długa na 15 ctm.. O tyle więc różni się ta przepuklina podłukowa od opisanych wyżej w naszych przypadkach trzecim i czwartym, że tym razem wejście do niej mieści się przed przełykiem. Worek tej przepukliny leży nad przeponą w dolnym i tylnym odcinku jamy lewej opłucnej.

3) Serce przemieszczone do tylnej połowy jamy lewej opłucnej jest zwykłej wielkości i otacza je prawidłowo rozwinięte osierdzie.

4) Płuco lewe jest przyparte do tylnej ściany lewej połowy klatki piersiowej, małe i miejscami tak uciśnięte, że nie zawiera zupełnie powietrza.

Biorąc wszystko powiedziane pod uwagę, nie ulega wątpliwości, że opisana prawostronna, fałszywa przepuklina przeponowa u kota była wrodzona i że przemieszczenie trzew brzusznych do jamy klatki piersiowej wcale nie jest świeże. Powierzchnia oddechowa u tego kota była niezmiernie ograniczona i nie widząc podobnego okazu, trudnooby było uwierzyć, że w tak niekorzystnych warunkach zwierze może się utrzymać przy życiu.

L I T E R A T U R A .

MORGANI. De sedibus et causis morborum. L. IV, Fp. LIV, Art. 10. — SÖMMERING. Ueber die Ursachen, Erkenntniss u. Behandl. der Brüche am Bauche und Becken ausser der Nabel u. Leistengegend. Frankfurt. 1811. — AUTENRIETH und DREIFUS. Ueber die Brüche des Zwerchfells. Tübingen. 1829. — WÜRTH. Ueber Zwerchfellsbrüche. Diss. Würzburg. 1847 [krótki opis wszystkich przypadków od 1828 do 1847 r.]. — BÉCLARD. Des epiplocèles diaphragm. Paris. 1823. — NORRIS, Gazette medical. 1837. p. 705. — CRUVEILHIER. Anat. path. general. Vol. I. — CRUVEILHIER. Anat. path. Livr 17 pl. 5. Livr. 19 pl. 6. — MECKEL. Deser, monstr. nonnullor Tab. 3; Tabulae anat. path. Tab. 33. — VROLIK. Tabulae ad illustrandam embryo. genesin etc. Tab. 69, 70. — BOCHDALEK. Prag. Vierteljahrschrift. — WILLIG. Prager Vierteljahrschr. 1856, Vol. 51. pag. 33. — LUSCHKA. Ueber die Hern. diaphragmatica, Archiv f. phys. Heilk. 1847. — W. GRUBER. VIRCHOW'S Archiv Bd. 47, pag. 332 [literatura zebrana do 1869 roku]. — SCHÖLLER. Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde Bd. 59, Heft

3, 1842. [Literatura od 1582—1841 r.]. — GOBLET. *Bullet de la Soc. anat.* V. XXI, pag. 243. — MA-CAULEY. *Med. observations and inquires*, Vol. I, art. 4. — MARSH HOWALD. *Lancet*, 1867, I, pag. 10. — BONN. SCHMIDT's *Jahrb.* Bd. 89, p. 171. — VEDÉ. *VIRCH.-HIRSCH's Jahresbericht*. 1871. II, p. 451. — LINALI, *VIRCH.-HIRSCH's Jahresbericht*. 1877, II, p. 441. — FLÖCH. Ein Fall von *Hernia diaphragmatica* cong. *Diss.* Bonn 1885 r. — DUGNET. *De la hernie diaphr. congénit.* Paris. 1866. — LEICHTENSTERN. Die Diagnose der *Hern. diaphragm.* *Berliner klin. Wochenschr.* 1874. Nr. 40 i następne. — Tenże w *ZIEMSEN's Handbuch der spec. Pathol. u. T.* Bd. VII, Heft 2, p. 439. — BARDENHEWER. Ein Fall von *Hern. diaphragm.* *Berliner klin. Wochenschr.* 1879, pag. 195. — KLEBS. *Handbuch der pat. Anatomie.* Bd. 1, pag. 222. 1869. — ORTH. *Lehrbuch der spec. Path. Anatomie*, 1887, pag. 872, 3 Lief. — AHLFELD. Die Missbildungen des Menschen 1832, II Abschnitt, pag. 183. — LACHER. Ueber Zwerchfelshernien, *Deutsch. Archiv für klin. Med.* XXVII, pag. 268. — DIETZ. Neue Beobachtungen über die Hernien des Zwerchfells. *Inaug. Diss.* Strassburg. 1881. — TILLMANN. Ueber die Communicationen des Magen. Darmcanales mit der Brusthöhle und über subphrenische Kothabscesse, *LANGENBECK's Archiv.* Bd. XXVII. Hft. I, pag. 24. — B. SCHMIDT. Unterleibsbrüche pag. 321 w *Handbuch der allg. und spec. Chirurgie.* Bd. III. Abth. II A. — THOMA. *VIRCHOW's Archiv.* 88 Bd. pag. 515. — P. GUTTMANN. Ueber ein Fall von *Hernia diaphragmatica.* *Deutsche Med. Wochenschr.* 1884. Nr. 14, pag. 209.

HENLE. *Handbuch der Syst. Anatomie des Menschen, Muskellehre*, Zweite Auflage. 1871 roku. pagin. 75.

LUDWIK HIRSCHFELD. *Anatomija ciała ludzkiego, Myologija*, pag. 181. 1869 rok.

M. CADIAT. Du développement de la partie céphalothoracique de l'embryon, de la formation du diaphragma etc. *Journal de l'anatomie et de la physiologie.* Vol. XIV. 1878 r. — W. Hrs. Mittheilungen zur Embryologie der Säugethiere u. des Menschen, *Archiv f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth.* 1881. — N. USKOW. Ueber die Entwicklung des Zwerchfells etc.. *Archiv für mikroskopische Anat.* Cđ. 22 1883 r. — WALDEYER. Ueber die Beziehungen der *Hern. diaphragm. congenita* zur Entwicklungsweise des Zwerchfells. *Deutsche medic. Wochenschrift.* 1884. Or. 14. — RAVN. Bildung der Scheidewand etc. *Biologisches Centralblatt.* Bd. VII, 1887 roku. — O. HERTWIG. *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte.* Jena. 1888, pag. 420.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Na posiedzeniu klinicznym dnia 4. IX. r. b. kol. BUJWID zakomunikował „Rzadki przypadek wścieklizny u człowieka“, rzecz która będzie drukowaną w naszym piśmie.

Kol. Z. KRAMSZYK odczytał sprawozdanie z posiedzeń komitetu higieny publicznej za czas od 7. XII r. z. do 22. III r. b..

Nakoniec kol. SAWICKI przedstawił chorego z guzem na szyi. Rozpoznanie tego guza przedstawia wiele wątpliwości. Chory ten 54-letni mężczyzna, przed 6 laty zauważył po raz pierwszy guz miękki pod skórą na lewej stronie szyi nad obojczykiem. Guz ten był niebolesny i powiększał się powoli. Doszedłszy do wielkości pięści, guz zaczął rosnać szybko i w ciągu miesiąca powiększył się w dwójnasób. Wtedy chory zapisał się do kliniki szpitalnej. Szprycą PRAWAZ'a wydobyto z guza płyn surowiczy z domieszką krwi. Guz powoli zmniejszał się a po jakimś czasie zupełnie zniknął przy stosowaniu zimnych okładów i lekkiego ucisku. W rok potem wśród dreszczów guz zjawił się nagle i w ciągu 6 godzin dosięgnął wielkości pięści, przy czem chory doznawał bólu głowy, kłucia w lewym uchu, mdłości. Po raz drugi zapisał się chory na klinikę. Guz był większy niż przed rokiem i ograniczały go od góry szczyłka dolna, od dołu obojczyk, od

przodu przechodził po za linię środkową ciała, przesuając krtań i tchawicę na prawo, ku tyłowi sięgał, poza przedni brzeg mięśnia kapturowego. Napięcie ścian guza było znaczne, chębotanie wyraźne, ucisk, zmiana położenia, kaszel na objętości guza nie wpływały. Tętnienia ani szmerów nie było. Chory skarżył się na trudności w połykaniu i oddechu, ból lewej połowy głowy, klucie w lewym uchu. Opróżniono guz za pomocą przyrządu POTIN'a, przyczem wydobyto około 7 uncyj czystej krwi. Na drugi dzień guz powrócił do poprzedniej objętości i dalej się powiększał. Z powodu zamknięcia kliniki chory przeniósł się do oddziału D-ra ORŁOWSKIEGO. Tu postanowiono zrobić operację, polegającą na wyluszczeniu guza. Chory na operację nie przystał. W parę tygodni potem guz zaczął się sam zmniejszać, przyczem w tylnej jego części dawały się wyczuć twarde jakies cząstki, robiące wrażenie kamieni żylnych [flebolitów].

Chory wypisał się ze szpitala i guz mu prawie zniknął. Obecnie poniżej środka szyi po za mięśniem *stern. cl. mast.* wyczuwamy parę zlewających się ze sobą guzików, które tworzą niewielkie obrzmienie, niezupełnie oddzielone od otaczającej tkanki. Chory ma chrypkę, a przy badaniu laryngoskopem rozpoznano porażenie lewej połowy krtani. Zawroty głowy występują częściej niż dawniej. Tętno w *ar. radialis* wynosi 90.

Co do rozpoznania, kolega S. wyklucza tętniak i torbielak krwisty, natomiast robi dwa przypuszczenia: albo nastąpiło pęknięcie żyły do sąsiadującego z nią torbielaka surowiczego, albo pęknięcie żyły w dodatkowym gruczole tarczowym, pozostałym z zabłąkanej cząstki zarodkowej gruczołu [najprawdopodobniej to ostatnie].

W dyskusyi kol. ORŁOWSKI nastaje na konieczność interwencji chirurgicznej, wobec możności powtórzenia się wylewu krwi i wobec tego, że chory będąc obecnie w dobrym stanie zdrowia, łatwiej operację znieśie. Rozpoznanie jest niepewne, ale właśnie dla tego należy cięciem zrobionem *largamano* dotrzeć do źródła krwotoku.

Kol. SOKOŁOWSKI nie może się zgodzić na wyłączenie w danym przypadku aneuryzmatu, mianowicie aneuryzmatu łuku aorty i przemawiałoby za nim porażenie *n. recurrens* i wyłączenie innych powodów tego porażenia [nowotwór, powiększenie gruczołów oskrzelowych], dalej zmiany w tętnie i zawroty głowy. Źródło krwotoku rzeczywiście jest zagadkowe. Lubo krwotoki z aneuryzmatów zwykle są śmiertelne, to jednak bywają krwotoki szczelinowate, które natychmiast śmierci nie sprowadzają.

Kol. ORŁOWSKI mniema, że aneuryzmat w ciągu dwóch lat musiałby się powiększyć a nie zmniejszyć, jak to ma miejsce w danym razie. Krwotoki z aneuryzmatów są bezwarunkowo śmiertelne.

Kol. JAWDYŃSKI lubo na mocy zmian w tętnie przypuszcza, że obok istniejącego guza może być tętniak aorty, nie zgadza się jednak, aby krwotok mógł być spowodowany pęknięciem tegoż. Raczej należy myśleć, że przy zmianach w tętnicach utworzył się żylak której z żył grubych: po pęknięciu tegoż, krew wylała się do tkanek, a następnie uległa wessaniu,

Kol. SAWICKI przynajmniej, że tej ewentalności wykluczyć absolutnie nie można, jednak wydaje mu się ona mało prawdopodobną i żylaki szyi należą do rzadkości, pęknięcie ich prowadzi do wytworzenia torbieli krwistej, a nie guza w rodzaju naszego. Dlatego kol. S. obstaje przy swoim przypuszczeniu o pęknięciu naczynia w dodatkowym gruczole tarczowym. W i c e - p r e z e s PRZEWOŚKI z anatomo-patologicznego punktu widzenia również uważa przypuszczenie kol. SAWICKIEGO za uzasadnione.

Miejsce kuracyjne **SALZBRUNN,** na Szlązku.

Sezon kuracyjny od 1 Maja do końca Września.

OBERBRUNNEN

(Źródło alkaliczne **pierwszorzędne** znane pod względem leczniczym od r. 1601. Odznacza się wyborowym smakiem i zawartością przewyborowych środków leczniczych przeciw chorobom narządów oddechania, żołądka, narządów moczowych, pedogrze i t. d.

Wysyłkę skuteczniejszą w każdej porze roku

Salzbrunn na Szlązku

Furbach i Strieboll.

26—22

SUPPOSITORIA cum GLICERINO

Polecamy uwadze Szanownych Panów Doktorów czopki glicerynowe:

- 1) z mydłem stearynowym (bez żelatyny) 90% gliceryny
- 2) z żelatyną 80% gliceryny
- 3) z żelatyną i mydłem lekarskiem 60% gliceryny

które mają tę wyższość nad lawatywami i czopkami Boasa Sautera przygotowanymi z masłem kakaowem iż daleko mniej drażnią kışkę i nigdy nie wywołują następczych tenezmów.

Massa z mydła stearynowego lub też żelatynowa nierozpuszcza się całkowicie a tylko o tyle o ile potrzeba do podrażnienia błony śluzowej aby wywołać wypróżnienia, które następuje przy zastosowaniu powyższych czopków w 10 minut. Próbowane one były z pomyślnym skutkiem w szpitalach Warszawskich.

Czopki w mowie będące przygotowujemy wielkości 1,5, 2,0 i 2,5 i stale posiadamy gotowe, mamy zaszczyt polecić je uwadze Szan. Panów Doktorów.

BIERTÜMPFEL i GESSNER

aptekarze, Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej.

3—2

ZAKŁAD KEFIRU LECZNICZEGO K. SIGALINY z Kaukazu.

Oprócz wielu medali otrzymanych w Warszawie i Charkowie obecnie nagrodzony został medalem brązowym na Wystawie Hygieniczno-Lekarskiej i Dydaktyczno-Przyrodniczej we Lwowie miesiąc się przy ulicy Królewskiej № 31 nowy, wprost parkanu ogrodu Saskiego między ul. Marszałkowską a skwerem kościoła ewangelickiego.

Zakład zaopatrzony stale codziennie w świeży kefir i zdrowe grzybki kefirowe.

6—2

FRANCISZKA JÓZEFA WODA GORZKA

Dyrekcya w Buda - Peszcie

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

Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach i składach wód mineralnych.

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

— Hunyadi Janos 31.92 „ i 0.79 „
— Friedrichshali 11.20 „

Stuttgart w Marcu 1882.

3—2

Radca Tajny von Fehling.