

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O PRZEPUKLINIE PRZEDOTRZEWNOWEJ.

Napisał

Bronisław Sawicki

asystent kliniki chir. szpit.

Krótki rys historyczny, anatomija, statystyka.

Podczas gdy rodzaj przepuklin, zwanych śródściennymi (h. interstitialis Goyrandi), był znany i opisywany na początku bieżącego stulecia, a nawet w końcu zeszłego, przepukliny przedotrzewnowe (h. pro-peritonealis Krönleini) zwróciły na siebie należyłą uwagę chirurgów zaledwie w ciągu lat ostatnich.—Wprawdzie i dawniej opisywano pojedyncze wypadki, któreby dzisiaj ochrzczono tem mianem, lecz tłómaczono je zwykle mylnie, najczęściej odprowadzeniem en masse i uważano za rzecz niesłychanie rzadką. Pierwsi francuzi zaczęli ogłaszać podobne spostrzeżenia. Arnaud w r. 1749 w dziele: „*Traité des hernies ou descentes*“ opublikował wypadek przepukliny, w którym znalazł na sekcji przedotrzewnowe wypuklenie worka pachwinowego w kierunku do pęcherza. Podobne spostrzeżenie podał Pelletan w r. 1810.

Czytając Anatomiję patologiczną Cruveilhier'a z roku 1816¹⁸⁾ *) (str. 304), przyszedłem do wniosku, że on już miał niejakię pojęcie o przepuklinie podotrzewnowej i uważał ją za *hernie en bissac*. Podług tego autora, wskutek niezupełnego odprowadzenia trzewi odłuszcza się szyjka przepuklinowa od obrączki i oddala od niej. Wtenczas nowa część worka, odpowiadająca teraz obrączce, kurczy się, grubieje i wytwarza środkowe zwężenie worka klepsydrowego.

Mutatis mutandis objaśnienie bardzo bliskie do tego,

*) Cyfry umieszczone przy nazwiskach stosują się do literatury podanej na końcu artykułu.

jakie później podał Streubel dla przepukliny przedotrzewnowej. Nadto jeden z pomiędzy trzech przytoczonych przez Cruveilhier'a wypadków, miał wszystkie cechy przepukliny przedotrzewnowej (str. 307 Obs. II). — Wypadek operowany przez Dupuytren'a w roku 1813 rozpoznany był, jako *hernie en bissaç*. D. rzeczywiście znalazł za obrączką wewnętrzną drugi worek, który tworzył wygórowanie na ścianie brzusznej, odszukał ostium abdominale, w którym zaciśnięta była kiszka, nadciął brzegi, kiszkę odprowadził i chory wyzdrowiał.

Opis samego worka i brak wszelkich danych, któreby wskazywały, jak w dwóch innych wypadkach, na odprowadzenie *en masse*, pozwala, mojem zdaniem uważać ten wypadek jako pierwszy rozpoznany przy życiu i operowany z dobrym wynikiem. Krótkie streszczenie z niego podam obok innych na końcu niniejszej pracy.

W drugiej późniejszej pracy swojej ¹⁰⁾ (str. 657) wspomina Cruveilhier o innej jeszcze odmianie worka przepuklinowego, którą nazywa: *Sac herinaire double*. Pod mianem tem rozumie on przepuklinę, złożoną z dwóch worków, komunikujących ze sobą. Ponieważ ten rodzaj przepuklin Cr. uważa tylko za odmianę poprzedniego, a samo jego powstanie objaśnia częściowem wypukleniem otrzewnej w miejscu gdzie odporność szyjki jest mniejsza, ponieważ następnie zwraca uwagę na to, że otwór łączący z sobą oba worki może się stać miejscem uwięźnięcia trzewi, możnaby przypuścić, że jest tu mowa o przepuklinie przedotrzewnowej sakiewkowej (*Zwerchsackbruch*). Zresztą bliższych szczegółów co do stosunków anatomicznych samego wypuklenia Cr. nie podaje.

Pierwszy, niezaprzeczenie najlepszy i najbardziej szczegółowy opis przepukliny przedotrzewnowej podał i rysunkiem objaśnił Froriep (*Chirurgische Kupfertafeln*. Weimar. 1846). Umiejscowienie worka przedotrzewnowego pomiędzy otrzewną i powięzią poprzeczną było ściśle stwierdzone na sekcyi. Obok tego ogłoszono parę innych spostrzeżeń, które musiały zwrócić na siebie uwagę chirurgów.

W tym samym czasie ogół chirurgów zainteresował się znaną już i przedtem, ale mało uwzględnianą odmianą przepuklin śródściennych. W r. 1835 Goyrand przedstawił na posiedzeniu akademii lekarskiej dwa odpowiednie wypadki i nazwał je *hernia interstitialis*. — Do tej to od-

miany przepuklin zaczęto podporządkowywać przepuklinę przedotrzewnową.

W pracy Schindler'a i Steudner'a ²⁰⁾, ogłoszonej w r. 1851 znajdujemy podział herniae interstitialis Goyrand'a (interparietalis Malgaigne'a) na: h. interstitialis muscularis, h. interst. subcutanea i h. extraperitonealis, gdzie przepuklina napowrót przeszła przez bramę wewnętrzną i ułożyła się pomiędzy otrzewną i mięśniami.

W r. 1852 Parise przedstawił Towarzystwu chirurgicznemu trzy spostrzeżenia przepukliny przedotrzewnowej. Z tych Krönlein w swej pracy przytacza tylko jedno; nie wiem dla czego pomija inne. Gosselin w swej monografii ²¹⁾ wspomina o spostrzeżeniach Parise'a i mówi, iż może przytoczyć jeszcze pięć innych. Wypadki te uważa on za bardzo rzadkie, powstałe na skutek odprowadzenia worka en masse do brzucha i przyrośnięcia na nowem miejscu. Większą uwagę na omawianą przepuklinę zwrócił Streubel. W swej pracy „Ueber die Scheinreductionen bei Hernien, insbesondere bei eingeklemmten Hernien 1864“ zestawil S. 14-cie odpowiednich wypadków i podał objaśnienie powstawania tego rodzaju przepuklin. Jednakże i ta praca nie wiele przyczyniła się do posunięcia kwestyi naprzód.

König w swej Chirurgii szczegółowej w r. 1875 ²²⁾ wspomina wprawdzie o tym rodzaju przepuklin w oddziale o odprowadzeniach pozornych (str. 201), lecz rozpoznanie ich za życia uważa za *pium desiderium* i ogranicza się do krótkiej tylko wzmianki.

W r. 1876 ogłosił pierwsze swe spostrzeżenie Krönlein ¹⁾. Wypadek, za życia nie rozpoznany, operowany przez Langenbeck'a, skończył się śmiertelnie. Sekcja wykazała obecność worka przedotrzewnowego. Cały wypadek K. opisał szczegółowo, rozebrał analitycznie i opatrzył rysunkami i uwagami.

Jedną z ważnych przeszkód do dokładnego pojęcia przedmiotu stanowiła dotąd plątania nazwisk. Parise zwał omawianą przepuklinę — h. *inguinalis et intrailiaca* lub też *inguinalis media antevesicalis* (odpowiednio do tego, czy worek wewnętrzny był zwrócony do dołu biodrowego, czy do pęcherza), Bruggisser — h. *parainguinalis*, Birkett — h. *inguinalis intraparietalis*, Linhart — h. *retropertonealis parietalis*, Baer — *Zwerchsackbruch*, niektórzy

francuzcy autorowie—*hernie en bissac*, wreszcie wielu uważało to za odprowadzenie ryczałtem. Jeżeli zwrócimy uwagę, że te same nazwy inni autorowie nadawali zupełnie innym odmianom (*H. parainguinalis* zwał Lotzbeck przepuklinę wychodzącą nie przez obrączkę zewn., lecz przez dziurę w ścięgnię m. skośnego zewn.; *h. ing. intraparietalis* Malgaigne—przepuklinę śródścienną Goyrand'a i t. d.), wówczas będziemy mogli pojąć, jakie zamieszanie pojęć sprawiała taka różnaitość. Sam Krönlein nie mógł się na razie uchronić od błędu i przepuklinę Goyrand'a w pierwszej swej pracy zaliczył do kategorii przedotrzewnowych.

Wszystkie te nazwy odrzucił K. i, opierając się na stosunkach anatomicznych, użył nazwy: *h. properitonealis*.

W r. 1880 ogłosił K. drugą pracę swoją²⁾. Tu opisał on drobniostkowo wypadek przepukliny przedotrzewnowej nieuwięźniętej, rozpoznany za życia. W tej cennej pracy zebrał on i zestawił 24, znane do tego czasu, odnośne wypadki. Na mocy tych danych opisał dość szczegółowo stosunki anatomiczne, objawy, rozpoznanie i wskazania przy uwięźnięciu przepuklin przedotrzewnowych. Praca ta jest tak dokładną, że dotąd pomimo licznych artykułów w tej kwestyi, nie wiele nowego dodano. Wpływ jej był doniosły, jak wnosić można z licznych wypadków, jakie zaraz potem zaczęto ogłaszać. Nadto, gdy do chwili zjawienia się tej pracy wszystkie wypadki kończyły się śmiercią i były rozpoznawane na stole sekcyjnym, po jej ogłoszeniu zaczęto rozpoznawać własności przepukliny za życia i operować pomyślnie. Rossander, Neuber⁴⁾ i Krönlein³⁾ (trzeci wypadek przep. przedotr.) pierwsi dokonali operacji z dobrym wynikiem. Z prac, które się w ostatnich czasach zjawiały, na bliższą uwagę zasługuje praca M. Schmidt'a⁵⁾, który stara się dać inne objaśnienie dla powstawania *h. properitonealis*. Podczas gdy Streubel, Krönlein i wielu innych uważali ją za rozwiniętą z przepukliny zwyczajnej, Schmidt powstanie jej objaśnia zбочeniem w rozwoju. O tem pomówimy jeszcze później.

Wreszcie muszę nadmienić, że Baron¹³⁾, ogłaszając dwa wypadki w roku przeszłym, projektuje zmianę nazwy *h. properitonealis* na *h. intraabdominalis*—pomysł, mojem zdaniem, nie zupełnie szczęśliwy. Toż samo da się powiedzieć o propozycyi Sonnenburga, aby tę odmianę przepuklin nazwać *h. praeperitonealis*.

W podręcznikach chirurgii *h. properitonealis* nie umiała sobie jeszcze zyskać prawa obywatelstwa.

Z pomiędzy tych autorów, nowsze wydania których mam pod ręką, Hüter ²⁶⁾ wspomina o przepuklinie przedotrzewnowej bardzo pobieżnie, Ravoth ³⁰⁾ zupełnie milczy, Nélaton ²⁷⁾ i Tillaux ²⁸⁾ opisują dość szczegółowo przepuklinę śródścienną, o przepuklinie zaś przedotrzewnowej zdaje się nic nie wiedzą. W jednym tylko podręczniku Follin'a i Duplay'a ²⁹⁾ znalazłem bardziej szczegółowy opis obu dwu przepuklin: przedotrzewnowej i śródściennej. Autor cytuje tu prace Parise'a, Krönleina i Goyrand'a, podaje anatomiję, sytmatologiję i terapię obu dwu odmian. Pomimo to czytelnik nie obeznany z przedmiotem z trudnością chyba tylko może wyrobić sobie z tej pracy dokładne pojęcie o rzeczy. Najbardziej rozrzucona i pomieszana, a zatem najmniej jasna, jest anatomija; symptomatologija i terapija (str. 176 i 180), aczkolwiek przedstawione krótko i zwięzłe, o wiele są dokładniejsze i zrozumialsze.

W literaturze polskiej niniejsza praca jest trzecią w danej kwestyi. Pierwszy Matlakowski opisał operowany przez siebie wypadek, a zarazem, opierając się na pracy Krönlein'a i kilku późniejszych spostrzeżeniach, dał dokładny opis przepukliny przedotrzewnowej i wykazał różnicę, jaka zachodzi pomiędzy przepukliną przedotrzewnową Krönlein'a i śródścienną Goyrand'a. W roku przeszłym Trzebicky ogłosił w Przeglądzie lekarskim wypadek operowany przez prof. Mikulicza.—O tym interesującym wypadku w swoim czasie pomówimy obszerniej. Chociaż głównem mojem zadaniem jest dać czytelnikowi, o ile to w mej mocy, najdokładniejszy obraz przepukliny przedotrzewnowej, z góry jednakże zastrzegam, że będę zmuszony wielokrotnie potrącać i o przepuklinę śródścienną. Obiedwie te odmiany stoją w tak bliskim pokrewieństwie ze sobą, przejście od jednej do drugiej jest tak nieznaczne, że uważam za najodpowiedniejsze, opisując jedną, choć w krótkości uwzględnić i drugą.

Mianem przepukliny przedotrzewnowej (*h. properitonealis*) ochrzcił Krönlein przepuklinę o podwójnym worku, t. j. worku złożonym z dwóch części (wypukleń), z których jedna wychodzi na zewnątrz przez kanał pachwinowy resp. udowy (*saccus inguinalis* resp. *cruralis*), druga zaś (*saccus*

properitonealis) mieści się po za bramą przepuklinową pomiędzy fascia intima abdominis Teale'a *) i otrzewną.

W najbardziej typowych wypadkach część zewnętrzna, czyli worek pachwinowy lub udowy leży przed ścianką brzuszna, część zaś wewnętrzna, czyli worek przedotrzewnowy leży za ścianką brzuszna, pomiędzy fascia transversa, iliaca lub hypogastrica i otrzewną. Obadwa worki łączą się ze sobą za pomocą szyi, leżącej w odpowiednim kanale, (kanał pachwinowy lub udowy), i otwierają się wspólnym otworem do jamy brzusznej. By jeszcze bardziej uprzyściplnić czytelnikowi charakterystyczną cechę przepukliny przedotrzewnowej, wyobraźmy sobie, że mamy do czynienia ze zwykłą przepukliną pachwino-moszną. Jeżeli wyobraźmy sobie, że na miejscu, gdzie otrzewna ścienna zgina się i przechodzi w wyrostek pochwoy (processus vaginalis), otrzewna odluszczyła się na pewnej przestrzeni od annulus internus canalis inguinalis i odsunęła bardziej na wewnątrz do jamy brzusznej; że następnie część szyi worka wypukliła się w odpowiednim miejscu i wpakowała pomiędzy fascia transversa i peritoneum parietale, to otrzymamy obraz przepukliny z wypukleniem przedotrzewnowem, t. j. przepukliny przedotrzewnowej. Niżej podane rysunki jeszcze lepiej objaśnią czytelnika, gdyby mu powyższe określenie nie wystarczało.



Fig. 1.



Fig. 2.

*) Powięź najgłębszą brzuszna Teale'a anatomowie nazywają razem wziętą jako całość: powięź poprzeczną, biodrową, podbrzuszną i inne, które wysielaają od wewnątrz jamę brzuszna i na których bezpośrednio spoczywa otrzewna.

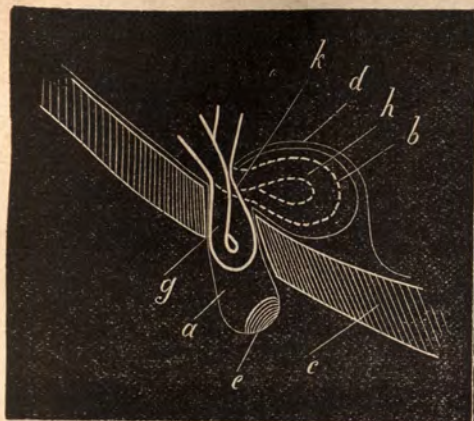


Fig. 3.

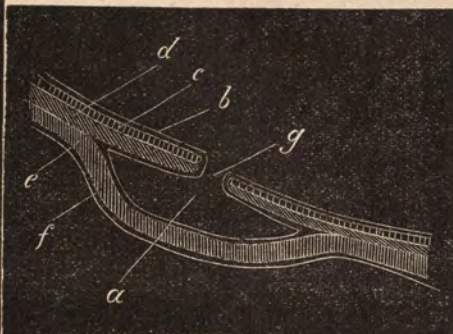


Fig. 4.

Rysunek 1 i 2, zapożyczone u Krönleina, przedstawiają szematycznie obiedwie odmiany przepukliny pachwinowo przedotrzewnowej: klepsydrowatą (1) i sakiewkowatą (2). Rysunek 3-ci wyobraża przepuklinę przeziemnie spostrzeganą. Rysunek 4-ty przedstawia przepuklinę śródścienną.

Rysunek 1, 2 i 3:

- a) — worek mosznowy,
- b) — worek przedotrzewnowy,
- c) — ścianka brzuszna,
- d) — otrzewna,
- e) — jądro,
- f) — położenie jądra po nałożeniu pas ka,
- g) — kiszka,
- h) — położenie kiszki po wpełchnięciu jej do worka przedotrzewnowego,
- k) — przedsionek.

Rysunek 4-ty:

- a) — worek śródścienny,
- b) — otrzewna,
- c) — powięź poprzeczna,
- d) — mięsień poprzeczny i skośny wewn.,
- e) — mięsień skośny zewnętrzny,
- f) — skóra,
- g) — pierścień pachwinowy wewnętrzny.

Worek zewnętrzny (sac. inguin.) mało się różni od worka napotykanego w zwykłych przepuklinach pachwinowych. W większości wypadków przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej worek ten utworzony był przez wyrostek pochwowy (proc. vagin.), co wskazywało na jego pochodzenie wrodzone.

Prawie we wszystkich przypadkach przepuklina była zewnętrzna, skośna. W jednym tylko wypadku (Bär) sekcja wykazała, że worek zewnętrzny leżał na wewnątrz od art. epigastrica infer., t. j. odpowiadał przepuklinie wewnętrznej prostej.

Co do samego kształtu worka zewnętrznego, w jednym tylko wypadku (Tessier) przedstawiał on godne za-

znaczenia zboczenie od zwykłej postaci. Miał on mianowicie dwa oddziały czyli wypuklenia, z których jedno znajdowało się w wardze sromnej wielkiej, drugie na przedniej powierzchni uda (wypadek dotyczył h. cruro-properitonealis u kobiety). Razem przeto z wypukleniem przedotrzewnowym było w danym razie 3 wypuklenia worka przepuklinowego.

Wielkość worka zewnętrznego bywa rozmaita. Niekiedy dosięga on znacznej wielkości, innym znów razem zaledwie daje się wyczuć. Bywają wypadki, że worka zewnętrznego w mosznie nie znajdujemy, a tworzy go tylko małe wypuklenie otrzewnej w kanale pachwinowym (interstitieller Leistenbruch), które nie występuje na zewnątrz z annulus externus.

W jednym wypadku (Trzebicky), gdzie worek zewn. prawdopodobnie zarósł, pozostał zaledwie ślad jego pod postacią małego kawałka wyrostka pochwowego, do którego otwierał się worek przedotrzewnowy. Takiego jednakże wypadku, w którymby worka zewnętrznego wcale nie było, a znajdował się jeden tylko wewnętrzny, przedotrzewnowy, otwierający się wprost do jamy otrzewnej, dotąd nie opisano.

Bez względu na to, czy worek zewnętrzny jest duży czy mały, brama przepuklinowa, t. j. kanał, oraz wyścielająca go część otrzewnej prawie zawsze są znacznej szerokości *).

W większości opisanych wypadków przekukliny pachwinowo-przedotrzewnowej kanał pachwinowy przepuszczał palec swobodnie, w niektórych zaś razach (Wagner, Textor, Baer) dwa nawet palce lekko przechodziły. W jednym tylko wypadku (Wahl) kanał pachwinowy był bardzo wązki i służył za miejsce uwięźnięcia. W jednym wypadku (Cook) odnotowano, iż kanał był bardzo długi.

*) Wielkie utrudnienie dla nieobeznanych z herniologią sprawia nieścisłość w używaniu terminów, jaką spotykamy u wielu autorów. Jedni np. bramę przepuklinową (Bruchpforte) identyfikują z otworem zewnątrz kanału (Matlakowski), drudzy mianem tem nazywają otwór łączący worki z otrzewną, tak zwane ostium abdominale (Trzebicky, Hürlimann, Baer). Tymczasem nazwa ta właściwie oznacza zupełnie coś innego. Rawoth ³⁰⁾ powiada: „brama przepuklinowa jest to prosta dziura w warstwie mięśniowo ścięgnistej, lub też rodzaj kanału; w tym ostatnim razie rozróżniamy w niej wejście, położone od strony jamy brzusznej i wyjście z którego przepuklina wychodzi, by się pod skórą jako guz uwidocznic.“ Takież same objaśnienie podaje Hüter.

W przepuklinach udowo-przedotrzewnowych, o ile można sądzić z 6-ciu opisanych wypadków, kanał bywa zwężony w pierścieniu udowym. W wypadku Barona wyraźnie zaznaczono, że pierścień udowy był bardzo ciasny. W innych wypadkach nie był on także, o ile się zdaje, dostatecznie szeroki, skoro go zawsze podczas operacji uważano za miejsce uwięźnięcia.

Na szczególną uwagę zasługuje zboczenie, jakiemu podlegają jądro i sznurek nasienny przy istnieniu przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych. W znacznej liczbie wypadków znajdowano jądro przesuniętem ku górze, oraz w stanie mniejszego lub większego zaniku; spotykano je przy samym pierścieniu pachwinowym zewnętrznym (przed nim lub za nim), w środku kanału pachwinowego, przy pierścieniu pachwinowym wewnętrznym, wreszcie wysoko w samym worku przedotrzewnowym (Krönlein). Niekiedy tworzyło ono rodzaj zastawki, zamykającej światło kanału; w drugim wypadku Krönleina (XLVIII) zamykało ono pierścień pachwinowy zewnętrzny, w wypadku zaś Textora tworzyło rodzaj klapki, zasłaniającej otwór pierścienia wewnętrznego. Bliższych szczegółów odnośnie umiejscowienia samego jądra zwykle nie podawano. W kilku tylko wypadkach odnotowano, że znajdowało się ono na tylnej ścianie kanału pachwinowego (Hilton, Birkett, Bolling); w jednym zaś wypadku (Mosetig)—na ścianie zewnętrznej. Umiejscowienie jądra na tylnej ścianie kanału zgadza się zupełnie ze spostrzeżeniami Sachs'a ³¹⁾, który we wszystkich wypadkach niezupełnego zstąpienia jądra znajdował takowe na tylnej ścianie wyrostka pochwowego. Przemieszczone jądro zawsze bywało w stanie mniejszego lub większego zaniku.

Niekiedy takie jądro odznaczało się wielką ruchomością, wskutek czego leżało w worku przepuklinowym zupełnie swobodnie (Chrzanowski), a nawet można je było przez zewnętrzny pierścień pachwinowy na zewnątrz wydobyc, lub napowrót do kanału wepchnąć (Froriep, Krönlein). Froriep w swoim opisie daje nam wyjaśnienie tej nadmiernej ruchomości jądra: Otrzewna zagina się w listek, tworzący wyrostek pochwowy, nie na jądrze, jak to prawidłowo bywa, lecz na sznurku nasiennym. Wskutek tego jądro leży swobodnie w wyrostku pochwowym, względnie worku przepukliny, przymocowane do ścianki jego rodzajem

szypułki. Szypułka taka, wytworzona przez kawałek sznurka nasiennego, wynosiła w wypadku Froriepa $\frac{3}{4}$ cala. Otrzewna na miejscu przymocowania szypułki opuszczała sznurek nasienny i zaginała się, by wytworzyć ściankę worka. Sam sznurek nasienny często znajdowano zgrubiały, obrzękły, mocno poskręcany (Richter, Trzebicky, Wiesmann). W wypadku Baera był on tak twardy i gruby, że przyjęto go za przepuklinę uwięźniętą i dopiero operacyja sprostowała pomyłkę.

Zgrubienie i poskręcanie sznurka spowodowane było przerwaniem zmianami w plexus pampiniformis (Wagner). — W związku z przesunięciem jądra ku górze znajdowało się znaczne skrócenie sznurka. W wypadku Krönleina, gdzie jądro leżało w worku przedotrzewnowym, odnotowano, iż sznurek był ogromnie krótki.

Teraz przechodzimy z kolei do opisu *worka wewnętrznego, przedotrzewnowego*. Worek przedotrzewnowy, jakśmy wyżej rzekli, można uważać za uchyłek, wypuklenie ścianki worka pachwinowego resp. udowego, które się dostało pomiędzy powięź poprzeczną (względnie biodrową lub inną) i pomiędzy otrzewną. Wypukłona w ten sposób otrzewna szyi worka zrosła się z odpowiednią powięzią z jednej strony i z otrzewną ścienną jamy brzusznej z drugiej strony. Wewnętrzna powierzchnia worka przedotrzewnowego, zarówno jak worka pachwinowego resp. udowego, jest gładka; ścianki jego po większej części dość grube. Niekiedy dosięgały one znacznej grubości (Wagner), rzadko zaś przedstawiały się bardzo ścieńczone (Weiss—h. cruro-properit.). Co się tyczy kształtu, to worek przedotrzewnowy może przedstawiać się jako proste przedłużenie worka pachwinowego resp. udowego. Obraz ten otrzymamy, jeżeli wyobrazimy sobie, że otrzewna ścienna odłuszczyła się od całego pierścienia pachwinowego wewnętrznego, i że następnie otrzewna szyi worka równomiernie wypukliła się po nad całym obwodem pierścienia. Przepuklina w takim razie będzie miała kształt klepsydry. Dolną część takowej będzie stanowił worek zewnętrzny mosznowy resp. udowy, górną—worek przedotrzewnowy. Obadwa worki łączą się ze sobą za pomocą przewężenia szyi worka zewnętrznego. Worek przedotrzewnowy otwiera się do jamy brzusznej za pomocą otworu zwanego *o t w o r e m b r z u s z n y m* lub *u j ś c i e m b r z u s z n e m* (Abdominalöffnung, ostium abdominale), który odpowiada miejscu, w którym otrzewna ścienna

na zagięła się, by przejść w wyrostek pochwoy (processus vaginalis). Obrąbek, jaki tu tworzy otrzewna naokoło otworu brzuszego, M. Schmidt ⁹⁾ nazwał pierścieniem pozapachwinowym (annulus retroinguinalis) lub trzecim najgłębszym pierścieniem pachwinowym: „virtueller dritter oder abdomineller Leistenring“.

W omawianej odmianie przepukliny będziemy mieli przeto 3 pierścienie, leżące jeden nad drugim: pierścień pachwinowy zewnętrzny, pierścień pachwinowy wewnętrzny i pierścień pozapachwinowy. Im odpowiadają wytworzone przez nich otwory: otwór pachwinowy zewnętrzny, otwór pachwinowy wewnętrzny i otwór brzuszny *) Jeżeli wypuklenie otrzewnej było w całym obwodzie równomierne, to i pierścień pozapachwinowy wszędzie będzie miał jednakową odległość od pierścienia pachwinowego wewnętrznego. Przepuklina taka nosi miano klepsydrowatej lub różańcowatej (Sanduhrbruch). Jednakże takie umiejscowienie otworu brzuszego zdarza się dość rzadko. Zwykle pierścień pozapachwinowy leży bliżej od pachwinowego wewnętrznego z jednej strony, aniżeli z innych, i wtenczas przepuklina zbliża się bardziej do tej postaci, którą nazywamy sakiewkowatą (Zwerchsackbruch).

*) Pierścieniem wogóle przyjęto nazywać to, co otacza i przewęża błonę otrzewnową z zewnątrz. Więc naprz. pierścieniem pachwinowym nazywamy obrąbek, wytworzony przez powięź poprzeczną lub rozściągno m. skośnego zewnętrznego, otaczający i zwężający szyję worka przepuklinowego. — Po za tem w anatomii może być mowa tylko o otworze i, co najwięcej, o otaczającym go obrąbku otrzewnej (naprz. foramen Winslowii). Wobec tego i obrąbka otaczającego otwór brzuszny, jako wytworzonego przez zrośnięcie się dwóch listków otrzewnej, nie można, w ścisłym anatomicznym znaczeniu, nazwać pierścieniem. To też prawie wszyscy autorowie, którzy pisali o przepuklinie przedotrzewnowej, mówią tylko o samym otworze, dodając często pomiędzy innemi określeniami, że stanowił „ringförmige Öffnung“ (Szteubel). Ponieważ jednakże otrzewna zatraciła tu swój zwykły charakter, gdyż prawie zawsze mamy tu do czynienia z silnie rozwiniętą warstwą włóknistą, która nadaje obrąbkowi wygląd mocnego, twardego, niepodatnego pierścienia, wobec tego uważam za odpowiednie użyć w tym razie tej nazwy. Czynię to w tym zamiarze, by uniknąć licznych omawiań w ciągu niniejszej pracy, co niezmiernie płące czytelnika i utrudnia mu zrozumienie rzeczy. Toż samo stosuje się i do pierścienia worka przedotrzewnowego, o którym zaraz mówić będziemy. Z pomiędzy autorów, których prace w oryginale lub streszczeniu czytałem, tylko Lehmann, Weiss, Trendelenburg i Oberst używają w swym opisie nazwy pierścienia (Ring). Dittel zwie go Bauchring, Mosetig—Bruchsackring. Otwór brzuszny Baer nazywa niestusznie Bruchpforte, zaś Wiesmann—Eingangspforte.

Przypuśćmy, że otrzewna odłuszczyła się od pierścienia pachwinowego wewnętrznego nie na całym jego obwodzie, lub też, że, odłuszczywszy się na całym obwodzie, nie wypukliła się jednakże ze wszystkich stron równomiernie, jak w poprzednim wypadku, lecz wypukliła się w jednym tylko miejscu; na jednej stronie szyi worka. W takim razie worek przedotrzewnowy będzie się przedstawiał jako poboczna kieszeń czyli jednostronne wypuklenie — uchyłek, łączący się z szyją worka pachwinowego. Nie będzie on już stanowił przedłużenia worka pachwinowego, jak w poprzednim wypadku, lecz leżąc ekscentrycznie, będzie tworzył ośią swoją podłużną kąt mniej lub więcej tępy, czasami nawet ostry z podłużną ośią worka zewnętrznego. Obadwa worki (pachwinowy i przedotrzewnowy) łączą się ze sobą po nad pierścieniem pachwinowym wewnętrznym, w rodzaju przedsionka (vestibulum), do którego otwiera się także jama otrzewnej za pomocą otworu brzuszego.

W przepuklinie takiej postaci mamy przeto 4 pierścienie: pierścień pachwinowy zewnętrzny, p. pachwinowy wewnętrzny, p. pozapachwinowy i czwarty, otaczający wejście do worka przedotrzewnowego. Nazwijmy go pierścieniem worka przedotrzewnowego (annulus sacci properitonealis) *). Im odpowiadają cztery otwory:

*) Tu wypada mi odwołać się do tego, com wyżej powiedział o pierścieniu pozapachwinowym. O ile wiem, Baer i Weiss, opisując ten obrąbek otrzewnej, nazwali go pierścieniem (Ring). W wielu innych wypadkach (Trzebicky, Sawicki i inni) w zupełności zastępował on na to miano ze względu na swą twardość i niepodatność nadającą mu cechy właściwe pierścieniowi pozapachwinowemu. Sam otwór, którym worek przedotrzewnowy otwiera się do przedsionka, zwykle nazywano ujściem (Einmündung). Czuję się w obowiązku usprawiedliwić przed czytelnikiem ze zboczenia od opisów podanych przez innych autorów, przez wprowadzenie pojęcia o przedsionku. Na część tę otrzewnej, różni autorowie rozmaicie się zapatrywali. Jedni (Krönlein, Trzebicky, M. Schmidt) opisują ją jako dalszy ciąg worka pachwinowego; drudzy (Wiesmann), jako część worka przedotrzewnowego, wreszcie trzeci (Chrzanowski), jako miejsce połączenia obudwu worków. Odpowiednio do tego dla jednych otwór brzuszny łączy jamę otrzewnej z workiem pachwinowym, dla drugich — z przedotrzewnowym, dla trzecich — z obudwoma razem. Chociaż w zasadzie różnica tu nieznaczna, jednakże rozmaitość taka w pojęciach utrudnia znacznie dokładne zrozumienie opisu autora. — W wypadku naprz. Wiesmann'a, gdyby nie załączony rysunek, wobec braku dokładnego opisu umiejscowienia otworów, możnaby przypuścić, że przepuklina miała kształt prędzej klepsydrowaty, aniżeli sakiewkowaty. Tego, co nazwałem przedsionkiem, nie można, zdaniem mojem, uważać za część worka

otwór pachwinowy zewnętrzny, otwór pachwinowy wewnętrzny, otwór brzuszny i otwór worka przedotrzewnowego. Otwór pachwinowy wewnętrzny, otwór worka przedotrzewnowego i otwór brzuszny znajdują się blisko jeden od drugiego i wszystkie prowadzą do przedsionka, t. j. do miejsca, gdzie worek wewnętrzny i zewnętrzny łączą się ze sobą i z jamą otrzewnej. Takiej postaci przepuklina nosi miano przepukliny sakiewkowej (Zwerchsackbruch).

Worek przedotrzewnowy zawsze bywał pojedynczy. W jednym tylko wypadku (Dittel) były dwa worki przedotrzewnowe: jeden gruszkowaty większy, drugi mniejszy. — Obadwa worki były skierowane na zewnątrz i ku górze, leżały na powięzi biodrowej. Wązkie szyje ich oddzielone były fałdą otrzewnej od pierścienia brzuszego. Czy otwierały się one ujściem wspólnym, czy też oddzielnym, nie wymieniono.

Rozmaita może być wielkość worka przedotrzewnowego. Waha się ona pomiędzy rozmiarami orzecha włoskiego (Fieber) i rozmiarami głowy ludzkiej. W wypadku Lehmann'a worek przedotrzewnowy zajmował całą ściankę brzuszną na przestrzeni od wierzchołka pęcherza, aż do kątnicy, tworząc sobą ogromny guz wystający do wnętrza brzucha. W innym wypadku (Krönlein (XXX)) worek był wielkości główki dziecka i tworzył na ścianie brzusznej guz, sięgający na zewnątrz do kolca biodrowego górnego, ku górze do wysokości pępka, na wewnątrz nie dochodzący do linii białej.

Najczęściej worek przedotrzewnowy skierowany był nazewnątrz, bądź to ku górnemu kolcowi kości biodrowej (spina ilei ant. sup.), bądź to ku dołowi biodrowemu wewnętrznemu (fossa iliaca int.). Rzadziej znajdowano go zwróconym na wewnątrz lub na wewnątrz i na dół, w kierunku pęcherza, w tych razach mieścił się on niekiedy pomiędzy kością łonową i pęcherzem. Do najrzadszych należą wypadki, w którym worek przedotrzewnowy był skierowany wprost ku tyłowi

pachwinowego, gdyż przyjęto już uważać otwór szyi na miejscu pierścienia pachwinowego wewnętrznego za ujście przepukliny. Mniej jeszcze racji ma pojmowanie tego miejsca za część worka przedotrzewnowego. Najbardziej odpowiada rzeczywistości określenie, nazywające to miejsce połączeniem obu dwu worków. — W tem też znaczeniu wprowadziłem pojęcie o przedsionku.

i na dół, w kierunku do dziury zastonowej (foramen obturatorium). W tym ostatnim wypadku worek zewnętrzny leży zwykle przed kością łonową, wewnętrzny—za nią, a część węższa, łącząca obadwa, (przedsionek) siedzi (reitet) na gałęzi poziomej kości łonowej.

Nader interesujący, lecz mało dotąd uwzględniany, jest stosunek sznurka nasiennego do worka przedotrzewnowego. W niewielu tylko wypadkach (Froriep, Trzebicky, Sawicki) odnotowano, że sznurek nasienny leżał na tylnej ścianie worka przedotrzewnowego i był z nią w bardzo ścisłym stosunku. Widocznie przy wypuklaniu się worka sznurek dostał się pomiędzy zrastające się ze sobą listki otrzewnej. — Będąc mocno pokręconym i ściśle zrosniętym ze ścianką worka, tworzy on znaczne utrudnienie przy wyluszczeniu takowego. Nawet prof. Mikulicz nie uniknął przy tem zranienia a. spermaticae internae.

Odnośnie stosunku sznurka do pierścienia brzuszno-go jeden tylko Froriep robi niejaką wzmiankę. — Z opisu jego i załączonego rysunku, tak mi się ten stosunek przedstawia: na tylnej ścianie worka przedotrzewnowego przebiegał mocno poskręcany sznurek nasienny w kierunku ku pierścieniowi brzuszemu nie dosięgając samego pierścienia, poniżej, sznurek zaginał się, obierając sobie inny kierunek. Pomiędzy pierścieniem brzuszem i, leżącym poniżej niego, zagięciem sznurka nasiennego, na otrzewnej wyraźnie można było widzieć od strony jamy brzusznej podługowatą bliznę, długą $\frac{3}{4}$ cala. Froriep przypuszcza, że pierwotnie pierścień brzuszny był o wiele większy i na dolnym brzegu jego sznurek nasienny zaginał się, dążąc do wewnątrz. Otwór cały wskutek jakiegoś procesu zapalnego zarosł, a później część blizny przerwała się w miejscu odpowiadającym wewnętrznej stronie pierwotnego otworu. M. Schmidt objaśnia powstanie blizny nieco inaczej. Przypuszcza on także, że pierwotnie pierścień był o wiele większy i miał kształt podługowaty. Zczasem dolna część jego zarosła, pozostała zaś niezrosniętą część górno-wewnętrzna. — Jakkolwiek rzecz się miała, oczywistem jest, iż sznurek nasienny dosięgał pierwotnie dolnego brzegu pierścienia brzuszno-go. Inni spostrzegacze kwestyi tej wcale nie poruszali.

W worku przedotrzewnowym znajdowano niekiedy jądro w stanie znacznie wyrażonego zaniku, o krótkim po-

skręcanym sznurku nasiennym. Jądro było ruchome, wolne (Krönlein XXX), co, zdaje się zależało od przyczyn podanych przez Froriepa i powyżej już przytoczonych.

Teraz przejdźmy z kolei do opisu *otworu brzuszego i ujścia worka przedotrzewnowego*. Opis ten z konieczności musi być niedokładny, ponieważ ilość spostrzeganych wypadków jest jeszcze nie wielka, a i z tych w niewielu tylko opisach podano dokładne określenia odnośnie wymiaru i umiejscowienia otworów, oraz własności tworzących je pierścieni.

Pierścień brzuszny otaczający otwór brzuszny, powstał drogą zlepiania się i zrośnięcia dwóch listków otrzewnej. — Przedstawia się on pod postacią twardego, włóknistego niepodatnego i ostrego obrąbka, który przy nacinaniu wydaje często głośny chrzęst. Wymienione własności zawdzięcza on zapaleniu zlepnemu z następnym rozrostem tkanki łącznej (Wagner, M. Schmidt). Kształt pierścienia bywa zwykle okrągły, aczkolwiek zdarza się i owalny (Krönlein, Froriep). Grubość jego w wypadku Froriepa wynosiła pół linii, a w innych, chociaż nie określona ściśle, nigdy jednak nie była znaczna. Wielkość otworu brzuszego bywała rozmaita: raz miał on w średnicy 4 — 5 linii, innym razem swobodnie przepuszczał dwa palce *). Odnośnie umiejscowienia otworu brzuszego w połowie tylko znanych mi wypadków (w 26) podano jakiegokolwiek, przeważnie ogólnikowe i niezupełnie jasno wyrażone dane. W ogóle można powiedzieć, że pierścień brzuszny w znacznej większości wypadków znajduje się w pobliżu pierścienia pachwinowego wewnętrznego. Dotyczy to nie tylko tej postaci przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych, które nazwaliśmy sakiewkowatemi, a w których sam kształt przepukliny uwarunkowany jest bardzo bliskiem sąsiedztwem otworu brzuszego i pachwinowego wewnętrznego, lecz to samo sto-

*) W następujących wypadkach podano średnicę otworu brzuszego: Lehmann—0,5 cala, Froriep—4—5 linii, Baer — wielkość krajcara (Kreuzergrosse Bruchpforte); w wypadku Streubel'a obok trzewia przechodził jeszcze palec; Cook mówi tylko, iż otwór był dostatecznie szeroki; w wypadku Weiss'a palec przechodził swobodnie; Krönlein w 3-im wypadku swoim podaje długość otworu 2½ ctm. i szerokość 1½ ctm. Oberst i Cambria podają wielkość otworu równą monecie 5 fenigów; Krönlein w 2 gim wypadku swoim—2-markowej monecie; w wypadkach Wiessmann'a i Sawickiego otwór mógł przepuścić mały palec, w wypadku Hürlimann'a—2 palce.

suje się w pewnym stopniu i do przepuklin klepsydrowych. W znacznej większości tych ostatnich otwór brzuszny znajduje się na tylnej ścianie worka, naprzeciw otworu pachwinowego, często nieco nad nim lub pod nim. Rzadziej spotykano go na wewnątrz od otworu pachwinowego, bliżej ku linii środkowej; wyjątkowo tylko znajdował się on znacznie przesunięty na zewnątrz, w bliskości kolca biodrowego górnego (Cambria *)).

Jeżeli przyjmiemy obadwa pierścienie (pachwinowy wewnętrzny i brzuszny) za bieguny i przeprowadzimy przez nie południki, to ze stopnia wygięcia ich łuków możemy ocenić stopień wypuklenia worka przedotrzewnowego. Otóż okazuje się, że łuki, łączące ze sobą pierścienie, bardzo rzadko bywają na wszystkich stronach worka jednakowo wygięte, to jest rzadko tylko zdarza się równomierne wypuklenie worka na wszystkie strony (przepuklina w ścisłym słowa znaczeniu klepsydrowata) zwykle stopień wygięcia łuków na jednym boku worka jest większy, aniżeli na innych. Najczęściej łuki zwrócone na zewnątrz, bywają najbardziej wygięte, a zatem najczęściej zdarzają się przepukliny klepsydrowate, w których worek przedotrzewnowy najbardziej wypukła się ku kolcowi biodrowemu górnemu lub dołowi biodrowemu.

W przepuklinach sakiewkowatych otwór brzuszny leży w bliższym jeszcze sąsiedztwie z pierścieniem pachwinowym wewnętrznym, aniżeli w klepsydrowatych. W tych wypadkach, w których odległość ich ściślej określono, wynosiła ona 1 cal (Krönlein, Streubel) lub 1—2 ctm. (Oberst Sawicki **).

*) Z pomiędzy odpowiednich przypadków Matlakowski znalazł otwór brzuszny na wprost pachwinowego; Lehmann, Froriep, Baron, nad nim; Mo-seig nad nim i na wewnątrz; Weiss pod nim, Bolling pod nim i na wewnątrz, Trendelenburg w bliskości pępka, Wagner na 3 do 4 palcy poniżej pępka na linii środkowej, Cambria spostrzegał ostium abdominale 3 ctm na wewnątrz od spina ilei ant sup. W wypadku Matlakowskiego otwór leżał na granicy pomiędzy $\frac{2}{3}$ zewnętrzniemi tylnej ścianki worka i $\frac{1}{3}$ wewnętrzną; Parise także robi wzmiankę, że ostium abdominale w jego wypadku leżało po za i powyżej annuli ing. int., jednakże wskutek krótkości i niedokładności streszczeń, z których czerpałem wiadomość o jego wypadku, nie mogę wnioskować o kształcie spostrzeganej przez niego przepukliny.

**) W oddzielnych wypadkach przepukliny sakiewkowej tak określono położenie otworu brzuszego: Krönlein (pierwszy wypadek) — otwór brzuszny na 1 cal po za pierścieniem pachw. wewn. (worek przedotrzewnowy zwrócony ku spina ilei sup.); Baer — otwór brzuszny przesunięty ku tyłowi i powyżej foveae mediae (worek ku pęcherzowi); Streubel — otwór

W innych wypadkach, gdzie jej dokładnie nie oznaczono, nie musiała jednakże być większa. Nadto w większości wypadków zaznaczono, że otwór brzuszny leżał po nad pierścieniem pachwinowym wewnętrznym lub po nad i na zewnątrz od niego. Rzadko tylko znajdowano otwór brzuszny umiejscowionym poniżej pierścienia pachwinowego wewnętrznego (Richter).

Mniej jeszcze danych, aniżeli o pierścieniu brzuszным, posiadamy o pierścieniu — respective *ujściu worka przedotrzewnowego*, w najbardziej typowych przepuklinach sakiewkowatych worków przedotrzewnowy zwięża się w bliskości swego połączenia z przedsionkiem, tworząc tym sposobem rodzaj szyi. Ujście worka przedotrzewnowego, którem szyja jego otwiera się do przedsionka, otoczone jest twarde, mocnym, niepodatnym pierścieniem, przedstawiającym wyraźny rozrost włókien tkanki łącznej w tem miejscu. To wyraźnie występujące zgrubienie na szyi worka przedotrzewnowego zwiężające ją i otaczające sobą ujście czyli otwór tegoż worka, nazwaliśmy wyżej jego pierścieniem.—Podobne przepukliny mają wygląd bardzo zbliżony do postaci sakiewki, na której przysunęliśmy obrączki dosyć blisko do rozporka. Jednemu workowi odpowiada część mosznowa, drugiemu—część przedotrzewnowa, szyi odpowiadają razem wzięte—szyja worka zewnętrznego, przedsionek i szyja worka wewnętrznego, obrączkom — pierścień pachwinowy wewnętrzny i pierścień worka przedotrzewnowego, rozporkowi —otwór brzuszny.

Wyżej już nadmieniliśmy, że pierścień worka przedotrzewnowego przedstawia się zwykle pod postacią twardego, włóknistego, niepodatnego obrąbka, przewężającego

brzuszny na 1 cal powyżej pierścienia pachw. wewn. na wewnętrznym brzegu m. psoatis (worek zwrócony ku pęcherzowi); Richter—otwór brzuszny po za i poniżej pierścienia pachw. wewn. (worek ku pęcherzowi). Wagner — otwór brzuszny odpowiada dołkowi zewnętrznemu (worek skierowany do dziury zastonowej); Oberst—otwór brzuszny na 6 ctm. powyżej pierścienia pachw. zewn., zatem na 1—2 ctm. powyżej pierścienia pachw. wewn. (worek ku spina ilei sup.); Trzebicky—otwór brzuszny o ile się zdaje na wysokości kolca biodrowego górnego (worek ku dołowi biodrow.); Wiesmann—otwór brzuszny nad i w pobliżu pierścienia pachw. wewn. worek ku kolcowi biodrowemu); Bryant—otwór brzuszny powyżej pierścienia pachw. wewn., w górnej ścianie worka przedotrzewnowego (worek zwrócony do dołu biodrowego) Sawicki—otwór brz. na zewnątrz i o 2 ctm. powyżej pierścienia pachw. wewn. (worek ku pęcherzowi).

szyję worka i otaczającego jego ujście. Takim znaleźli go Krönlein, Wiesmann, Trzebicky *) i Sawicki. Krönlein w pierwszym przypadku swoim, przeszedłszy palcem podczas operacji po za pierścień pachwinowy wewnętrzny, natknął pierścień worka przedotrzewnowego, którego górny brzeg zrobił na chirurgu wrażenie mocno napiętego, uciskającego trzewia, sznurka. Sekcja dopiero wykazała czem właściwie był wyczuwany sznurek. Dittel i Baer opisują pierścień worka przedotrzewnowego jako twardą, mocno napiętą fałdę otrzewnej, tworzącej worek. Fałda ta nie na całym obwodzie miała jednakowy charakter: Dittel wspomina tylko, że, jako twarda, mocna, poprzeczna listewka, oddzielała ona szyję worka od pierścienia brzuszno. Czy znajdowała się ona na całym obwodzie szyi worka chociażby słabiej wyrażona na innych miejscach, autor nie wspomina.

W wypadku Baera pierścień worka przedotrzewnowego na tylnej tylko ścianie przedstawiał się, jako ostra, twarda, niepodatna fałda otrzewnej; od przodu fałda była mniej ostra i mniej wyraźna.

Tu wypada mi nadmienić, że w pewnej ilości przepuklin sakiewkowatych pierścienia, nawet w tem znaczeniu; jak myśmy go tu pojmowali, wcale nie znajdujemy. Worek przedotrzewnowy wprost przechodzi w przedsiónek, bez żadnego przewężenia, sznurkowego lub fałdowatego zgrubienia, któreby go odgarniały i umiejscawiały wyraźnie jego ujście. Taką przepuklinę możemy porównać z sakiewką, z której jedną obrączkę zdjęto.

Wielkość ujścia worka przedotrzewnowego w tych wypadkach, w których ją podano, wahała się pomiędzy obwodem orzecha włoskiego (Fieber) i obwodem małego palca (Wiesmann). Umiejscowienie ujścia odpowiadało ściśle kierunkowi worka. Ujście worka przedotrzewnowego leżało na zewnątrz od pierścienia pachwinowego wewnętrznego, gdy worek skierowany był ku spina ilei ant sup. (Krönlein); na wewnątrz – gdy worek leżał w kierunku do pęcherza (Sawicki); poniżej gdy worek opuszczał się do małej miednicy (Fieber, Cooper)..

O samym *przedsiönku* trudno powiedzieć coś więcej

*) Wiesmann i Trzebicky obrąbek ten także nazywają pierścieniem.

nad to, że zarówno położenie, jak wielkość i kierunek jego uwarunkowują się umiejscowieniem trzech otworów, łączących z nim worki przepuklinowe i jamę brzuszną. Jeżeli otwór brzuszny leży nieco na zewnątrz od pierścienia pachwinowego wewnętrznego, to przedsiónek zachowuje przeważnie kierunek szyi worka zewnętrznego; w tych razach, gdzie worek wewnętrzny leży po za kością łonową, przedsiónek siedzi na jej gałęzi poziomej. Co do kształtu, to o ile można sądzić z danych niedokładnych, bywa on przeważnie podługowaty; szerokość jego odpowiada mniej więcej szerokości szyi worka zewnętrznego.

Worek przedotrzewnowy, wypełniony trzewiami, ma postać guza, który bardziej wystaje do jamy brzusznej, aniżeli nazewnątrz. Zewnętrznego wypuklenia ścianki brzusznej może nie być wcale, jeżeli guz leży po za kością łonową w małej miednicy, lub jest bardzo małych rozmiarów. Przednio-tylny wymiar guza jest zwykle mniejszy od innych jego wymiarów, wskutek czego guz przedstawia się nieco spłaszczonym. W wypadku naprz. Streubla wymiar poprzeczny worka przedotrzewnowego wynosił 3 cale, przednio-tylny zaś 2 cale.

Worek przedotrzewnowy w stosunku do worka pachwinowego może być równy mu, mniejszy lub większy od niego. W wypadku Bolling'a naprz. worek zewnętrzny sięgał do połowy moszny, wewnętrzny równał się 2-u pięściom; w wypadku Pelletan'a zewnętrzny worek był znacznej wielkości, wewnętrzny o wiele mniejszy; Baer w swoim wypadku podaje wielkość worka zewnętrznego, jako równą orzechowi włoskiemu, wewnętrznego zaś jako równą 2-u pięściom. W niektórych razach worek zewnętrzny był zadziwiająco mały w porównaniu do wewnętrznego. — W jednym z wypadków Krönleina (drugim) worek zewnętrzny nie wychodził z kanału pachwinowego i przepuklinę można było wyczuć tylko przy kaszlu w głębi samego kanału; tymczasem wypuklenie na ścianie brzusznej, jakie tworzył guz wewnętrzny, przewyższało wielkość pięści. — W wypadku opisanym przez Trzebickiego worka zewnętrznego podczas operacji, o ile się zdaje, wcale nie było. Musiał on pod paskiem przepuklinowym zarosnąć, a to, do czego wszedł prof. Mikulicz po przecięciu worka przedotrzewnowego, było, prawdopodobnie przedsiónek.

Interesujący obraz przepukliny pachwinowo-przedotrze-

wnowej podał Nussbaum ¹⁶⁾. Na nieszczęście wypadek ten znany mi jest tylko z referatu. Worek przedotrzewnowy sięgał za ścianką brzuszną do linii białej (linea alba) i tu przez wytworzoną na tej linii bramę wydobywał się na zewnątrz. Właściwie były tu przeto 2 worki zewnętrzne (jeden pachwinowy i drugi przed linią białą) i jeden wewnętrzny, łączący się z nimi. Trzewia można było dowolnie przepychać przez bramę pachwinową, a wtenczas występowały one na zewnątrz przez bramę linii białej, i naodwrot.

Dając powyższy opis własności anatomicznych przepukliny przedotrzewnowej, mieliśmy na uwadze prawie wyłącznie przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowe; to samo jednakże, z małemi zmianami można zastosować do *przepuklin udowo-przedotrzewnowych*. Z pomiędzy 6-ciu odnośnych wypadków, jakie zdołałem w literaturze zebrać, w 4 tylko znalazłem nieco szczegółów anatomicznych i na nich opieram niniejsze uwagi. Przepukliny udowo-przedotrzewnowe także mogą być klepsydrowate lub sakiewkowate. — Wyżej już nadmienilem przy opisie worka zewnętrznego, że w wypadku Tessier'a ³²⁾ składał się on z dwóch worków, z których jeden leżał w wardze sromnej, drugi na przedniej powierzchni uda. W wypadku Weissa ³³⁾ na worku wewnętrznym znajdowało się słabiej wyrażone przewężenie, które dzieliło go na 2 części: wewnętrzną mniejszą i zewnętrzną większą. Wspominałem już także, że pierścień udowy w przeciwieństwie do pachwinowego, znajdowano przeważnie bardzo wązkim, zaciskającym trzewia [Tessier, Tansini ¹⁷⁾, Baron ¹⁵⁾]. Worek wewnętrzny w większości przepuklin udowo-przedotrzewnowych skierowany był ku małej miednicy, raz tylko na zewnątrz *). Wielkość worka była umiarkowana: w przepuklinie Tansiniego równał się on wielkości pomarańczy, w przepuklinie Barona—pięści, w przepuklinie Weissa, najdłuższy wymiar jego (z zewnątrz na wewnątrz) wynosił 1,5 cala. Tessier wymiarów nie podaje, lecz wspomina, że worek był dosyć duży. Odnośnie umiejscowienia otworu brzusznego można tylko powiedzieć, że Baron znalazł go po za i po nad pierścieniem udowym, Tan-

*) Raz worek był skierowany na wewnątrz i leżał na bocznej ściance pęcherza, raz — na zewnątrz i dwa razy ku tyłowi do małej miednicy.

sini zaś—w części worka najbardziej pochylej (zdaje się poniżej pierścienia udowego). Średnica otworu brzuszego wynosiła u Tessier'a prawie 1 cal, u Barona — 1 cm. Otwór worka przedotrzewnowego w sakiewkowej przepuklinie Weissa leżał na zewnątrz od pierścienia udowego i przepuszczał palec. Pierścień worka przedotrzewnowego, otaczający jego otwór, zarysowywał się najwyraźniej na tylnej ściance worka. Tworzył on tu zgrubiały obrąbek, występujący tem wyraźniej, że sama ścianka była dosyć cienka. Weiss wyczuwał go palcem podczas operacji, jako mocno napięty sznurek, położony po za i na zewnątrz od pierścienia udowego, przebiegający z góry ku dołowi. Narazie Weiss uważał to za sznurek sieci, przyrośnięty do otrzewnej ściennej gdzieś w okolicy pierścienia udowego. Sekcja wykazała, czem był wyczuwany sznurek.

Oprócz przepuklin pachwinowo i udowo-przedotrzewnowych, znany jest jeden wypadek przepukliny pępkowo-przedotrzewnowej (hernia umbilico — properitonealis), zakomunikowany przez Terrier'a w r. 1881 Towarzystwu chirurgicznemu w Paryżu. Obok znacznej wielkości worka zewnętrznego znaleziono worek wewnętrzny, przedotrzewnowy. Ostatni tworzył wypuklenie (cul-de-sac), skierowane ku spojeniu łonowemu, i Terrier podczas operacji wepchnął doń pętlicę kiszek cienkiej.

Zawartość przepuklin przedotrzewnowych w znacznej większości wypadków stanowiły kiszek cienkie; rzadziej spotykano sieć obok kiszki. W jednym wypadku (Lehmann) w worku przedotrzewnowym obok kiszki cienkiej znaleziono wyrostek robaczkowy (proc. vermiformis). Wiesmann opisał wypadek, gdzie w worku zewnętrznym leżał wyrostek Meckela (hernia Littré), w worku zaś przedotrzewnowym — pętlica kiszki cienkiej. Wyrostek odległy był 92 cm. od zastawki Bauhina. Długość uwięźniętej kiszki była rozmaita: raz wynosiła ona 1 1/2 cala (Wagner), drugi raz 40 cm. (Baron) lub 3/4 łokcia (Lehmann). Najczęściej uwięźnięta pętlica miała 10—20 cm. Rozmaita była także odległość miejsca uwięźnięcia od zastawki Bauhin'a. W wypadkach Lehmann'a i Janzer'a uwięźnięcie nastąpiło, zdaje się, tuż przy samej zastawce. Weiss znalazł miejsce zaciśnięcia 4 stopy powyżej zastawki, Wiessman zaś 92 cm. W innych wypadkach, w których na tę odległość zwracano uwagę, wynosiła ona 1—2 stóp.

Sieć wielokrotnie znajdowano zrośniętą bądź to ze ścianką worka zewnętrznego (Neuber, Trendelenburg, Matlakowski), bądź to wewnętrznego (Wagner) bądź to wreszcie obu razem (Cook). W wypadku Janzera sieć przyrosła do zewnętrznego brzegu pierścienia brzuszego. Prawie zawsze w tych razach była ona mocno zmieniona: twarda, włóknista, skręcona. — Kiszki niekiedy tylko bywały połączone ze ścianą worka za za pomocą świeżych, luźnych zrostów. Jedyne w wypadku Hürlimanna kiszka wepchnięta podczas operacji do worka przedotrzewnowego, wytworzyła tu mocniejsze zrosty ze ścianką, przyczem sama znacznie się skurczyła i zwężyła. Zaciśnięte jelito podlegało zwykle zmianom, wogóle spotykającym przy uwięzieniu.

Trzewia położone w jamie brzusznej, znajdowano niekiedy przemieszczonemi, co spowodowane było przeważnie uwięzieniem.

Na zanotowanie zasługuje jeszcze związek, jaki zachodził w wypadku Weissa pomiędzy workiem przedotrzewnowym i kiszką ślepą. Wypełniony trzewiami worek wystawał do jamy brzusznej pod postacią guza; pomiędzy guzem i kiszką ślepą przebiegały 2 fałdy otrzewnej, $2\frac{1}{2}$ cala wysokie, $1\frac{1}{2}$ cala długie i $\frac{1}{2}$ cala odległe od siebie.

Powłoki brzuszne na miejscu wygórowania jakie tworzył worek przedotrzewnowy na ściance brzusznej — przedstawiały niekiedy znaczny stopień zaniku (Wahl, Krönlein, Neuber).

Niedrożność jelit w wypadkach przepuklin przedotrzewnowych spowodowana była przeważnie zaciśnięciem jelit w pierścieniu brzuszonym, pierścieniu worka przedotrzewnowego, pierścieniu udowym i rzadko tylko — pachwinowym. Zwłaszcza twardy, włóknisty, niepodatny pierścień brzuszny, o małym otworze, łatwo mógł powodować zaciśnięcie. W wielu razach dopomagała mu w tem sieć zwyrodniona, stwardniała, która stale przyrośniętą była do ścianek worka lub wypadła razem z jelitem. Jelito dostawszy się pomiędzy niepodatny, ostry brzeg pierścienia i sieć twardą łatwo podlegało zaciśnięciu (Wagner, Matlakowski i inni).

Istnieje jednakże pewna ilość wypadków, w których otwory były dostatecznie szerokie, jelito wypadło samo, a pomimo to objawy uwięzienia występowały. W innych razach podczas operacji nadcięto pierścień, który mógł zaciskać, uwię-

znięcie trwało jednak dalej. W tych razach niedrożność jelit tłómaczy się przegięciem (Verknickung) wypadłej pętlicy. Oś podłużna worka przedotrzewnowego tworzy mniejszy lub większy kąt z osią worka pachwinowego i z otworem brzuszny. Jelito wypadłe przez otwór brzuszny, musi czasami zagiąć się pod znacznym kątem, by się dostać do worka przedotrzewnowego.

W wypadku Herna, gdzie worek zawnętrzny leżał przed kością łonową, wewnętrznym zaś za nią kiszka musiała zagiąć się pod kątem ostrym, by wejść do worka wewnętrznego. Wytworzeniu takiego przegięcia spowodowanego kierunkiem worka wewnętrznego, może pomagać pierścień tegoż worka. Niekiedy pierścień ten, jak już wyżej mówiliśmy, tworzy na tylnej ścianie worka ostrą fałdę lub zgrubienie (h. inguino-proper. Bäera i h. crur. proper. Weissa). Oczywiście jest, że fałda taka jeszcze bardziej sprzyja przegięciu jelita.

Birkett w swoim wypadku za przyczynę niedrożności podaje zakręcenie czyli obrót około osi (Drehung) jelita, leżącego w worku przedotrzewnowym. Może być, że obok tego miało miejsce także przegięcie. W wypadku Péana zaciśnięcie spowodowała krezka, która jak sznurek owinęła się około kiszki w ujściu worka wewnętrznego. W wypadku Cooka (XIX) kiszkę ucisnął w worku przedotrzewnowym sznurek sieci, przyrośnięty do ścianki tegoż worka.

Na zanotowanie zasługują także stosunki anatomiczne, jakie opisał Wagner w jednym wypadku (XXVIII). Worek przedotrzewnowy najbardziej wypukłał się ku kłocowi biodrowemu górnemu. Przez otwór brzuszny, położony w bliskości linii środkowej, przechodził sznurek sieci i przymocowywał się wahlarzowato do przedniej ścianki worka przedotrzewnowego, na zewnątrz od pierścienia pachwinowego wewnętrznego; przyrośnięty on był do ścianki w ten sposób, że zakrywał zupełnie wejście do wypuklenia zewnętrznego i palec wprowadzony przez pierścień pachwinowy wewnętrznym, napotykał nazewnątrz sieć, przeszkadzającą mu wejść do wypuklenia. Przez otwór brzuszny wypadły dwie pętlice kiszki: jedną nazewnątrz od sznurka sieci, drugą nawewnątrz. Pierwsza z nich znalazła się w zewnętrznym wypukleniu worka przedotrzewnowego i podczas operacyi nie mogła być znaleziona, ponieważ palec operatora oddzielony był od niej przez wahlarzowato ułożoną sieć.

Natomiast druga pętlica kiszki, która wypadła nawewnątrz od sznurka sieci, znalazła się w worku zewnętrznym i była przy operacyi znaleziona. Wypadając przez zewnętrzną część otworu brzuszego, wypchnęła ona przed sobą inny kawałek sieci (t. j. nie ten, który przyrosł do worka wewnętrznego i oddzielił ją od pętlicy pierwszej), i w nim, jak w worku znalazła się nazewnątrz bramy przepuklinowej.

Mówiąc o przyczynach powodujących niedrożność jelit, należy wspomnieć także o zwężeniu światła kiszki, które miało miejsce w wypadku Hürlimann'a. Pętlicę podczas operacyi wepchnięto do worka wewnętrznego. Objawy niedrożności wskutek nadcięcia pierścienia brzuszego przeszły, lecz wepchnięta do worka wewnętrznego pętlica skurczyła się, zwęziła i na nowo spowodowała niedrożność.

Terrier na sekcyi przepukliny pępkowo-przedotrzewnowej, za wyjątkiem ucisku kiszek w kierunku od przodu ku tyłowi nie znalazł nic takiego, coby mu mogło tłumaczyć objawy uwięźnięcia. Być może, w przepuklinie przedotrzewnowej zarówno, jak i w śródściennej, skurcz mięśni brzusznych przy pomocy innych czynników może wywołać niedrożność jelit.

Na początku niniejszej pracy nadmienilem, iż ze względu na blizkie pokrewieństwo przepukliny przedotrzewnowej z przepukliną śródścienną, przy opisie pierwszej będę robił krótkie wzmianki o drugiej.

Przepukliną ścienną czyli przestwórkową (h. interstitialis) Goyrand nazwał ten rodzaj przepuklin pachwinowych, w których worek przepuklinowy nie przekroczył pierścienia pachwinowego zewnętrznego, lecz wypukliwszy się powyżej niego, rozsunął warstwy ścianki brzusznej i leży między niemi. Przepuklina taka ma postać guza, który leży pomiędzy warstwami ścianki brzusznej po nad więzem Pouparta i łączy się z jamą otrzewnej za pomocą otworu odpowiadającego pierścieniowi pachwinowemu wewnętrznemu. „Jamę przypadkową“, — powiada Nelaton ²¹⁾ „w której worek się mieści, tworzą: od przodu dolna część rozścięgnięta m. skośnego zewnętrznego (m. obliquus externus) czasami znacznie ścięczona; pęczki dolne m. skośnego wewnętrznego i początek m. dźwigającego jądro (cremaster); od tyłu — powięź poprzeczna; od dołu — rynienka więzu Pouparta; od góry — dolny brzeg m. skośnego wewnętrznego i m. poprzecznego“. Nie zawsze jednak tylna ścianka worka spo-

czywała na samej powięzi poprzecznej. W wielu wypadkach worek wciskał się pomiędzy m. skośny zewnętrzny i wewnętrzny i wtenczas pierwszy mięsień sam ograniczał jamę od przodu, pęczki zaś drugiego leżały razem z powięzią po za tylną ścianką worka (M. Schmidt). Obecność przepukliny śródściennej zawsze ściśle jest związana ze zboczeniem położenia jądra. Otwór zewnętrzny bywał bardzo mały lub go wcale nie ma.

Na zaznaczenie zasługuje przesunięcie pierścienia pachwinowego wewnętrznego, odpowiadającego miejscu, gdzie worek przepuklinowy otwiera się do jamy brzusznej. M. Schmidt i paru innych chirurgów zwrócili na to uwagę, że pierścień zanadto posunięty był nazewnątrz i ku górze. W stosunkach prawidłowych odległość pomiędzy pierścieniami zewnętrznym i wewnętrznym powinna wynosić 4 — 5 cm. (Henle), tymczasem w wypadku Schmidt'a i w wypadku Bourdona wynosiła ona 6 — 7 cm. Nadto normalnie pierścień wewnętrzny odległy jest od łuku pachwinowego w kierunku pionowym 8 mil., tymczasem u Schmidt'a odległość ta wynosiła 6 cm. Schmidt na tem zboczeniu położenia pierścienia pachwinowego wewnętrznego oparł swą teorię powstawania przepuklin śródściennych i przedotrzewnowych, o czem wkrótce mówić będziemy.

Porównyując anatomiczny obraz przepukliny pachwinowo-śródściennej z przepukliną pachwinowo-przedotrzewnową, widzimy, że obok wielkiego podobieństwa i różnice znaczne zachodzą pomiędzy nimi. Obiedwie one są wrodzone, obiedwie znajdują się w ścisłym związku ze zboczeniami jądra, obiedwie mają worki pomiędzy warstwami ścianki brzusznej. Z drugiej strony jednakże w przepuklinie przedotrzewnowej znajdujemy dwa worki (zewnętrzny i wewnętrzny), w przepuklinie zaś śródściennej—jeden; w przepuklinie przedotrzewnowej cały kanał pachwinowy i jego otwór zewnętrzny szerokie, w przepuklinie śródściennej otwór pachwinowy zewnętrzny bardzo mały lub nie istnieje wcale; w przepuklinie przedotrzewnowej worek wewnętrzny leży po za powięzią poprzeczną, w przepuklinie śródściennej przed powięzią. Nadto zboczenia położenia jądra w przepuklinach przedotrzewnowych nie zdarzają się tak stale, jak to występuje, o ile dotąd wiadomo, w przepuklinach śródściennych. Jeżeli jednakże różnice te występują wyraźnie w wypadkach typowych, to jest przecież pewna ilość, nie-

wielka wprawdzie, wypadków, gdzie zacierają się one znacznie. Do takich należy przypadek przepukliny śródściennej Bourdona, przytoczony przez M. Schmidta ⁹⁾ (str. 918), w którym obok worka wewnętrznego, leżącego pomiędzy rozścięgnem m. skośnego zewnętrznego i powięzią poprzeczną, istniał jeszcze zewnętrzny, mosznowy, sieć zawierający. Z drugiej strony za obraz przepukliny przedotrzewnowej, przybliżającej się do śródściennej, można uważać wypadek, opisany przez Trzebickego. Worek zewnętrzny istniał tu wprawdzie, ale zarosł. Pozostała tylko górna część jego (przedsionek, zdaje się). Worek wewnętrzny leżał pomiędzy otrzewną ścienną i powięzią poprzeczną. Najważniejszą różnicę powinienby stanowić w tych razach stosunek worka do powięzi poprzecznej. Jeżeli jednakże zwrócimy uwagę na to, że powięź poprzeczna bywa ścięńczona i często tak zra-
sta się ze ścianką worka, iż nie można osądzić, gdzie się ona znajduje: przed workiem, czy za workiem, to pojmiemy łatwo, że w niektórych razach nawet oględziny pośmiertne nie mogą nas objaśnić, z jakim rodzajem przepukliny mieliśmy do czynienia.

Przepuklin przedotrzewnowych zdołałem zebrać wypadków 61. Z pomiędzy nich na przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowe wypada 54, na udowo przedotrzewnowe 6 i pępkowo-przedotrzewnowa 1.

Z pomiędzy 54 przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych o 2-ch nie posiadam żadnych danych; wskutek tego, rozbieram dokładniej tylko 52 wypadki. Z tych 52-ch wypadków na mężczyzn wypada 49, na kobiety 3.

Za wyjątkiem jednego wypadku przepukliny wewnętrznej (Baer), wszystkie pozostałe były zewnętrzne. Najmłodszy osobnik z przepukliną pachwinowo-przedotrzewnową miał lat 18, najstarszy 74. Podzieliwszy wszystkie wypadki przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych ze względu na ich wiek, otrzymamy następujące liczby:

Od lat 11 do 20	—	2
„ 21 „ 30	—	18
„ 31 „ 40	—	10
„ 41 „ 50	—	8
„ 51 „ 60	—	4
„ 61 „ 70	—	4
„ 71 „ 80	—	2.

Z powyższych liczb widzimy, że największą ilość osobników z przepukliną pachwinowo-przedotrzewną spostrzegano pomiędzy 21 i 30 rokiem życia. Zaraz potem drugie miejsce zajmuje okres pomiędzy 31 i 40 rokiem.

Z pomiędzy 49-ciu przepuklin, przypadających na mężczyzn (kobiet było 3), wrodzonych było 32, nabyta—1, o 16-tu zaś nic stanowczo rzec nie można.

Z pośród tych 32 wrodzonych przepuklin przedotrzewnowych — 21 były powikłane zboczeniem położenia jądra; w 11-tu nic nieprawidłowego w jądrze nie znaleziono.

Z 52 wypadków 31 znaleziono na stronie prawej, 12 na lewej, w 9 zaś strona nie podana.

Objawy uwięźnięcia spostrzegano 45 razy. W 40-tu wypadkach wykonano operację, w 1-ym odprowadzenie, a w 4-ch nic nie robiono z powodu zapaści lub dla innych przyczyn.

Ogólną liczbę operacyj 40 należy podzielić w ten sposób: herniotomia interna wykonana razy 24, herniotomia externa—1, hernio-laparotomia—10, herniotomia i laparotomia, oddzielnie robione—2, sama laparotomia—3.

Z pomiędzy 40-tu operowanych umarło 25, wyzdrowiało 15. W liczbie 40-tu operacyj znajduje się 16 takich, które wykazano po r. 1880, t. j. po ogłoszeniu drugiej pracy Krönleina. Z pomiędzy tych chorych umarło 2-ch, wyzdrowiało 14. Śmiertelność wynosi przeto obecnie — 12,5%.

Przed ogłoszeniem pracy Krönleina wyzdrowiał tylko jeden chory Dupuytren'a, opisany przez Cruveillera. Rozpoznano hernie en bissac przed operacją i podczas takewej nadcięto pierścień brzuszny, poczem odprowadzono kiszki.

Przepuklin niewięźniętych spostrzegano 6; w 2 z nich wykonano operację radykalną z powodzeniem.

W jednym wypadku znaleziono sposobem przypadkowym na trupie przepuklinę pachwinowo-przedotrzewną.

Zawartość przepuklin w 33-ch wypadkach stanowiły kiszki cienkie, w 9-ciu kiszki cienkie i sieć, wreszcie w 3-ch sama sieć. Obok kiszek cienkich raz znaleziono wyrostek robaczkowy (processus vermiformis).

W wypadku Wiesmanna w worku przedotrzewnowym

leżała pętlica kiszki cienkiej, w worku zaś mosznowym wyrostek Meckel'a. Raz znaleziono worek przepuklinowy zupełnie próżny; w jednym wypadku (Nussbaum) nie podano jakie trzewo znaleziono.

Z pozostałych 5-ciu przepuklin w jednej udało się odprowadzić uwięźnięte trzewia, cztery zaś inne nie były uwięźnięte i nie operowane, zawartość ich przeto niewiadoma.

Kierunek worka przedotrzewnowego był następujący: worek był skierowany nazewnątrz i ku górze (ku spina ilei ant. sup. lub ku fossa ilei) 33 razy, nawewnątrz i na dół (ku pęcherzowi—7, na dół wprost do miednicy lub do dziury zasłonowej)—5, do pierścienia udowego—1. Nadto w 6-iu wypadkach kierunku nie podano.

Ponieważ stosunki anatomicznie rzadko tylko opisywano z zupełną dokładnością, trudno przeto w wielu wypadkach ściśle orzec, jaką postać miała przepuklina i gdzie zaciśnięte były trzewia. Wobec tego odnośne liczby, jakie w tej kwestyi podam, nie należy uważać za absolutnie pewne.

Przepuklin postaci klepsydrowatej lub przynajmniej do niej zbliżonej było 15, postaci sakiewkowatej—26, o 11-tu nic powiedzieć nie mogę.

Z pomiędzy 45-ciu wypadków niedrożności jelit w 28-u uwięźnięcie nastąpiło w otworze brzuszny. Spowodowane ono było bądź to ciasnością samego otworu, bądź to wypadnięciem grubego kawałka sieci obok kiszki. W wielu z pomiędzy tych wypadków powstaniu niedrożności dopomagało prawdopodobnie także przegięcie jelit. W 7-miu przypadkach otwór brzuszny względnie do wypadniętego trzewia był dostatecznie szeroki, niedrożność zaś spowodowana była uwięźnięciem lub przegięciem jelita w otworze worka przedotrzewnowego.

W samym worku przedotrzewnowym uwięźnięcie spowodowały: raz krezka uciskająca jelito; raz uciskający go sznurek sieci i raz zakręcenie pętlicy około osi. W jednym wypadku niedrożność powstała wskutek zwężenia światła kiszki, wepchniętej do worka wewnętrznego. W pierścieniu pachwinowym wewnętrznym uwięźnienie miało miejsce raz jeden. Odnośnie reszty wypadków nic powiedzieć nie mogę.

W czasie operacji podejrzewano obecność worka przedotrzewnowego, lecz go nie znaleziono 3 razy, podczas ope-

racyi rozpoznano i znaleziono worek przedotrzewnowy 6 razy; przed operacją rozpoznano go 13 razy, po dokonanej zaś operacji raz 1.

Bóle w dolnej okolicy brzucha, na miejscu odpowiadającym workowi przedotrzewnowemu, spostrzegano 9 razy; wygórowanie na tem miejscu znaleziono 21 razy.

Objawy uwięźnięcia w ogóle nie były gwałtowne. — Chorzy czasami bywali uratowani po 7-miu i 9-ciu dniach uwięźnięcia. W niektórych jednak razach, uwięźnięcie miało przebieg gwałtowniejszy i już po 2-ch dniach znajdowano zgorzel jelita. Czas pomiędzy chwilą uwięźnięcia a operacją wynosił godzin kilkanaście do 9 dni.

Przepuklin udowo - przedotrzewnowych zebrałem 6. Z nich 5 dotyczyło kobiet i 1 mężczyznę. Odnośnie 2 wypadków brak mi dokładniejszych danych. Wiek kobiet wynosił lat 30, 50, 68 i 72. (W 2-ch wypadkach lat nie podano). Dwie przepukliny były na stronie lewej, jedna na prawej, w trzech zaś strony nie podano.

We wszystkich wypadkach miało miejsce uwięźnięcie i we wszystkich wykonano herniotomię. Z nich 2 razy nastąpiło wyzdrowienie (1 mężczyzna i 1 kobieta), 4 razy śmierć. Rozpoznanie przepukliny przedotrzewnowej postawiono 3 razy podczas operacji, 3 razy zaś dopiero sekcja wykazała jej obecność. Worek przedotrzewnowy raz był skierowany na wewnątrz i leżał na bocznej ścianie pęcherza, raz na zewnątrz i dwa razy ku tyłowi w kierunku do małej miednicy.

W 3-ch wypadkach przepuklina miała postać klepsydrowatą, w 1-ym sakiewkowatą. Uwięźnięcie 2 razy miało miejsce w otworze udowym, raz 1. w otworze udowym i brzuszny — i raz 1 — w otworze worka przedotrzewnowego.

Przeciąg czasu pomiędzy uwięźnięciem i operacją wynosił od kilkunastu godzin do 8 miu dni. Zawartość przepuklin stanowiły znowu кишки cienkie.

W jednym znanym mi wypadku przepukliny pępkowo - przedotrzewnowej, którą dotknięta była kobieta lat 77, worek przedotrzewnowy skierowany był ku spojeniu łonowemu i zawierał кишки. Przyczyny uwięźnięcia nawet sekcja dokładnie nie wykryła. Kiszki były nieco uciśnięte od przodu ku tyłowi, co razem z przegięciem ich mogło spowodować niedrożność, pomimo szerokości otworów. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

SKIASKOPIJA.

BADANIE STANU ŁAMALNOŚCI OKA.

Podał

D-r T. Mączewski.

Od lat kilkunastu napotykamy w literaturze okulistycznej francuzkiej, a potem i w innych, opisy nowej metody badania stanu łamalności oka, zasadzającej się na śledzeniu ruchów cienia, w jednostajnie czerwono zabarwionem polu źrenicznym, przy obrotowych ruchach zwierciadła ocznego do koła rękocyści. Metoda ta ogłoszona w 1874 roku po raz pierwszy przez Cuignet'a, pod nazwą keratoskopii, opisywana była następnie przez Mangin'a, Parent'a, Poncet'a, Landolt'a, Chibret'a, Hardridge'a i innych pod nazwą już to retinoskopii (Poncet), już pupilloskopii (Landolt), już wreszcie dioptrioskopii (Gałęzowski), umbraskopii (Hadrigde), fantoskopii (Chibert), skiaskopii (tenże).

Ponieważ w polskiej literaturze lekarskiej nie było dotąd o tej metodzie żadnej wzmianki, *) sądzę więc, że nie od rzeczy będzie zaznaczyć z nią szerszą publiczność lekarską, zwłaszcza że, jak to wkrótce zobaczymy, jest ona dostępna dla każdego, kto zechce poświęcić odpowiednim ćwiczeniom kilka zaledwie godzin czasu. Zostawiając zresztą napotem ocenę wartości Skiaskopii, przystąpię wprost do opisu sposobu postępowania. Winienem jednak pierwej wytłomaczyć się, dla czego odrzucając inne nazwy, zachowałem nazwę Skiaskopii.

Otóż nazwa dioptrioskopii jest zbyt ogólną, da się bowiem z równem powodzeniem zastosować do każdej metody badania stanu łamalności oka; umbraskopija i fantoskopija grzeszą przeciwko czystości języka — wreszcie keratoskopija, retinoskopija, pupilloskopija — każą myśleć o jakiejś metodzie badania rogówki, błony siatkowej lub źrenicy, które w rzeczywistości mało nas tu interesują. Interesuje nas natomiast cień przesuwający się w polu źrenicznym, stąd też nazwa Skiaskopija, od σκια — cień i σκοπειν — widzieć, zdaje mi się najodpowiedniejszą.

*) Artykuł niniejszy doręczony nam został jeszcze przed ukazaniem się w Gazecie Lekarskiej pracy D-ra Ziemińskiego traktującej o tym samym przedmiocie. (Przyp. Red.)

Przystępując do badania za pośrednictwem tej metody, postępujemy tak, jak przy zwykłym egzaminie oftalmoskopowym: osoba badana siada na krzeselku w pokoju ciemnym; lampa umieszcza się z boku, nieco z tyłu, głowy tak by twarz pozostawała w cieniu. Jeżeli badamy bez użycia atropiny, to koniecznym jest zalecić osobie badanej, by wpatrywała się w punkt oddalony, celem zwolnienia akkomodacyi, w kierunku naszego ucha: prawego, przy badaniu oka prawego i lewego, jeżeli badamy oko lewe.

Wyznać jednak trzeba że badanie bez użycia atropiny jest o wiele trudniejszym ze względu na zwężenie źrenicy pod wpływem światła; u osób zaś złej woli (np. konskryptów wojskowych)—wprost nieodpowiedniem, ze względu na umyślne natężanie przez nich akkomodacyi. Gdzie więc idzie o ścisłość, lepiej jest zapuścić kroplę roztworu atropiny lub homatropiny (gr. 1 na 2 drach.). Otrzymane w ten sposób rozszerzenie źrenicy pozwala nam prócz tego badać stan łamalności oka w kierunku osi wzrokowej, co inaczej z powodu silnej wrażliwości plamy żółtej i następującego przy tem znacznego odruchowego zwężenia źrenicy byłoby niemożliwem.

Gdy uskuteczniło wszystko co było powyżej powiedziane, badający, siedząc w odległości 3 — 4 stóp (90 — 120 cen.) od badanego, ujmuje ręką zwykle zwierciadło oczne (płaskie lub wklęsłe) i, oparwszy górny brzeg jego o łuk brwiowy, stara się skierować światło na źrenicę.

Gdy to już uczyniono i źrenica przyjęła barwę jednolitą czerwoną, badający nadaje zwierciadłu powolny ruch obrotowy w lewo i w prawo, naokoło osi pionowej, respective — rękojeści, przyczem spostrzega wkrótce cień zachodzący na pole źreniczne z jednej lub drugiej strony. Otóż ruch cienia w stronę odpowiednią, lub przeciwną ruchowi zwierciadła, zależy z jednej strony od rodzaju zwierciadła, z drugiej—od stanu łamalności oka badanego.

Ztąd koniecznym jest oddzielny opis zjawisk zachodzących przy badaniu zwierciadłem płaskim i wklęsłym.

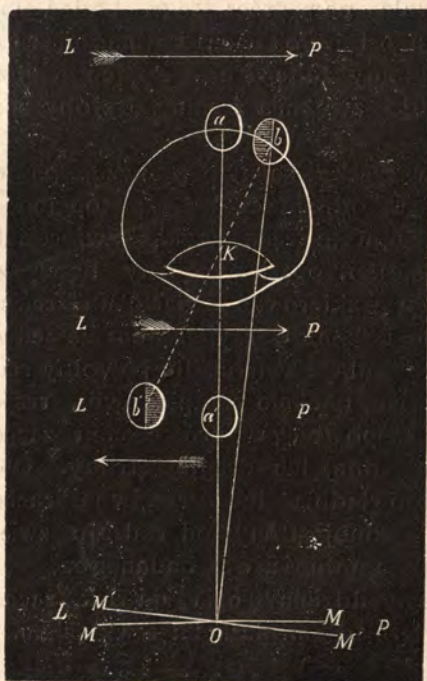
A. Badanie za pomocą zwierciadła płaskiego.

Przypuśćmy że badający siedzi w odległości 40 cali (około 1 metra) od badanego. (Przy większej odległości oświetlenie jest bardzo słabe i cień z trudnością bywa dostrzeganym). Tu mogą mieć miejsce dwa przypadki:

1. Cień w polu źrenicznym posuwa się w stronę odpowiednią ruchowi zwierciadła (cień prosty): oko badane jest albo a) nadwzrocznym, albo b) miarowzrocznym, albo wreszcie c) krótkowzrocznym w stopniu równym $\frac{1}{40}$ (1 dyoptra) lub niższym.

2. Cień przesuwa się w kierunku przeciwnym ruchowi zwierciadła (cień odwrotny)—mamy do czynienia z krótkowzrocznością wyższą od $\frac{1}{40}$ (1 dyoptry).

Wyjaśnienie. Czerwone pole, spostrzegane przy oświetleniu oka za pomocą zwierciadła, jest obrazem oświetlonej części dna ocznego. Otóż dno oczne widzianem bywa: albo w obrazie prostym, rzekomym, co ma miejsce przy nadwzroczności i miarowzroczności bez względu na odległość, przy krótkowzroczności zaś w tym tylko razie gdy oko badającego znajduje się między okiem badanego i punktem najdalszym (p. remotum) tegoż oka; albo też w obrazie



L strona lewa, *P* strona prawa, *K* punkt węzłowy oka.

a koło świetlne na siatkówce przy położeniu zwierciadła *MM'*, *a'* jego obraz powietrzny odwrotny.

b część oświetlona siatkówki i cień zachodzący na nią przy położeniu zwierciadła *MM'*, *b'* ich obraz powietrzny odwrotny.

odwrotnym, rzeczywistym—przy krótkowzroczności, jeżeli oko badającego znajduje się po za punktem najdalszym badanego. Ponieważ zaś koło świetlne na siatkówce, a wraz z nim i cień przesuwa się zawsze przy użyciu zwierciadła płaskiego w stronę odpowiednią ruchowi tego ostatniego, stąd więc w drugim wypadku, spostrzegając jedynie obraz odwrotny tego co się dzieje na dnie oka, widzimy cień posuwający się w stronę przeciwną. Powyższe łatwo zrozumiemy, jeżeli zwrócimy uwagę na rysunek załączony.

Oznaczenie stanu łamalności oka.

1. **Miarowzrocność.** Cień posuwa się bez względu na odległość w kierunku jednoimiennym i jest mało wyraźny. Po przystawieniu słabej soczewki wypukłej do oka badanego np. N-r 36 (1,25 dyoptry) otrzymujemy cień odwrotny, przez przystawienie soczewki wypukłej oko badane staje się krótkowzrocznym w stopniu $\frac{1}{36}$ (1,25 dyoptry).

2. **Nadwzrocność.** Cień jest prosty bez względu na odległość i tem wyraźniejszy, im stopień nadwzrocności jest wyższy. Słaba soczewka wypukła nie zmienia kierunku cienia.

3. **Krótkowzrocność wyższa od $\frac{1}{40}$** (1 dyoptry). Cień posuwa się w kierunku przeciwnym ruchowi zwierciadła (rozpoznanie niższych od $\frac{1}{36}$ stopni krótkowzrocności nie posiada praktycznego znaczenia).

4. **Astygmatyzm prawidłowy.** Badanie prowadzimy w dwóch południkach, poruszając zwierciadło kolejno około osi pionowej i poziomej.

a. **Astygmatyzm nadwzroczny prosty i złożony.** Cień w obu południkach jest prosty, lecz różnego natężenia.

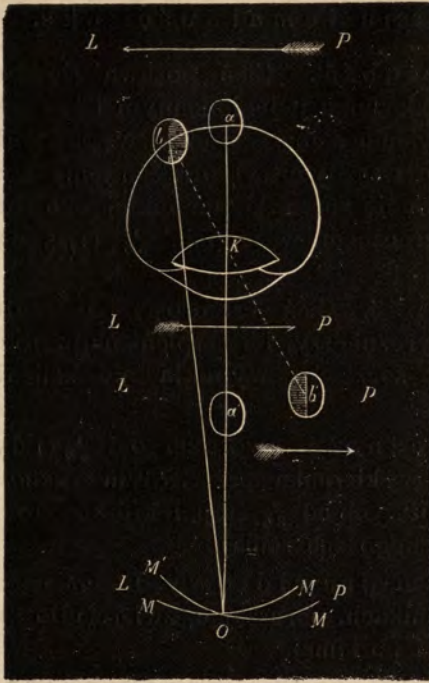
b. **Astygmatyzm krótkowzroczny prosty.** Cień w południku równomiernowzrocznym jest prosty, mało wyraźny; w południku krótkowzrocznym cień jest odwrotny.

c. **Astygmatyzm krótkowzroczny złożony.** Cień w obu południkach jest odwrotny, lecz różnego natężenia.

d. **Astygmatyzm mieszany (nadwzrocno-krótkowzroczny).** Cień w jednym południku jest prosty, w innym odwrotny.

B. Badanie za pomocą zwierciadła wklęsłego.

Przy użyciu zwierciadła wklęsłego koło świetlane na siatkówce, a tem samem i cień ograniczający je bez względu na stan łamalności oka posuwa się w stronę przeciwną ruchowi zwierciadła, ponieważ zaś przy miarowzrocności i nadwzrocności widzimy dno oka w obrazie prostym, spo-



L strona lewa, *P* strona prawa, *K* punkt węzłowy oka.

a koło świetlne na siatkówce przy położeniu zwierciadła *MM*, *a'* jego obraz powrotny odwrótny.

b część oświetlona siatkówki i cień zachodzący na nią, przy położeniu zwierciadła *M'M'*, *b'* ich obraz powrotny odwrótny.

strzegamy więc w tych razach cień odwrótny. Przy krótkowzroczności rzecz się ma przeciwnie — dno oczne spostrzegamy w obrazie odwrótnym, przeto cień posuwać się będzie w stronę przeciwną jak na siatkówce, a więc w stronę ruchu zwierciadła, co łatwo zrozumiemy, spojrzawszy na załączoną rycinę.

Badanie zwierciadłem wklęsłym, ze względu na połączenie promieni świetlnych w jego ognisku możliwym jest z większej odległości niż przy użyciu zwierciadła płaskiego.

Oznaczenie stanu łamalności oka.

Przypuśćmy że badanie odbywa się z odległości 4-ch stóp (120 ctm.).

Równomiernowzroczność. Cień jest odwrótny, mało wyraźny; za przystawieniem słabej soczewki wypukłej, np. N-r 40 (1 dyoptra), zmienia się na prosty.

Nadwzroczność. Cień odwrótny tem wyraźniejszy, im stopień nadwzroczności wyższy. Słaba soczewka wypukła nie wpływa na kierunek cienia.

Krótkowzroczność. Cień jest prosty.

Określenie astygmatyzmu prawidłowego dokonywa się przez oznaczenie stanu łamalności oka w dwóch południkach głównych.

Przy astygmatyzmie nieprawidłowym zamiast jednostajnego tła czerwonego jakie prawidłowo spo-

strzegamy w polu źrenicznym, widzimy miejsca światlejsze naprzemian z ciemniejszym i bez jakiegokolwiek prawidłowości, a to bez względu na rodzaj zwierciadła. Przy użyciu zwierciadła płaskiego, z powodu mniejszego natężenia światła zjawisko to występuje wyraźniej, zależy zaś zwykle od nieprawidłowej krzywizny rogówki.

Oznaczenie stopnia łamalności oka.

Mając pudełko z soczewkami próbnymi, wstawiamy te ostatnie po kolei przed oko badane, póki cień nie zacznie posuwać się w stronę przeciwną tej, w którą posuwał się bez użycia soczewek. Najśłabsza soczewka zmieniająca kierunek cienia pokaże stopień łamalności oka, a rodzaj soczewki wskaże rodzaj łamalności (szkła wklęsłe — krótkowzroczność, wypukłe — nadwzroczność).

Omyłka, prócz wprawy, zależy jeszcze od odległości, z jakiej prowadzimy badanie: tak przy odległości 3 stóp (90 centim.) wyniesie około $\frac{1}{36}$ (cokolwiek więcej niż jedna dyoptra), przy odległości 4 stóp (120 ctm.) — około $\frac{1}{48}$ (mniej niż jedna dyoptra).

Sposób podany przedstawia tę niedogodność, że wymaga pomocy osoby drugiej, któraby przystawiała soczewki do oka badanego, lub zmusza do użycia oprawy okularowej, w którą sami wstawiamy szkła potrzebne, co jednak ze względu na odległość jest bardzo uciążliwym (musimy wciąż podnosić się, zbliżać do badanego, wyjmować i wstawiać soczewki do oprawy).

O wiele dogodniejszym jest badanie z odległości mniejszej np. z odległości wyprostowanej kończyny górnej należy tylko następnie od ułamku, którego licznikiem jest jedność, a mianownikiem odległość, z której badamy, odjąć wartość użytej soczewki.

Tak np. przypuśćmy, że długość wyprostowanej kończyny górnej badającego równa jest 16 calom.

I. By zmienić cień na przeciwny użyto soczewki wypukłej N-r 8, czyli że trzeba było powiększyć siłę łamalną oka o $\frac{1}{8}$ ażeby otrzymać krótkowzroczność w stopniu $\frac{1}{16}$ (właściwie nieco wyższym, trzeba bowiem ażeby obraz odwrotny tworzył się przed naszym okiem; różnica jednak jest bardzo nieznaczną), przeto stopień łamalności oka danego będzie równy $\frac{1}{16} - \frac{1}{8} = -\frac{1}{16}$ t. j. mamy do czynienia z nad-

wzrocznością w stopniu około $\frac{1}{15}$ (ponieważ otrzymana wartość jest ujemną).

II. By zmienić cień na przeciwny użyto soczewki wklęsłej N-r 16, ponieważ jej łamliwość wyraża się $-\frac{1}{15}$, przeto stopień łamalności danego oka będzie równy $\frac{1}{15} - (-\frac{1}{15}) = \frac{1}{15} + \frac{1}{15} = \frac{1}{8}$ t. j. mamy krótkowzroczność w stopniu około $\frac{1}{8}$ (ponieważ otrzymana wartość jest dodatnią).

III. Przypuśćmy że dla zmiany kierunku cienia trzeba było użyć soczewki wypukłej N-r 32; wartość jej wyraża się przez $\frac{1}{32}$, przeto $\frac{1}{15} - \frac{1}{32} = \frac{1}{15}$ t. j. mamy krótkowzroczność w stopniu około $\frac{1}{15}$.

IV. Jeżeli użyto soczewki N-r 16, to $\frac{1}{15} - \frac{1}{15} = 0$ t. j. oko badane jest miarowzrocznym.

Wyniki w ten sposób otrzymane mało się różnią od otrzymanych sposobem poprzednim.

Oba jednak powyższe sposoby, wymagając posiadania pudełka z soczewkami próbnymi, mało są dostępne dla ogółu lekarzy.

Chibret uprościł badanie skiaskopijne w sposób następujący:

Dajmy na to, że użyto zwierciadła płaskiego, jak to zaleca Chibret. Badający siedzi w odległości 3 stóp (90 cm.) od badanego.

I. Cień jest odwrotny—mamy do czynienia z krótkowzrocznością. Badający poruszając zlekka zwierciadłem zbliża się do oka badanego aż do punktu, w którym rozpoznać kierunek cienia jest trudno, co ma miejsce wtedy, gdy badający jest w punkcie najdalszym oka badanego; zmierzwszy odległość oka swojego od oka badanego, otrzymuje stopień krótkowzroczności tego ostatniego. Jeżeli badający przeszedł po za punkt najdalszy badanego, to spostrzega cień prosty—znak że trzeba się nieco cofnąć.

II. Cień jest prosty — oko jest miarowzrocznym lub nadwzrocznym.

Przystawivszy soczewkę wypukłą N-r 20 (2 dyoptry): jeśli cień zmienia się na odwrotny—osoba badana jest miarowzroczną lub nadwzroczną w stopniu niższym od $\frac{1}{20}$; jeśli zaś cień pozostaje prostym—mamy do czynienia z nadwzrocznością równą, lub wyższą od $\frac{1}{20}$.

Przystawivamy tedy soczewkę wypukłą N-r 13 (3 dyoptry): cień zmienia się na odwrotny — osoba badana jest nadwzroczną w stopniu około $\frac{1}{20}$ (2 dyoptr); cień pozostaje

prostym—przystawiamy obie soczewki razem, co się równa mniej więcej przystawieniu soczewki N-r 8 (5 dyoptr). Jeżeli wtedy cień zmienia kierunek — mamy do czynienia z nadwzrocznością w stopniu $\frac{1}{8}$ do $\frac{1}{9}$, jeżeli zaś pozostaje wciąż prostym, to nadwzroczność jest wyższa, lub równa $\frac{1}{8}$.

Według mego zdania określenie stopnia nadwzroczności możnaby jeszcze bardziej uprościć. Mianowicie umieściwszy przed okiem badanym soczewkę wypukłą N-r 8 (można np. umocować ją do czoła na taśmie), postępujemy jak przy oznaczeniu stopnia krótkowzroczności, a od otrzymanej ilości odejmujemy wartość soczewki.

Przykład I. Określenie kierunku cienia staje się trudnym w odległości 16-tu cali od oka badanego: stopień łamalności oka wraz z soczewką równa się $+\frac{1}{16}$; odejmując wartość soczewki otrzymamy stopień nadwzroczności oka badanego: $\frac{1}{16} - \frac{1}{8} = -\frac{1}{16}$.

Przykład II. Określenie kierunku cienia staje się trudnym w odległości 8-miu cali od oka badanego: stopień łamalności ostatniego równy jest $\frac{1}{8} - \frac{1}{8} = 0$ t. j. że mamy do czynienia z miarowzrocznością.

W ten sposób ilość koniecznych do badania skijaskopijnego instrumentów ogranicza się do zwierciadła płaskiego, soczewki wypukłej N-r 8 i linijki lub tasiemki z podziałką na cale lub centymetry.

Z powyższego opisu widzimy, że rozpoznawanie stanu łamalności oka za pomocą skiaskopii jest nader łatwe; wyniki nie są zależne od stanu łamalności badającego, niewymaga też zwalniania akkomodacyi ze strony jego. Te zalety czynią badanie skiaskopijne dostępnem dla każdego, kto, jak wyżej powiedziano, dla wprawy zechce poświęcić kilka zaledwie godzin. Lecz i okulistom fachowym może ono oddać pewne usługi.

Nie mówiąc już o tem, że pozwala w razach wątpliwych sprawdzić wyniki otrzymane inną drogą, czyni możliwem oznaczenie stopnia łamalności oka tam, gdzie badanie w obrazie prostym jest nader trudnym i prawie niepodobnem, jak przy bieganiu oczu (nystagmus), u osobników niespokojnych (dzieci), lub złej woli (konskrypci); wreszcie przy pomocy skiaskopii możemy oznaczyć stopień łamalności odpowiadający plamce żółtej, co przy użyciu zwykłych sposobów jest niemożliwem, tymczasem stopień łamalności odpowiadający plamce żółtej, różni się niekiedy

znacznie od otrzymanego przy obserwowaniu tarczy wzrokowej. Znanym mi jest wypadek, że osoba badana była miarowzroczną: czytała N-r 20 Snellena bez szkiele z odległości 20-tu stóp, gdzie przecież tarcza wzrokowa widziana była w obrazie odwrotnym w niewielkiej odległości od oka.

Co się tyczy wyboru zwierciadła, to do badania sposobem podanym przez Chibret'a odpowiedniejszym jest zwierciadło płaskie, daje bowiem wyniki jednoimienne bez względu na odległość, gdy tymczasem zwierciadło wklęsłe z chwilą gdy jego ognisko przeszło po za punkt węzłowy oka badanego, daje wyniki wręcz przeciwne poprzednim. Odpowiedniejszym również jest zwierciadło płaskie przy badaniu bez użycia atropiny, dając bowiem światło słabsze, nie wywołuje takiego olśnienia i co za tem idzie zwięzienia źrenicy, jak zwierciadło wklęsłe. Za to przy badaniu ze znacznej odległości (3—1 stóp) odpowiedniejszym jest zwierciadło wklęsłe jako dające silniejsze światło.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

27. D-r A. BONOME. **Przyczynek do badania zgorzeli płuc.** (*Deutsch. Med. Woch.* N-r 52. 1886 r.).

Jakkolwiek w każdej nekrotyzowanej tkance można wykazać obecność pasorzytów, dotąd atoli nie przyjęto żadnego z nich za stałą przyczynę wszystkich albo nawet pewnej tylko grupy zgorzeli.

Wiadomo, że zgorzel płuc może być wynikiem zaburzeń w odżywianiu—jak na przykład: wylewów krwi, zatorów naczyń lub zapalenia. We wszystkich tych wypadkach w zmartwiałej tkance mogą się rozwijać pasorzyty — n a s t ę p c z o; nie mamy jednak wcale danych, by wykluczyć możliwość przenikania drobnoustrojów do żywych jeszcze tkanek, które wskutek zaburzeń w odżywianiu stały się tylko mniej odpornymi w walce o byt z drobnoustrojami. — Chorobotwórcze działanie pasorzytów daleko wyraźniej występuje w tych wypadkach zgorzeli płucnej, w których ta ostatnia rozwija się bez uprzedniego zaburzenia w odżywianiu tego organu w następstwie procesów zgorzelinowych lub septycznych, rozwijających się w jamie ustnej, gardzieli, krtani lub w oskrzelach, słowem w miejscach, z kąd drogą a s p i r a c y i produkty zgorzeli, resp. pasorzyty warunkujące zgorzel mogą się dostać do płuc.

Oprócz tej drogi powietrznej zarazek może się przedostać do płuc drogą krwioobiegu przez żyły, nawet wtedy, gdy ogniska zgorzelinowe leżą w tkankach bardziej oddalonych od płuc. Nie można w tych wypadkach sprowadzać zgorzeli płucnej do bezpośrednich skutków zaburzeń w odżywianiu wywołanych katarami naczyń włoskowatych, gdyż jak wiadomo, takie zatory bardzo łatwo się wyrównywają krążeniem obocznym.

Badania Ogston'a, Rosenbach'a, Krause'go, Garre'go i Passet'a — wykazały pochodzenie infekcyjne procesów nekrotycznych w kościach i tkance łącznej (osteomyelitis, phlegmone, panarium), dla płuc tego nie uczyniono.

Samo mikroskopowe badanie tkanek podległych zgorzeli nie może należycie wyjaśnić znaczenia biologicznego znajdujących przy tej zgorzeli pasorzytów, tem bardziej że te ostatnie znaleźć się tam mogą wprost jako postronna przymieszka — i że obok schizomycetów (bakteryj) znaleźć tam możemy hypho- i blastomycety (grzybki pleśniowe i drożdżowe).

Z grzybków drożdżowych znajdowano: *Saccharomyces cerevisiae* w ogniskach zgorzelinowych ust i przełyku.

Według Demme'go — można w $\frac{2}{3}$ przypadków mokrej gangreny kończyn wykryć obecność blastomycetów przy alkalicznej albo słabo kwaśnej reakcji.

Z grzybków pleśniowych znajdowano wiele egzemplarzy przy odczynie kwasnym w ogniskach zgorzelinowych, w jamach płucnych, jak również przy nekrozie wargi i policzków. — I tak:

Sluwyer znalazł grzybek *aspergillus* w ogniskach zgorzelinowych płuc przysilnie upośledzonym krążeniu. — Takież grzybek opisany przez Hasse'go i Welcher'a w płucach rakowatego.

Virchow trzykrotnie znajdował *aspergillus* przy chronicznym zgorzelinowym zapaleniu płuc. — Friedreich raz go znalazł w wypadku *pneumomalaciae ulcerosae*. — Dusch i Pagenstecher, w ognisku zgorzelinowym w płucach u kobiety, zmarłej na gruźlicę. — Wkońcu Fürbringer opisał wypadek *aspergillus niger* w ognisku zgorzelinowym u diabetyka. — Tenże autor opisał wypadki *mucor mucedo*. Takież wypadki *mycosis mucorinae* opisali Conheim i Paltauf.

Z innych grzybków pleśniowych znaleziono *oidium albicans* (Rosenstein).

Schizomycety (bakteryje) częściej się znajdują w zgorzelinowych ogniskach obok ziarnistych mas rozpadowych, kryształów, barwników krwi i włókien sprężystych. — Które z tych drobnoustrojów są przyczyną wywołującą proces patologiczny, a które rozwijają się jako saprophyty — trudno orzec.

Autor badał 8 wypadków gangreny płucnej, z których w 6 poprzedzały ogniska zgorzelinowe i zapalne w innych narządach.

dach, ztąd też przyczyna wywołująca zgorzel mogła przeniknąć drogą naczyń krwionośnych (żylnych); w dwóch wypadkach zgorzeli płucnej, bez innych powikłań, pasorzyty wywołujące zgorzel przedostały się drogą powietrzną, ztąd też towarzyszyło im ropne zapalenie oskrzeli.

Badania mikroskopowe ognisk zgorzelinowych wykazały w nich cztery warstwy: 1) warstwę nekrotyczną, złożoną z drobnoziarnistego rozpadu i mikroorganizmów, 2) pas ziarninowy (granulacyjny) silnie barwiący się karminem, 3) pas krwotoczny otaczający poprzedni, i 4) pas kataralnego zapalenia.

Badania mykologiczne wykazały oprócz bakterij gnilnych stałą obecność drobnoustrojów drobnych, okrągłych, częścią po 2, częściej jednak w postaci groniastych kupek poukładanych, zupełnie podobnych do tych drobnoustrojów, które Rosenbach, Krause i Garre opisali dla osteomyelitis, furunculus, i panaritium, a Passet dla phlegmone.—Hodowle na agar-agar jak również na żelatynie, potwierdziły rozpoznanie, że mamy tu do czynienia z organizmem, zwanym *staphylococcus pyogenus*.

Badania doświadczalne z tym pasorzytem prowadził autor w sposób następujący:

1) Nieco czystej hodowli *staphylococcus pyogenes* wprowadził do tkanki płucnej bezpośrednio za pomocą strzykawki Pravatz'a.

2) Zastrzykiwał do żył rozdrobione kawalki rdzenia bzowego pierwotnie wyjałowionego, następnie zakażonego *staphylococcus pyogeno*.

3) Pasorzyt wprowadzono przez drogi oddechowe po uprzednim podrażnieniu ich parami amoniaku lub też bez podrażnienia.

Wynikiem całego szeregu tych doświadczeń było:

1) Otrzymanie w płucach ognisk zgorzelinowych budowy mikroskopowej zupełnie identycznej z wyżej przytoczoną budową ognisk przy gangrenie płucnej.

2) W każdym z tych ognisk było można wykryć pasorzyt *staphylococcus pyogenes*.

Rezultaty te upoważniły autora do wywnioskowania, że, zgodnie z doświadczeniami Rosenbach'a i innych, *staphylococcus pyogenes* (albus albo aureus) warunkuje nekrozę tkanek — między innymi i zgorzel płuca. — Kończy autor następującymi wnioskami:

1) We wszystkich badanych przez autora wypadkach zgorzeli płucnej—przyczyną tej zgorzeli był *staphylococcus pyogenes aureus* albo albus, to jest ten sam pasorzyt, który wywołuje zakaźne zapalenie szpiku kostnego, panaritium, zapalenie tkanki łącznej podskórnej i wrzodziejące zapalenie osierdzia. — Pasorzyt ten działa na tkankę płucną tak, jak na wyżej wymienione tkanki, wywołując przytem około ogniska zgorzelinowego zapalenie.

2) Wtargnięcie czynnika zakażającego do płuc może się odbywać przez drogi oddechowe—albo przez krwiobieg, drogą przerzutową; drugi ten sposób częściej się daje obserwować niż pierwszy.

3) Zranienie płuca przez instrumenty szczepiące przyspiesza zgorzel: drobnoustroje przenikają w białe ciała krwi, które wskutek rany napełniają alweole, wywołują ich (t. j. białych ciałek krwi) śmierć; następnie powodują zniszczenie nabłonka i przegród międzypęcherzykowych. Tworzy się sekwestr, który wskutek przenikania z oskrzeli saprophytów, gnije i rozmiękcza się.—W trakcie tego naokoło wytwarza się ziarninowa linia demarkacyjna, składająca się z ciałek białych krwi, podległych podziałowi (mnożeniu). Naokoło tego zjawia się pas krwotoczny i zapalny.

4) Przy wprowadzeniu przez żyły działa staphylococcus jako embolus: gdzie zator się zatrzyma, tam wywołuje śmierć najpierw w ścianie naczynia włoskowatego, następnie w całym otoczeniu—niezależnie od zaburzeń w krążeniu.

Gnilny zapach pokazuje się tylko wtedy, jeżeli zmartwiałe części wskutek komunikacji z powietrzem atmosferycznym przechodzą w gnicie.

Adam Ciągliński.

28. Pr. FISCHEL. **O samoistnym ropniu płuc.** — Ueber genuinen Lungenabszess. — *Wiener Medicinische Presse* N-r 49.

Autor na podstawie dotychczas przez się spostrzeganych licznych przypadków ropnia płuc, podaje kilka ważnych pod względem rozpoznania charakterystycznych cech, na które należy przy różniczkowym rozpoznaniu między ropniem płuc, a gruźlicą bacznie zwrócić uwagę.

Przy tej sposobności autor przedstawia historię choroby przypadku ropnia płuc, który sposobem powstania różni się od innych tego rodzaju przypadków i zmusza autora do twierdzenia, że oprócz znanych dotychczas postaci ropnia płuc (skutkiem zatoru, posocznicy, traumy, ciał obcych, włóknikowego zapalenia płuc) istnieje jeszcze inna postać, która się samoistnie w mięszu płuc rozwija bez wyprzedzającego go wysięku w pęcherzykach i małych oskrzelach (zapalenie płuc) stale dotychczas spostrzeganego w typowo przebiegających ropniach płuc.

Cierpienie w przypadku autora, obserwowanym od samego początku, rozpoczęło się od objawów niezytu oskrzeli ograniczonego do średnich i dolnych części prawego płuca, to jest od tych miejsc, które się następnie okazały siedliskiem ropnia.

Zdaniem autora okoliczność powyższa (to jest niewielka przestrzeń) nie pozwalała na rozpoznanie pierwotnego niezytu oskrzeli, tembardziej że cierpieniu towarzyszyły zbyt stosunkowo wysoka ciepłota ciała, wielki upadek sił, a skąpa wydzielina.

Autor był skłonniejszym do przypuszczenia, że nieżył oskrzeli powstał współcześnie z ropniem płuc w głębi się rozwijającym lub też wtórnie skutkiem jakiego nieznanego bodźca. Cierpienie oskrzeli, jakieśmy to wspomnieli, przebiegało z wysoką ciepłotą ciała o typie zwalniającym i trwało trzy tygodnie. Dopiero po tym czasie znaleziono stępienie odgłosu opukowego, które było rozszerzone na cały dolny płąt. W 4-y tygodnie później (zatem w 7 od początku) można było wykryć wyraźnie fizykalne znaki jamy w płucach, a w płwocinie elastyczne włókna i małe cząsteczki miąższu płuc; laseczników gruzliczych ani razu w przebiegu choroby nie znaleziono.

Gorączka, podczas tworzenia się nacieczenia posiadająca również typ zwalniający i dosyć znaczna, po otworzeniu się ropnia, to jest w chwili gdy się skonstatowało obecność jamy w płucach, zupełnie ustąpiła, ilość płwociny szaro-żółtej, znacznie się zwiększyła. W dalszym przebiegu choroby zauważono nie tylko poprawę w ogólnym stanie chorego, lecz i miejscowo zaszły ważne zmiany, a mianowicie najprzód znaki wskazujące na jamę w płucach, a następnie i objawy właściwe dla nacieczenia powoli znikły, wydalanie płwociny bardzo obfite coraz się zmniejszało, nareszcie zupełnie ustało. Obecnie, to jest w 5 tygodni po otworzeniu się ropnia (a 12 od początku choroby) chory ogólnie się poprawia, nie gorączkuje, co daje najlepszą rękojmię szybkiego wyzdrowienia.

Autor w dalszym ciągu zastanawia się nad różniczkowem rozpoznaniem i odróżnieniem ropnia płuc od gruźlicy. Odróżnienie to nie zawsze jest tak łatwem, gdyż nie zawsze występują zjawiska (cząsteczki miąższu płuc, kryształki hemotoidyny, obfita ropna płwocina i t. p.), które stanowią punkt oparcia dla rozpoznania. Z tego względu autor zwraca uwagę na następujące momenta:

Szczególnie ważnem jest poszukiwanie na laseczniki, których wykrycie, samo się przez się rozumie, nie może budzić żadnej wątpliwości co do przyrody gruźliczej cierpienia; lecz i brak laseczników stale przy często podjętych poszukiwaniach się powtarzający, jest, zdaniem autora, również bardzo ważnym objawem, który w pewnych warunkach, o których zaraz pomówimy, pozwoli prawie na pewno rozpoznać ropień płuc.

Jeśli się, jak w przypadku autora znajdujemy nacieczenie w miąższu płuc, a następnie w miejscu nacieczenia rozwinię się wielka jama, a współcześnie gorączka się zmniejszy, a nawet ustąpi, to niewątpliwie przemawiać to będzie (naturalnie przy braku laseczników) za ropniem płuc. Zdarzają się wprawdzie przypadki gruźlicy, w których podczas całego trwania lub przez dłuższy czas brak jest gorączki, lecz by przy rozwijającym się przy objawach gorączkowych nacieczeniu gruźliczem w płucach po utworzeniu się jamy miała ustąpić gorączka, tego autor ani razu w gruźlicy nie spostrzegł.

Nie mniej jeśli po utworzeniu się jamy gorączka dalej trwa, można rozpoznać ropień w tym razie (zawsze uwzględnia-

jąc brak laseczników) gdy się ma do czynienia z nacieczeniem, które powstawszy na podstawie płuca, rozszerza się ku górze, a to dla tego, że przy tym sposobie powstania nacieczenia gruzliczego autor nigdy nie widział powstrzymania się sprawy gruzliczej, gdy przy zwykłym sposobie powstania w wierzchołku nawet po całe miesiące trwającej gorączce, autor nieraz widywał powstrzymanie się sprawy gruzliczej.

Jeśli się nakoniec znajdzie, że istniejące objawy, wskazujące na wielką jamę, w płucach znikają, co wskazuje zmniejszenie się jamy, przemawiać to będzie za ropniem w płucach, a stanowczo przeciw gruzlicy, gdyż nie zdarzyło się autorowi widzieć takiego zmniejszenia jamy w gruzlicy. *Felix Arnstein.*

29. Prof. BREHMER. **Ostre rozdęcie płuc i jego stosunek do dychawicy oskrzelowej.** (Ueber acute Lungenblähung und ihre Beziehung zum Bronchialasthma.— *Berl. Klin. Woch.* N-r 46).

Pod rozdęciem płuc rozumiemy czynnościowe, przejściowe rozszerzenie pęcherzyków płucnych. Powodem tegoż bywają miejscowe przeszkody i idące zatem przepełnienie pęcherzyków zatrzymanem w nich powietrzem. Różni się rozdęcie od rozedmy (emphysema) tem, że przy ostatniej istnieje organiczne zwyrodnienie i utrata elastyczności ścianek pęcherzyków. Może jednak przejść rozdęcie w rozedmę.

Warunkami rozdęcia płuc są: wzmocniony wdech i uposledzony wydech powietrza. Pierwszy warunek sam przez się nie sprowadza rozdęcia, gdyż elastyczne ścianki pęcherzyków wypędziłyby nadmiar w nich powietrza. Głównym warunkiem jest uposledzony wydech. Rozdęcie może nastąpić przy zatkanii cienkich oskrzeli, którą to przeszkodę pokonywa łatwiej wchodzące do płuc niż wychodzące z niej powietrze.

Takie zatkania oskrzeli mają miejsce: przy przekrwieniu błony śluzowej oskrzeli; przy zebraniu się na niej śluzu, wysięku lub krwi, przy kurczowem ściągnięciu gładkich mięśni oskrzelowych. W tych warunkach przy całkowitem zamknięciu światła oskrzeli następuje atelektaza, przy częściowem — rozdęcie pęcherzyków płucnych. To ostatnie zdarza się przy zapaleniu oskrzeli włosowatych (bronchitis capillaris), przy zapaleniu płuc u dzieci i przy dychawicy oskrzelowej. Niesłusznie te rozdęte pęcherzyki uważają za rozedmę zamienną (emphysema vicarium), gdyż rozdęte pęcherzyki nie mogą zastąpić w czynnościach atelektycznych, owszem oddechają one niedostatecznie i przyczyniają się do wadliwej wentylacji płuc.

I za życia można rozpoznać rozdęcie na zasadzie: 1) obniżonych i zachodzących w trójkąt tępości serca granic płuc; 2) zmiany tonu wypukowego, który autor nazywa pudełkowym lub poduszkowym, gdyż taki ton jak od rozdętych płuc daje perkusja po wypchanej włosieniem poduszce (Schachtel oder Kissen-ton); 3) świszczących tonów w płucach, będących oznaką zaciśnienia dróg oddechowych. Przy wydechu szmery te są głośniejsze.

Zupełnie podobne objawy mamy przy napadzie astmatycznym. Wkrótce po początku napadu płuca są rozdęte, przepona stoi niżej, tępość serca zniża się i można wykazać ton pudełkowy zwłaszcza w dolnych i bocznych okolicach płuc. To właśnie ostre rozdęcie przyjmują ogólnie za charakterystyczną cechę napadu astmatycznego. Lecz tłumaczenie przyczyn tegoż jest różne.

E. Sée za przyczynę tego uważa kurcz przepony, zamiast kurczu oskrzeli. Kurczowi przepony przypisuje odruchowy, opuszkowy początek, a nieżyt oskrzeli uważa za zjawisko naczynio-ruchowe. — Aby uczynić nieprawdopodobnym kurcz oskrzeli, oświadcza się Sée przeciw kurczliwości mięśni oskrzelowych.

A jednak drażnienie nerwu błędnego sprowadza kurczenie się mięśni oskrzelowych. Jeżeli zaś te mięśnie mogą się kurczyć, to może nastąpić ich spazmatyczny skurcz. Dzisiaj jednak zarzucono teorię spazmatycznego kurczu oskrzeli, jako przyczyny napadu astmatycznego, dla tego, że nie udało się wywołać tegoż doświadczalnie przez podrażnienie nerwu błędnego. — Drażnienie tegoż wywoływało jedynie kurcz przepony za pośrednictwem jej nerwu (n. phrenicus). Gdy przecięto obydwa nerwy przeponowe (doświadczenia Riegela i Edingera), następowало przy drażnieniu nerwu błędnego skurczenie oskrzeli, lecz nie było rozdęcia pęcherzyków.

Przy rozdęciu jednak pęcherzyków, jakie obserwowali Edinger i Riegel przy odruchowym podrażnieniu nerwu przeponowego brakowało charakterystycznej dla astmatycznego rozdęcia cechy—zaburzenia w wydechu. Riegel i Edinger widzieli jako następstwo drażnienia nerwu błędnego—głębokie wdechy wraz z obniżeniem stopniowem dolnej granicy płuc. Nie było wcale świszczających szmerów i rozdęcie płuc ustępowało natychmiast po zaprzestaniu drażnienia nerwu błędnego, płuca powracały do normalnych granic.

Obraz ten nie jest jednak obrazem astmatycznego napadu. Przy tym ostatnim słyszymy zaraz świszczące szmery i zaburzenia występują głównie przy wydechu. Szmery te wskazują na przeszkody przy wychodzeniu powietrza i nie można ich objaśnić przez tężcowy wdech. Trzeba więc przyjąć miejscowe przeszkody dla ruchu powietrza w cienkich oskrzelach. Te przeszkody może spowodowywać nieżyt oskrzeli; lecz nie każdy nieżyt wywołuje napady astmasyczne a chorzy na astmę mają ciągle nieżyt, a jednak napady owe nie są ciągłe. Musi więc coś innego powodować te napady.

Tem czemś jest właśnie dla autora kurcz mięśni oskrzelowych. Tężcowy charakter napadów astmatycznych przymusza do przyjęcia tego mniemania, gdyż skurcz przepony nie może objaśnić objawów astmy.

Przy tem człowiek nie wytrzymałby tak długiego tężcowego skurczu przepony, jaki musiałby istnieć przy napadzie astmatycznym. Tak więc jako przyczynę ostatniego przyjęć musiałby skurcz drobnych oskrzeli.

St. Kamiński.

30. D-r LAZARUS. **Przyczynki do leczenia dychawicy.** Zur Asthmatherapie. — (*Berl. Klin. Woch.* N-r 7. 1887 r.).

Autor ma tu na myśli dychawicę oskrzelową — asthma bronchiale, to jest chorobę występującą nagle u pozornie dotąd zdrowego osobnika, objawiającą się silną dusznością, oddechem swiszczącym, wydłużonym wdechem i krótkimi, chwytającymi powietrze wdechami; częstość oddechów w ogóle zmniejszona. — Napady dychawicy trwają raz dłużej, drugi raz krócej; po napadzie organizm cały albo wraca zupełnie do zdrowia — *restitutio ad integrum* — albo też pozostają w nim ślady przebytego napadu, które pozostawiają płuca jako *locus minoris resistentiae*, ząd też warunkują łatwiejszy powrót dychawicy. — Im dłużej trwa atak — tem większe pozostawia ślady, tem łatwiejsze są powroty choroby. Z tego co się powiedziało jasno wypływa, że leczenie dychawicy ma dwa zadania: 1) atak o ile możności prędko przerwać — 2) leczyć te skutki napadu, jakie pozostają w płucu — w postaci czy to rozedmy, czy też niezytu oskrzeli.

Dychawica według powszechnie przyjętego zdania jest chorobą dziedziczną. — Autor sprawdził to w 15% znanych sobie wypadków. — Oprócz tego usposabiają do dychawicy niektóre choroby, jak na przykład zołzy (szczególniej umiejscowione na błonie śluzowej nosa i gardzieli) i koklusz. — Przybywa tedy trzecie zadanie dla terapii — leczenie zołzów i koklusza — jako profilaktyka dychawicy.

Na szczególną uwagę zasługują leczenie miejscowych cierpień nosa i gardzieli; przy obrzmiałej błonie śluzowej nosa, przy przewlekłym niezycie tejże lub przy jej wyjątkowej wrażliwości; przy przeroscie migdałów, przy różnych zołzowatych cierpieniach błony śluzowej gardzieli. — We wszystkich tych wypadkach leczenie miejscowe — najczęściej operacyjne, największe oddaje usługi.

Co się tycze samego napadu, to jak tylko chory poczuje zbliżający się niepokój i ciężkość oddechu, jak najprędzej powinniśmy się starać atak przerwać.

Do środków przerywających napad w pierwszej linii należą: zastrzyknięcie podskórne morfiny, chloral i chloroform. — Środki te, których skuteczność polega na ich działaniu narkotyzującym, niechętnie bywają stosowane w obawie już to chronicznego zatrucia przy częstem ich używaniu (*morphinismus*) — już to ze względu na nieprzyjemne wrażenie dla otaczających chorego, jakiego dostarcza widok uspiętego pacjenta, z oddechem utrudnionym, chrapiącym i świszczącym.

Daleko większem wzięciem cieszą się u publiczności środki przyjmowane w postaci *cygaretek* do palenia lub do okadzania zawinięte w liść tytoniowy do palenia. — Środki te są: datura stramonium, papier saletrzany, proszek i zioła przeciwko dychawicy do okadzania. — Działanie tych środków jest podwójne; mianowicie działają one jako *narcotica* i jako *expecto-*

rantia—oprócz bowiem chemicznego działania dymu, unoszą się razem z nim cząstki węgla, które padając na błonę śluzową oskrzeli wywołują kaszel i związaną z nim ekspektorację. Przy stosowaniu trzeba mieć wzgląd na oczy; autor proponuje maskę, przy pomocy której oszczędza się wdechany materjał, a zarazem oczy są zasłonięte przed żrącym działaniem saletry.

W nowszych czasach proponowano cały szereg środków działających w tym samym co i wyżej wymienione kierunku: paraldehyd, quebracho, hyoscinium, amylnitrit, nitroglicerynę, natrium nitrosum, pyridinum i kokainę.

P a r a l d e h y d ma zapach czosnku, smak palący i drażniący. Może być zadawany tylko w odwarach śluzowych. — Dawka 5,0 pro dosi. Nie odznacza się ani działaniem nasennem, ani tem mniej przerywajacem atak dychawicy.

H y o s c i n i u m m u r i a t i c u m (izomerny z atropiną) otrzymuje się z rośliny *Hyoscyamus niger*. Środek ten działający silniej niż atropina, wymaga wielkiej ostrożności w dozowaniu. Nie odznacza się wielką skutecznością.

A m y l n i t r i t stosowany po raz pierwszy przez Brunton'a w r. 1867 przy angina pectoris — z pożądanym skutkiem. Środek ten działa paraliżująco na ścianki naczyń: parę kropel wdechniętych daje w 2—3 sekundy pulsowanie w tętnicach domózgowych (art. carotides) przyspieszone bicie serca i poczerwienienie twarzy. Sposób stosowania bardzo łatwy: 4—5 kropel (które mogłyby być przygotowane w aptekach w rurkach szklanych zalutowanych), rozlewa się na chustkę (zgniotłszy rurkę w chustce) i wdecha się.

N a t r i u m n i t r o s u m stosowany przez Hay'a w Londynie przy asthma cardiacum, dawka 2 — 3 łyżeczki od kawy 1^o/₀ — 5^o/₀ roztworu. Przy dychawicy działanie tego środka mniej jest skuteczne niż przy asthma cardiaca.

N i t r o g l i c e r y n a na którą zwrócił uwagę Murrel w r. 1878, zyskała bardzo pochlebne opinie (Leyden, Korszynski). Dawka według formuły podanej przez Martindale'a—0,6 miligr. w pastylkach czekoladowych.

Q u e b r a c h o. W r. 1881 Pentzold rekomendował ten środek specjalnie przeciwko dychawicy. Działający alkaloid *aspidospermium*, wywołuje zwolnienie ruchów serca, porażając zwoje nerwowe serca.—Według Maragliano głównie działającym alkaloidem jest quebrachinum muriaticum. Zaleca go w dawce 0,05—0,10 grm, podskórnice; przy większych dawkach występują zaburzenia ze strony żołądka. Quebracho w postaci nalewki działa niepewnie, — w każdym razie krótkotrwanie.

German Sée w ostatnich czasach (od roku) bardzo wychwala *pyridinum*.—Jest to ciało oleiste, lotne, z początku bez koloru, potem brunatnieje, z przenikającym zapachem sosu fajczanego z długo używanej fajki. Sposób użycia 5,0 — 8,0 nalewa się na talerz dla wdechania. Skutek nie świetny—

nie wynagradza przykrości używania. — Często występują po nim objawy nikotynizmu: bicie serca, mgłności, utrata przytomności.

Kokaina też nie małe oddaje usługi w leczeniu dychawicy; zapędzłowanie błony śluzowej nosa 10% roztworem kokainy przerywa napad tak dzielnie, prędko i pewnie, że strzedz trzeba pacjentów by środka tego nie nadużywali. Naturalnie mowa tu o dychawicy w zależności od zmian na błonie śluzowej nosa. Rosenberg próbował drogą początkowo bardzo kokainę zamienić tańszym mentholem, środek ten jednakże nie zyskał aprobaty u chorych ze względu na drażniące uboczne działanie, jakie wywierał.

Dzielnym środkiem przeciw dychawicy jest galwanaokautyka, stosowana na błonę śluzową nosa.

Już Voltolini i Bernard Fraenkel zwrócili uwagę na bliski związek cierpień błony śluzowej nosa z dychawicą, sądzili jednak, że związek ten jest więcej mechanicznej natury.

Hack zwrócił pierwszy uwagę na nerwową spójnię między temi dwiema chorobami. Według niego dychawica jest neurozą odruchową (Reflexneurose), wywołaną cierpieniem błony śluzowej nosa.

Autor widział szybkie, prawie natychmiastowe polepszenie po przyżeganiu błony śluzowej nosa żegadłem galwanicznym czy też chemicznem i dla tego zalicza te środki do przerywających napad dychawicy.

Co się tycze pewnego wyleczenia tą drogą — to autor pozwala sobie wątpić o tem, nigdy przynajmniej nie miał sposobności stwierdzić tego własną obserwacją.

Najwięcej nadziei przy leczeniu dychawicy pokłada autor w jodku potasu; który zadaje razem z chlorałem po 1,0 grm. 1—2 razy podczas napadu.

Kombinacja ta, zdaniem autora, nietylko pobudza działalność wydzielniczą błon śluzowych, ale jednocześnie działa ogólnie uspakajająco — z tego więc względu zasługuje na uwagę.

Co się tycze leczenia następstw napadu, to mieć na uwadze trzeba rozdęcie płuca, które może przejść w rzeczywistą stałą rozedmę (emphysema pulmonum) — i przewlekły niezbyt oskrzeli.

Jako środki działające w tym kierunku autor poleca:

Kurację klimatyczną w ciepłych południowych krajach, zasłoniętych od zimnych wiatrów.

Wziewanie ze słabego roztworu chlorku jodu, który rozpuszcza kryształy astmatyczne i pobudza wydzielinę.

W tym samym kierunku doskonale działa terpinhydrat, zalecany przez Lepine'a i Séé. — Dawka tego środka 0,5 grm. 3 razy dziennie w pigułkach.

Leczenie pneumatyczne: Autor mało zaleca

aparaty Waldenburg'a i Geigel-Meyer'a, natomiast gorąco poleca leczenie w gabinetach pneumatycznych. Zaletą tego sposobu leczenia jest: dowolne dozowanie, leżące w ręku lekarza i niezależne zupełnie od woli chorego.

Działanie gabinetu pneumatycznego jest dwojakie: mechaniczne i chemiczne. Mechaniczne polega na zwiększonym ciśnieniu powietrza na cały organizm chorego. Wyrazem tego ciśnienia jest nieprzyjemne uczucie w uchu; zależne od tego, że zwiększone ciśnienie na błonę bębenkową z zewnątrz nie ma początkowo równoważnego mu zwiększonego ciśnienia w jamie bębenkowej z tej przyczyny, że błona śluzowa trąby Eustachego prawie u każdego człowieka jest kataralnie obrzmiała i dopiero pod wpływem zwiększonego ciśnienia kanał trąbki przepuszcza powietrze. Analogija z zamkniętymi lub zwężonemi przez śluz oskrzelami bardzo widoczna.—Wpływ zwiększonego ciśnienia na krążenie, ruchy perystaltyczne i t. d. bardzo złożony.

Chemicznie wpływa pneumatyczna kuracyja — zwiększeniem ilości tlenu, wchłanianego pod wysokiem ciśnieniem. — Kuracyję pneumatyczną prowadzić trzeba przez 30 — 40 posiedzeń.

O skuteczności tej kuracyi autor odzywa się bardzo pochlebnie.—Połączyć tę kuracyję można z dłuższem zadawaniem jodku potasu w średnich dawkach.

Adam Ciągłiński.

II. Farmakologija.

31. D-r L. J. TUMASS. **O działaniu chlorku kokainy na ośrodki psychomotoryjne.** (Ueber die Wirkung des salzsauren Cocains auf die psychomotorischen Centra). *Arch. f. exp. Path. u. Path. B.* XX. H. I.

Już doświadczenia Anrepa na *z a b a c h* wykazały osłabienie czynności ośrodków nerwowych i zakończeń nerwów (szczególniej czuciowych) pod wpływem kokainy. Dawki 0,0005 — 0,0015 nie okazują działania na odruchy; 0,002 — 0,004 w niektórych wypadkach (3 na 12) wywołują wzmożenie odruchów bez następczego osłabienia tychże; w reszcie wypadków (9) po krótkotrwałem wzmożeniu następowało osłabienie odruchów. — Po dawkach 0,008 prędko występuje osłabienie odruchów bez poprzedzającego wzmożenia.

U ciepłokrwistych przy 0,005 pro kilo występuje lekki stopień otrucia, wyrażający się niepokojem, ruchliwością zwierzęcia, także szczekaniem (u psów). Przy dawkach 0,01 pro kilo objawy te występują według Anrepa w wyższym stopniu: pies nie może stać spokojnie, zaczyna tańczyć na tylnych łapach, wszystkie mięśnie są w ruchu — wogóle zwierzę robi wrażenie, jakby doznawało uczucia radości i zadowolenia. Stan taki trwa czasem kilka godzin.

Jeżeli jednak położyć zwierzęciu w okresie pobudzenia rękę na kark, to ruchy jego prędko się uspokajają—pozostaje tylko jako jedyny skutek kokainy częsty oddech i puls. — Po upływie 1-nej do 3-ch godzin nikną wszelkie ślady niepokoju.

Po dawkach dużych 0,02 pro kilo objawy pobudzenia występują bardzo prędko: pies skacze, często oddycha, błona śluzowa ust jest sucha, źrenice rozszerzone. Wkrótce jednak dolne kończyny słabną, zwierzę zaczyna się chwiać, występują silne wahadłowe ruchy głowy, następnie skurcze pozostałych mięśni ciała. Zwierzę traci równowagę, pada, podnosi się z wzrastającym wciąż wysileniem, dopóki ostatecznie nie upadnie; przytomność czasowo jest zachowana, na wołanie pies odpowiada smutnym wzrokiem. Po upływie 20—30 minut zjawiają się przeciągłe atakcyjne ruchy tylnych kończyn, przechodzące w bardzo silne kurcze i następuje wreszcie utrata przytomności. Ruchy wahadłowe głowy wzmagają się. Stan taki trwa dłużej niż godzinę. Zwolna występują pauzy między kurczami, z początku krótkie, potem coraz dłuższe — po 3—4 godzinach zwierzę jako tako przychodzi do siebie, lecz na długi jeszcze czas pozostaje senność, znużenie, brak apetytu i obojętność dla otoczenia.

Na zasadzie tych wyników przychodzi Anrep do wniosku, że kokaina działa głównie na systemat nerwowy, a u ciepłokrwistych np. u psów, działa także i na sferę psychiczną pobudzająco.

Początkowo całe zachowanie zwierzęcia wyraża przerażenie i pognębienie, jakby znajdowało się ono pod wpływem halucynacyj wzroku i słuchu: nie poznaje swego otoczenia; wkrótce zmienia się obraz: prędkie ruchy i skoki następują po spokoju, zmienia się i nastrój ducha. Pies staje się wesołym, pieszczotliwym; w tym okresie nietylko funkcje psychiczne, ale i odruchy są wzmoczone.

Oprócz tego przyspieszone tętno i oddech, ruchy wahadłowe głowy, stale nierównomierne skurcze mięśniowe i t. d. wskazują, że i inne ośrodki nerwowe są pobudzone — mianowicie *corpus quadrigeminum*, *cerebellum*, *medulla oblongata et spinalis*. — Po tym okresie pobudzenia następuje okres pognębienia, brak odruchów.

Wszystko to każe wnioskować, że kokaina działa u ciepłokrwistych w pierwszej linii na ośrodki nerwowe pobudzająco, przyczem stan pobudzenia najwyraźniej objawia się w sferze psychomotoryjnej. Niedługo jednak działalność w szychkich centrów nerwowych słabie.

W przytoczonych powyżej doświadczeniach nie uwzględniano wcale pytania, na jaką mianowicie część systematu nerwowego działa kokaina.

Danini zjawiające się skurcze stawia w zależności od pobudzenia *medullae oblongatae*, po przecięciu bowiem rdzenia

między os occipitale i pierwszym kręgiem kuczki więcej nie występowały.

Anrep, sprawdzając to, wykrył, że po przecięciu rdzenia między 6-ym i 7-ym kręgiem kuczki tylnych kończyn znikają, odruchy przeciwnie są silnie wzmożone. Ztąd Anrep wyprowadza wniosek, że kokaina działa pobudzająco na odruchową działalność rdzenia. Autor streszczonej pracy postawił sobie za zadanie zbadać działanie kokainy na sferę psychomotoryjną.

Praca ta rozpada się na 2 oddziały: w pierwszym autor badał działanie kokainy, stosowanej bezpośrednio na ośrodki psychomotoryjne, w drugiej części pracy zastrzykiwał roztwór kokainy do naczyń krwionośnych. Oprócz tego badał działanie środka na nerwy, przy bezpośrednim ich pędzlowaniu.

Większa część doświadczeń w celach farmakologicznych nad działaniem rozmaitych środków leczniczych (Aether, Morphium, Chloroformium, Amylnitrit, Atropinum, Kali bromatum, Chininum bromatum) była prowadzona w ten sposób, że badany środek wprowadzano do organizmu i w pewien czas po zadaniu badano skutek. Sposób ten zupełnie wystarczający do określenia działania danego środka na organizm wogóle okazuje się niedostatecznym przy określaniu działania tego środka na określoną, izolowaną część układu nerwowego. Między dwiema krańcowymi stacyjami: substancją korową mózgu i mięśniem, są jeszcze stacje pośrednie—włókna nerwowe, komórki bądź to w samym mózgowiu (encephalon), bądź to w rdzeniu. Ztąd też zmiana w ostatecznym przejawie działalności kory mózgowej—w skurczu mięśnia zależeć może od zmiany w którejkolwiek z wymienionych tkanek.

Jak łatwo przy podobnym sposobie doświadczeń o fałszywe rezultaty, najlepiej przekonać nas może przykład, zbyt rażąco może, niemniej przeto pouczający.

Przypuśćmy na chwilę, że działanie curare nie jest nam znane (porażenie nerwów ruchowych). Jeżeli badać będziemy wpływ curare na sferę psychomotoryjną i po podrażnieniu substancji korowej mózgu skurczu mięśnia nie otrzymamy—wyprowadzić możemy ztąd najzupełniej fałszywy wniosek, że porażoną jest sfera psychomotoryjna, gdy tymczasem cała przyczyna braku skurczów leży w porażeniu pęczków nerwowych r u c h u.

By uniknąć podobnych fałszywych wniosków, pójść możemy dwiema drogami—albo przekonać się, że cała droga łącząca substancję korową mózgu z mięśniem jest zupełnie wolną, to jest przekonać się o zmianach w substancji szarej drogą wykluczenia innych możliwych zmian—albo też stosować badany środek wprost na tę część systematu nerwowego, którą badać pragniemy.

Pierwszej drogi trzymali się Bubnoff i Heidenhein—przekonali się mianowicie, że w pewien czas po zatruciu morfiną lub chloralem substancja szara nie reaguje nawet pod wpły-

wem silnych prądów, gdy tymczasem podrażnienie białej substancji zawsze objawiało się skurczem mięśniowym.

Tak samo Rosenbach w swej pracy o antiepileptycznym działaniu bromku potasu znalazł, że działa on deprymująco na szarą substancję mózgu, mianowicie gdy po zadaniu bromku potasu nie mógł wywołaćżądanego efektu drażnieniem szarej substancji, takowy otrzymał pobudzając białą substancję mózgu.—Z drugiej strony, wywołany epileptyczny napad drogą podrażnienia substancji korowej można było przerwać, oddalwszy za pomocą ostrego noża podrażnione części kory mózgowej.—Nie uciekając się do tak złożonego sposobu badania, można wprost działając miejscowo danym środkiem na ośrodki psychomotoryjne, otrzymane wyniki odnieść bez wahania do zmian w tychże ośrodkach nerwowych. Tę ostatnią metodę wybrał autor.

Znalazłszy ośrodki ruchowe zawiadujące ruchami mięśni wyprostnych przednich łap zwierzęcia (psów), przystępował do określenia siły prądu wymaganej dla minimalnego skurczu mięśnia — przytem określał siłę prądu, przy której pokazywał się jeszcze skurcz, jak również i tę, przy której skurcz wcale więcej nie występował. Do pobudzenia używał autor jednego elementu Grené i aparatu sankowego Du-Bois-Reymonda.

Po całym szeregu określeń (4—5 razy) przy którym otrzymano jednakowe cyfry, wyrażające siłę prądu, ośrodki nerwowe pędzlowano roztworem kokainy za pomocą pędzelka, który pozostawał na dura mater około 40 — 60 sekund. Po upływie 4—6 minut przystępowano do drażnienia kory mózgowej za pomocą prądu; to samo powtarzano po upływie 5-ciu minut. — Okres działania trwał rozmaity przeciąg czasu i wyrażał się więcej lub mniej trwałymi zjawiskami, które znikaly jednak po ukończeniu doświadczenia. — Najsilniejszy z roztworów kokainy, stosowany przy doświadczeniach był — 4% — najslabszy 0,005%.

Na zasadzie swoich doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Kokaina stosowana miejscowo na ośrodki psychomotoryjne nawet w bardzo słabym roztworze (0,005%) obniża pobudliwość tychże.

2) Nawet po upływie zaledwie jednej, dwóch minut po zapędzlowaniu ośrodków nerwowych nie można wykazać podniesionej pobudliwości subst. korowej mózgu.

3) Efekt powtórnego zapędzlowania kokainą kory mózgowej jest słabszy i krótszy niż pierwszego. — Czy zależy to od tego, że razem z osłabieniem pobudliwości słabnie jednocześnie i wrażliwość dla działającego środka?—Autor odpowiedzieć nie umie.

4) Kokaina silniej działa, niż analogicznie stosowany chlorek morfiny.

Po zapędzlowaniu substancji korowej mózgu roztworem

kokainy 4% autor najsilniejszym nawet prądem jaki mógł otrzymać przy tych doświadczeniach (jeden element Grené) nie był w stanie wywołać charakterystycznego napadu padaczkowego. Jeżeli jednak zamiast zwykłych elektrodów stosował ostro zakończone, które mógł na głębokość 1½ — 2 mm. w tkankę mózgu pograć, natenczas ataki epileptyczne bezzwłocznie występowały. Takież sam skutek następował przy bezpośrednim drażnieniu białej substancji mózgu—po oddzieleniu drogą operacyjną korowej substancji.

Doświadczenia te miały na celu wykazać, że rzeczywiście przy stosowaniu miejscowem roztworów kokainy na istotę korową mózgu, zmianom podlegała też mianowicie korowa substancja.

Przy pędzlowaniu nerwów, po upływie 1—2 minut można wywołać zupełne znieczulenie tak, że przecięcie nerwu biodrowego staje się zupełnie bezbolesnem. Znieczulenie ogranicza się tylko do miejsca zapędzlowanego; drażnienie nerwu w kierunku odśrodkowym było bolesne. Przy krótkotrwałem pędzlowaniu n. kulszowego otrzymywano znieczulenie powierzchownie leżących włókien nerwowych; po dłuższem pędzlowaniu zupełną anaestezję nerwu.

Od czego zależy działanie kokainy? Przypuszczano, że od wywoływanej przez nią bezkrwistości i ztąd upośledzonego odżywiania wrażliwej na to tkanki nerwowej. Autor nie spostrzegął stałych zmian w świetle naczyń; raz przedstawiały mu się one nieco rozszerzonymi, drugi raz — niezmiennymi. Zresztą trudno nawet wyobrazić sobie tak ściśle ograniczoną do miejsca zapędzlowania tylko bezkrwistość. Prawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że kokaina działa bezpośrednio na tkankę nerwową, wywołując w niej molekularne zmiany, niedostępne dotąd nawet dla uzbrojonego oka.

Przy doświadczeniach ze wstrzykiwaniem kokainy do żył sztywnych zwierzęcia (w ilości 0,002—0,003 pro kilo) występowały skurcze wszystkich grup mięśniowych napadami; w przerwach między niemi można było wykazać zniżenie pobudliwości ośrodków psychomotoryjnych.

Jak wytłomaczyć sobie te napozór sprzeczne fakta? Zdaniem autora tylko tem, że kokaina działa pobudzająco na inne ośrodki mózgowe, jak to już Danini i Anrep przypuszczali — mianowicie na rdzeń przedłużony.

Adam Ciągłiński.

32. D-r LENHARTZ Hermann. **Otrucie chloranem potasu.** (Beitrag zur Kenntniss der Vergiftung durch chloreskali). *Deut. Med. Woch.* N. 1. 1887.

Marschand pierwszy w 1879 r. zwrócił uwagę na możliwość smutnego następstwa wewnętrznego używania chloranu potasu. Według niego chloran potasu wprowadzony do organizmu, działa na krew, zamieniając oksyhemoglobinę w metahemoglobinę.

Skutkiem takiego rozkładu krwi występuje **żółta czka**

(icterus haematogeneus), sinica, obrzmienie śledziony; główną jednak zmianą znajduwaną przy oględzinach pośmiertnych jest zatkanie kanalików prostych nerek silnie zmienioną hemoglobiiną. — Naturalnie że zmiany te do wyraźnego wytworzenia się wymagają czasu. Jeżeli, co się dość często zdarza, śmierć następuje wkrótce po zatruciu—to oprócz ciemno-brunatnego koloru krwi, innych zmian wykryć się nie daje.

Zupełnie inaczej zapatruje się na działanie chloranu potasu Stokvis.—Zdaniem jego chloran potasu działa jako stężony roztwór soli, wywołując objawy gastro-duodeniidisy — następstwem czego jest żółtaczka (icterus hepatogeneus, a jako wynik tej ostatniej, obrzmienie śledziony. Wreszcie wydzielanie obfite soli przez nerki może wywołać ostre toksyczne zapalenie tego narządu.

Rozkładającego działania chloranu potasu na krew Stokvis nie przyznaje. Wykrytą metahemoglobinę w moczu uważa jako skutek działania chloranu potasu wydzielonego przez nerki na mocz; zawierający znaczną domieszkę krwi.—Nawet obecności metahemoglobiny we krwi wziętej z żyjącego człowieka nie uważa Stokvis za przekonujący dowód istnienia jej w żywej krwi, gdyż badana krew jako wydzielona z organizmu, mogła uleść już zmianom samoistnym.

W drugiej swej pracy Marchand broni swej teorii, zbijając punkt po punkcie dowodzenia Stokvis'a. Mianowicie—głównego objawu zatrucia, od którego Stokvis wyprowadza wszystkie inne—zapalenie żołądka i dwunastnicy może brakować, a i autopsya go nie wykaże u zwierząt, którym chloran potasu wprowadzonym był pod skórę — gdy tymczasem wszystkie inne objawy będą istniały.

Wykrycie metahemoglobiny w moczu i we krwi żyjącego zwierzęcia uważa Marchand za dowód dostatecznie przekonujący, że rzeczywiście ciało to znajduje się u otrutych zwierząt we krwi przy życiu. — Żółtaczkę objaśnia temi mianowicie zmianami we krwi. Obrzmienie śledziony nie może, jak tego chce Stokvis, zależeć od żółtaczki, choćby dla tego, że występuje pierwiej niż ona.

Autor bardzo szczegółowo spostrzegał jeden wypadek przypadkowego zatrucia chloranem potasu, zakończony śmiercią i autopsją. Na zasadzie klinicznego przebiegu choroby, jak również na zasadzie danych otrzymanych przy badaniu pośmiertnym o r g a n ó w, L. stanowczo się przechyla na stronę Marchand'a. Zmiany we krwi istniały w jego przypadku już pierwszych dni po zatruciu — na co wskazuje: żółtaczka, sinica — która na skórze uszów, nosa, warg i języka przechodziła w ciemno-błękitny kolor. Żyły przepęnlone na stronie grzbietowej dłoni i stopy, przedstawiały się w postaci czarno-błękitnych pasów.

O toksycznym zapaleniu żołądka i dwunastnicy i następczem zatrzymaniu wydzielania żółci mowy być nie mogło, ze

względu, że kał ciągle był silnie żółcią zabarwiony. Ostrego zapalenia nerek w przeciągu pierwszych pięciu dni nie było — brakowało bowiem walczków szklistych i czerwonych ciałek krwi (przy kolorze odpowiadającym znacznej ilości krwi), chociaż można było wykazać białko. Ilość moczu była bardzo skąpa (1½ łyżeczki od kawy) — ciemno-brązowa barwa jego miała zielony odcień i zielonawą pianę. — W osadzie białe ciałka krwi, nabłonkowate komórki z kieliszków nerkowych i walczkowate twory, złożone z silnie błyszczących jąder. — Dopiero piątego dnia pojawiły się w osadzie czerwone ciałka krwi.

Drobnowidzowe badania nerek wyjaśniły sprawę: główną zmianą było zapchanie kanalików prostych walczkowatymi tworami, złożonemi z silnie błyszczących jąder wielkości czerwonych ciałek krwi, ułożonych jedno na drugim. Kanaliki kręte substancji korowej były znacznie wolniejsze. W tkance śródmiąższowej w miejscach odpowiadających silnie zapchanym kanalikom nerkowym można było po zabarwieniu preparatów gentiana violetem wykryć mnożenie się jąder w tychże miejscach i nabłonek kanalików uległ zmianom. Mieliśmy zatem w tym wypadku do czynienia z zatkaniem kanalików moczowych rozpadającymi się ciałkami krwi — ztąd zatrzymanie moczu. Zapalenie nerek rozwinęło się tylko następnie.

Śmierć nastąpiła nie wskutek zmian we krwi, gdyż te pod koniec choroby zaczynały się znakomicie wyrównywać, lecz z przyczyny zatkania kanalików moczowych — przed śmiercią nastąpiło zupełne zatrzymanie moczu.

Co się tyczy leczenia podobnych zatruc, to autor nie zgadza się z proponowanymi środkami — mianowicie *przelewaniami krwi*.

Przelewanie krwi nie może usunąć przeszkody istniejącej w nerkach. Racyjniej, zdaniem autora, uciekać się w takich razach do upustu krwi — gdyż tylko tym sposobem możemy wyprowadzić z organizmu pewną część rozpadłych ciałek krwi — respective zmniejszyć przeszkodę istniejącą w nerkach.

Adam Ciągłiński.

33. D-r MERING. **Chloran potasu (kali chloricum), jego działanie fizjologiczne, trujące i lecznicze.** (*Wiener Med. Presse* N-r 51. 1886).

Opisane w literaturze wypadki otrucia chloranem potasu pozwalają skreślić charakterystyczny obraz intoksykacji. Należy rozróżnić przebieg ostry i szybki od mniej szybkiego przebiegu.

W wypadkach bardzo ostrych następuje śmierć już w kilka godzin po otruciu skutkiem rozkładu krwi. Jako objawy występują wtedy uporeczywe wymioty, duszność silna (dyspnoe), sinica i osłabienie czynności serca.

Sekcja wykazuje czekoladowe zabarwienie krwi, podczas gdy inne organy, szczególnie nerki stosunkowo mało są zmienio-

ne.—Objawy te odnoszą się najbardziej do wypadków otrucia wielkimi dawkami chloranu potasu, jednorazowo zażytemi (najczęściej na czczo zamiast gorzkiej soli).

Jeżeli po otruciu chloranem potasu śmierć po dłuższym czasie następuje, wtedy niebezpośrednio rozkład krwi, lecz produkty rozkładu krążące w różnych organach, a szczególnie w nerkach, są jej przyczyną. Zatykając bowiem kanaliki nerkowe, utrudniają wydzielenie moczu i powodują mocznicę.

W tym mniej szybkim (podoстрыm) przebiegu otrucia spostrzegamy następujące objawy:

I. Zmiany na skórze i we krwi:

Skóra zabarwiona jak przy żółtaczce, przedstawia plamy szaro-fioletowego koloru.

Obecność metahemoglobiny we krwi i szczególne zmiany krążków czerwonych.

II. Zaburzenia żołądka i kiszek:

Silna biegunka, uporczywe ciemno-zielone wymiociny, — obrzmienie wątroby i śledziony.

III. Przeszkody i zmiany w czynnościach nerek.

Wydzielanie małej ilości moczu barwy czerwono-brunatnej lub czarnej.—W spektroskopie mocz wykazuje metahemoglobinę i hematinę, oraz znaczne ilości białka.—Pod mikroskopem znajdują się masa zmiażdżonych ciałek czerwonych krwi.

IV. Zaburzenia w układzie nerwowym:

Objawy mocznicy: jak majaczenie, brak przytomności śpiączka, uporczywe wymioty, drgawki, oraz zeszywnienie kończyn. Chory skarży się na ból głowy, brak apetytu, ból żołądka, szczególnie przy ucisku, ból w okolicy wątroby i lędźwiów, ściskanie w piersiach i znaczne osłabienie.

Sekcja często przedstawia charakterystyczne czekoladowe zabarwienie krwi i obecność metahemoglobiny.—Czasami krew nie jest zmieniona, szczególnie gdy śmierć po dłuższym czasie po zatruciu nastąpiła, lub sekcja w kilka dni po śmierci wykonaną została.

Trzewy brzuszne: śledziona, wątroba i nerki są znacznie powiększone i wypełnione brunatnymi rozkładowymi częściami ciałek czerwonych krwi. Najważniejsze zmiany organiczne przedstawiają nerki. Tak w kanalikach moczowych prostych, jak i witych znajdują się znaczne masy cylindryczne i nieregularne, zamykające zupełnie światło.—Szpik kostny brunatno zabarwiony, zawiera wiele ciałek krwi w stanie rozpadu.—Błona śluzowa żołądka obrzmiała wykazuje lekkie wynaczynienie.

Choć w wielu przypadkach otrucia chloranem potasu w których wystąpiło żółto-brunatne zabarwienie skóry, wydzielenie małej ilości moczu czerwono-brunatnego kończyło się śmiercią, jednakże literatura przedstawia kilka wypadków zupełnego wyleczenia (pomimo tych groźnych objawów). Otrucie

chroniczne jest niemożliwe, ponieważ małe ilości chloranu potasu we krwi, choćby dłuższy czas zostające, są nieszkodliwe.

Jeżeli organizm przez czas dłuższy małe dawki chloranu potasu przyjmuje, to pewna mała część rozkłada się, a reszta soli tej w miarę przejścia do obiegu krwi zostaje jednocześnie drogą nerek wydzieloną, tak że nie nagromadza się we krwi w ilości mogącej zamienić hemoglobinę na metahemoglobinę.

Przy stosowaniu chloranu potasu jest rzeczą bardzo ważną, kiedy i jak środek ten użytym zostaje. Na czczo w krótkich pauzach i większej ilości, przechodzi on szybko do obiegu krwi i rozkład barwnika krwi wywołuje. Tłomaczy to niektóre dotąd niewyjaśnione wypadki śmierci, mianowicie te, gdzie chloran potasu z rana na czczo zamiast gorzkiej soli przez pomyłkę zażyto.

Szczególnie niebezpiecznym jest stosowanie chloranu potasu w chorobach gorączkowych i połączonych z utrudnionem oddychaniem (emphysema, pneumonia, pleuritis, dyphteritis, croup, laryngostenosis, w niewyrównanych wadach serca). Podczas gorączki bowiem zmniejsza się jak wiadomo alkalescencyja krwi, a przy utrudnionem oddychaniu ilość kwasu węglowego się powiększa, a alkalescencyja zmniejsza. Te warunki w wysokim stopniu ułatwiają szkodliwe działanie chloranu potasu.

W świeżych przypadkach otrucia, w których chloran potasu użytym został w większej ilości, wskazane są środki wymiotne i wymycie żołądka. Jeżeli zaś sól trująca przeszła do krwi, to należy podać większe dawki węglanu sodu wewnątrznie, także podskórnie i per clysmą, aby powiększyć alkalescencyę krwi. Zadawać mleko i wodę obficie, aby drogą nerek wydzielanie soli trującej przyspieszyć. Przy niebezpiecznych objawach: sinicy i zapaści (collapsus): excitantia i roborantia: wino, kawę, kamforę i t. d.

Ostatecznie wskazaną będzie i wenesekcyja, z następczą transfuzją. Jeżeli zaś czynność nerek jest już upośledzoną i występują objawy mocznicy, świadczące o zatkaniu kanalików nerkowych, wtedy i o transfuzji myśleć nie można. Należy w tym okresie ułatwić czynność upośledzonym nerkom gorącymi kąpielami z zawijaniem w koce (Einwickelungen), pilokarpiną, środkami moczopędnymi (coffeina i wielkie dawki soli alkalicznych), purgantia.

Wino szampańskie jest przeciwwskazaniem w wypadkach otrucia chloranem potasu w tym okresie, kiedy przejście tej soli do obiegu krwi jest jeszcze możliwe; wtedy bowiem unikać należy wszelkich środków mogących ilość kwasu węglanu we krwi powiększyć. Zadawanie kwasów: solnego, siarczanego i fosforowego jest szkodliwe, przez te środki bowiem alkalescencyja krwi zostaje obniżoną.

Omawiając poszczególne wskazania dla chloranu potasu w rozmaitych chorobach, autor uważa jego wpływ przy dyfteryi za wątpliwy, znakomite zato usługi przypisuje mu przy ożeniu (miejscowo).

Dawki na wewnątrz tylko do 2 gramm, lecz nie więcej jak do 8 gr. dziennie u dorosłych. U dzieci od 10-u do 14-tu lat tylko 4-ry gr. dziennie; od 1-go do 10-ciu lat, tylko 2 lub 3 gr. dziennie. U osesków nie więcej jak 1 gr. dziennie. — Miejscowo przy cierpieniach gardzieli i jamy ustnej oraz przy ożeniu 5% rozczyń jest wystarczający, zadawania na zewnątrz można zaniechać.

Dr. St. Prager (Marienbad).

III. Gynekologija.

34. Z sekcji gynecologicznej 59-go Zjazdu lekar- skiego, odbytego w r. 1886 w Berlinie.

Z wygłoszonych 26-ciu odczytów, podajemy w krótkości najciekawsze, podług 2-go zeszytu 29-go tomu Archiv f. Gynaekologie.

1. Bockelmann (z Berlina): Antyseptyka w położnictwie. Mówca zwraca uwagę na przepisy antyseptyczne, obowiązujące w klinice berlińskiej. Coraz bardziej kładą tam nacisk na dezynfekcję lekarza, podczas gdy dezynfekowanie rodzącej jest ograniczonem. Ręce oczyszczają akuszerzy 1:1000 rozczyńem sublimatu, instrumenty 3 — 5 na 100 rozczyńem kwasu karbolowego. Pochwę przestrzykują tylko raz jeden, przed samym porodem, rozczyńem sublimatu, a także przed mającą się wykonać operacją. Po porodzie robią przestrzykiwanie pochwy i maciczne tylko w niektórych wypadkach, przy specjalnych wskazaniach po temu, również i w okresie połogowym nie zawsze robią przestrzykiwania, a stosowano je tylko przy odpowiednich wskazaniach. Zatrucie sublimatem nie spostrzégano w Berlinie od czasu używania słabych rozczyńów.

W dyskusyi zgadza się Meermann ze zdaniem mówcy, a Shatz i Korn oponują mu i zalecają gruntowne dezynfekowanie pochwy przed porodem, gdyż nie uważają rodzącej za aseptyczną jak Bockelmann przypuszcza. Lecz i oni przemawiają za zaniechaniem zbyt znacznej działalności w okresie połogowym i radzą przepłókiwać tylko pochwę w razie rozkładu odchodów połogowych.

2. Schultze (z Jeny): Wycięcie ciała macicy z pomocą laparatomii z powodu zatrzymania się łożyska i połogowego zakażenia. 21-letnia kobieta urodziła dziecicę w 7-ym miesiącu ciąży dnia 7-go Września, a z powodu wazkiej szyi macicznej nie można było przez pochwę dojść do łożyska. Macica w dniu swem była podzieloną. Ciepłota wynosiła 40° C. i pokazały się objawy zakażenia, skutkiem czego w dwa tygodnie po porodzie (21 Września) wykonano nadpochwową amputację macicy i osiągnięto zupełne wyzdrowienie kobiety.

Na zasadzie tego spostrzeżenia poleca mówca tę operację, która w ostateczności przy tego rodzaju wskazaniach, może jeszcze uratować życie niejednej położnicy, cierpiącej na zakażenie połogowe.

3. C o h n (z Berlina): O p h t a l m o b l e n o r r h a e a n o w o r o d k ó w. Mówca porównywał sposoby Crede'go (wpuszczanie kropli roztworu saletrzanu srebra, sublimatu i t. p. do oczu noworodków) z rezultatami, otrzymywanymi przy zastosowaniu energicznej antyseptyki podczas porodu i ostrożnego wycierania powiek czystym płótnem—i przekonał się, że ostatni sposób wystarcza, czyli że proponowane obowiązkowe stosowanie sposobu Crede'go jest zbędnym.

Odczytowi Cohna silnie oponowali Gusserow, Schatz i Korn, którzy oddają pierwszeństwo sposobowi Crede'go, albowiem przy tym sposobie nigdy nie spostrzegali ropnego zakaźnego zapalenia łącznie, a przy zwyczajnej czystości—zdarzały się często wypadki tej choroby.

4. W y d e r (z Berlina): L e c z e n i e p r z o d u j ą c e g o ł o ż y s k a (placenta praevia). Najlepszym sposobem postępowania dla praktycznego lekarza w tym wypadku wykonać skombinowany obrót płodu. Oto złe następstwa zwykle używanego dotychczas sposobu, polegającego na tamponowaniu aż do chwili dostatecznego otwarcia ust macicznych, obrocie, ekstrakcy i wydaleniu łożyska: 1) Krwotok nie ustaje w zupełności, przeto tamponowanie trzeba powtarzać. 2) Grozi możebność zakażenia kobiety. 3) Zdarzają się rozdarcia dolnego odcinka macicy z następczym niebezpiecznym krwotokiem. 4) Łożysko niejednokrotnie trzeba ręką odklejać i wydobywać. 5) Wiele czasu traci się.

Przy skombinowanym obrocie wszystkie te złe strony znacznie tracą na znaczeniu, a po operacyi pozostawia się poród siłom przyrody.—Operacyje skombinowanego obrotu, przy wprowadzeniu całej ręki do pochwy, a jednego lub kilku palcy do szyi macicznej nie jest trudną; przy placenta praevia totalis przedziurawia się odnośnie łożysko palcem i wykonywa obrót. Większa śmiertelność dzieci po tej operacyi, niż po zwykłym sposobie, jest faktem wprawdzie, lecz znakomicie równoważy się mniejszą śmiertelnością kobiet

Śmiertelność matek, leczonych dawnym sposobem wynosi 30—40%.

Przy kombinowanym obrocie 7,2%.

Śmiertelność dzieci przy dawnym sposobie 50—75%.

Przy nowym 65%.

Statystyka ta została opartą na 101 wypadkach z kliniki Schroedera i 88 z kliniki Gusserowa.

Wolberg.

35. STEDMANN Thomas L. **Czy wrażenia ciężarnej mają wpływ na wrodzone zniekształcenia płodu.** (The influence of maternal impressions in the etiology of congenital

deformities). Czytane na posiedzeniu ortopedycznej sekcji New-Jorkskiej akademii lekarskiej, d. 17 Grudnia 1886.—*The Medical Record*. 1887. N. 1.

Kwetyja, o której autor rozprawia, należy do tych, które wprawdzie jako pewniki, zaprzętały umysł starych kobiet, lecz przez świat lekarski uważane są za przesady, niegodne nawet poważnego roztrząsania. Już jako student filadelfijskiej szkoły lekarskiej w r. 1874, Stedemann, uczeń prof. Wallace'a miał sposobność spostrzeżenia bardzo ciekawego wypadku, który zwrócił jego uwagę na niniejszą kwetyję.

Do kliniki przybyła kobieta w ostatnich miesiącach ciąży, która na dwa dni przed porodem silnie poparzoną została gorącą wodą przy odstawianiu kotła z ogniska. Urodziła ona nieżywe donoszone dziecko, które na ramionach i innych częściach ciała było pokryte szczególnymi sinawemi plamkami, umieszczonemi podskórnice, podczas gdy powierzchnia skóry była prawidłową. D-r Wallace, który szczegółowo badał matkę, zapewniał autora i innych słuchaczy, że plamki na ciele nowonarodzonego zupełnie odpowiadały co do kształtu i położenia swego oparzeliznom matki. To spostrzeżenie było punktem wyjścia dla dalszych studyjów w tym kierunku. — W niniejszem przeto zamierza autor podać czytelnikom fakty, bądź z literatury, bądź z własnej obserwacji, które jako zupełnie dowiedzione, godne są zwrócić na siebie uwagę ludzi nauki i podać tę ciekawą sprawę naukowemu badaniu.

Wprawdzie w przytoczonym przykładzie nie mamy o wpływie moralnym na umysł ciężarnej, lecz skoro w ciągu tak krótkiego czasu bodziec fizyczny (oparzenie) mógł z taką dokładnością odbić się na ciele płodu, to czemuż nie przypuścić, że wpływy, normalnie działające przez całe miesiące na kobietę, nie mogą wywołać takich samych skutków. Wszak wiemy, że hysteryja, hypnotyzm, poddawanie myślą, zajmuje obecnie poważne miejsce, jako bodźce działające nie tylko na sprawę umysłowo-nerwową, lecz też na somatyczną—jako środki lecznicze; a skoro widzimy, że nietylko choroby matki, lecz też jej kształty, znamiona, usposobienie i szczególne przyzwyczajenia—przechodzą na jej dzieci, to czyż tak nierozsądnem będzie a priori przypuszczać, że i moralne wpływy działające na nią — wywrą pewne działanie na płód, rozwijający się w jej łonie?

Zapewne, kilka lub kilkanaście wypadków tego rodzaju możnaby uważać jedynie za przypadek ciekawy, lecz nie dowodzący niczego, skoro jednak ilość ich wzrasta do setek i więcej, to trzeba zapytać, czy są one rezultatem tylko przypadku, czy też wynikiem pewnego przyczynowego prawa. Każdy z lekarzy z kilkoletniem doświadczeniem spostrzegł zapewne podobne wypadki, które jako curiose z praktyki lekarskiej, są tematem do opowiadań w kółku kolegów, lecz nie bywają podawane do druku, jednakże już autor sam, przeglądając odnośną literaturę, znalazł ze dwieście podobnych wypadków, nie podlegających zaprzeczeniu, z których kilka w krótkości podaje. — Są one tak ciekawe, że powtórzymy je za autorem:

Pewna pani z kilkomiesięcznym swem dzieckiem przybyła do autora dla porady. Dziecko to, zupełnie zdrowe i dobrze zbudowane, miało po lewej stronie talipes equinovarus. Matka opowiada, że gdy była w pierwszych miesiącach ciąży, przyniesiono do domu męża jej ze złamaną w kostce nogą; a gdy rozcięto jego obuwie i skarpetkę, zauważyła wtedy, że stopa była skreślona ku wewnątrz, co ją tak okropnie przeraziło, iż całe miesiące myślała o tem, mając ciągle w myśli obraz wykręconej nogi małżonka.

W *British Medical Journal* (29 Maja 1886) opisuje D-r Crichmay następujący wypadek: Pewien mężczyzna przybył doń na poradę. Prawa dłoń była odcięta nożem sieczkarni, pozostał jedynie kawałek palucha. Pewna kobieta w drugim miesiącu ciąży będąca, słyszała nazajutrz o tym wypadku, który ją bardzo zasmucił, a gdy po siedmiu miesiącach urodziła chłopca, to z przerażeniem przekonała się, że ten był pozbawiony prawej dłoni, a na kikucie był tylko szczątek wielkiego palca.

W tymże dzienniku (dnia 1 Września 1877) znajdujemy opis przez D-ra Aug. Hessa, o pewnej damie, która ciągle żyła w obawie, że małżonek jej, człowiek silnej woli, spełni swą groźbę i odetnie paluch u lewej ręki, aby uwolnić się tym sposobem od powinności wojskowej. W trakcie gdy myśl ta ją trapiła, zaszła ona w ciążę i w oznaczonym czasie urodziła dobrze zbudowane i zdrowe dziecko, któremu brakowało palucha u lewej dłoni.

W wielu rodzinach widzimy rozmaite zniekształcenia, które dotychczas przypisywano wpływowi dziedzicznemu. Być może, powiada autor, że one są tylko rezultatem moralnych wpływów, ciągle działających na umysł ciężarnych kobiet, należących do rodziny. Możliwy temu zarzucić fakt, że podobne „dziedziczne zniekształcenia” spostrzegane bywają także u zwierząt. Lecz czemuż, odpowiada autor na ten zarzut, mamy odrzucać możebność wpływów moralnych u zwierząt. Czyż nie wiemy, że stado kaczek doskonale rozpoznaje obcego przybysza z rodu kaczek pomiędzy sobą, czyż wzrok i powonienie zwierząt nie są w wielu gatunkach znacznie lepsze od ludzkich, a to samo czyż nie tyczy się pamięci niektórych zwierząt? Fakty zdają się potwierdzić te przypuszczenia; oto D-r Gray, kurator *British Museum* przedstawił na posiedzeniu londyńskiego Tow. zoologicznego dnia 24 Lutego 1864 r., ciało kureczęcia, którego dziób i nogi zupełnie podobne były do papuzich. Podobne potworki często wylegały się w kurnikach ofiarodawcy, który objaśniał je przestraczem, często wywoływanym u kokoszy; w tem samem bowiem podwórzu wisiała klatka z papugą, która gwałtownym krzykiem odpędzała kokosze zbliżające się do jej klatki.

Guérin przedstawił w akademii lekarskiej troje dzieci jednej kobiety, z których każde miało wskaziciela u obu rąk pod kątem prostym w drugiej falandze skrzywione. Matka owej niewiasty, czyli babka dzieci, posiadała te same zniekształcenia,

a matka tych dzieci w każdej ciąży drżała na myśl, że płód jej urodzi się z takimiż zmianami.

De Saint-Germain, aczkolwiek przeciwnik niniejszej teorii, podaje w swej Chirurgii ortopedycznej następujący ciekawy wypadek: Pewna kobieta ciężarna (w Hôpital Cochin) utrzymywała wciąż, że urodzi wiewiórkę, albowiem przechodząc obok sklepu ze zwierzętami przestraszona została przez wiewiórkę, która wybiegła ze sklepu i wskoczyła jej na ramię. Kobieta była wtedy w końcu 4-go miesiąca ciąży — i rzeczywiście urodziła dziecko, na grzbiecie którego wyrastały długie czerwone włosy, zupełnie podobne do grzbietowych włosów wiewiórki. Po jakimś czasie wszystkie te włosy powypadały.

Znamiona tak często spotykane na ciałkach noworodków nie zawsze przemawiają na korzyść wpływów moralnych, spsstrzegano jednak ciekawe wypadki i pod tym względem, tak np. Bailey (Medical and Surgical Reporter dnia 31 Maja 1873 r.) podaje, że pewna dama, cierpiąca na silną neuralgię, z polecenia lekarzy nalepiła wezykatoryję na udo, a gdy urodziła dziecko, to na udzie jego w tem samym miejscu widziano plamę ciemną tej samej wielkości i kształtu, co postawiona wezykatoryja. Dziecię żyło 30 dni, a przez cały ten czas plama była widoczną.

Davain i Fischer, którzy zajmowali się tą kwestyją, są jej przeciwnikami, a to na zasadzie negatywnych spostrzeżeń. — W wielu wypadkach (2000) wypytywali oni ciężarne, czy nie obawiają się urodzić dziecięcia z jakim zniekształtnieniem lub znamieniem, a odpowiedzi i obawy matek nigdy nie odpowiadały spostrzeganym następnie rezultatom u noworodków. Lecz czyż, powiada autor, negatywne spostrzeżenia są wstanie obalić 200 potwierdzających spostrzeżeń?

Inny zarzut postawili niemieccy badacze; utrzymywali bowiem, że każde zniekształtnienie, jako rezultat emtryologicznej wady, musiało się wytworzyć w przeciągu długiego czasu, nie mogło zatem zależeć od chwilowo działającego wpływu moralnego na umysł niewiasty. Zarzut ten, w wielu razach słuszny, dowodzi wedle autora jednak tego, że nie we wszystkich wypadkach istnieje przyczynowy związek między wpływem moralnym a zniekształtnieniem u płodu, lecz nie przeczy temu, że w wielu innych przypadkach, gdy wpływ ten działa bardzo długo, a szczególnie od początku ciąży, może spowodować zmiany w budowie płodu.

Być może — powiada Stedman — że spostrzegane przez niemców zniekształtnienia nie zależały od tych wpływów moralnych, które doszły do ich wiadomości, lecz czyż mogą twierdzić, że nie zależały one od innych, które działały w wcześniejszych okresach ciąży, a o których badacze niczego się nie dowiedzieli od matek?

Wprawdzie autor w niniejszym artykule zamierzył tylko zwrócić uwagę czytelników na fakt zależności zniekształtnień wrodzonych od wpływów moralnych, działających na ciężarną,

a nie objaśniać sposób ich powstawania, jednakże pragnie choć kilku słowami skierować umysł badaczy celem odkrycia naukowego jądra tej kwestyi. Wiadomo — powiada on — że wrodzony idyotyzm dzieci bywa rezultatem silnych chwilowo lub długo działających wstrząśnień moralnych, dotykających ciężarną niewiastę. Temu nikt nie zaprzeczy, lecz również wiadomo, że wrodzony idyotyzm idzie w parze z wrodzonymi zniekształtzeniami czaszki i mózgu noworodków. Czemuż więc nie przypuścić, że oba te rezultaty—idyotyzm i zmiany somatyczne—są zależne od jednej i tej samej przyczyny?

Nawet w historii Anglii poszukuje autor przykładów—stwierdzających jego przypuszczenia; oto jak utrzymuje Sir Kenelm Digby: Król Jakób I ogromnie obawiał się obnażonej szpady, a podobno z tego powodu, że matka jego, królowa Maryja, będąc z nim w ciąży, była świadkiem zamordowania Rizzia. Gdy król Jakób I pasował sir Kenelma na rycerza, to drżąc ze strachu, o mało co nie przebił mu oka obnażonym mieczem, czemu przeszkodził jedynie księżę Buckinham, odsuwając rękę królewską.

Wiadomym jest faktem, że pod wpływem psychicznych faktów, którym podlega karmiąca, ssawiec wpada w drgawki. — Lecz skoro pokarm zmieniony skutkiem psychicznego wpływu, tak szkodliwie działa na ssawca, to można również śmiało wypadki wrodzonej eklampsyi lub cierpień nerwowych u noworodków połączyć z faktem psychicznych wstrząśnień, które działały na ciężarną. Czy zmieniony pokarm odruchowo spowoduje drgawki, czy też zawiera w swym składzie pewną truciznę, bezpośrednio działającą na ośrodki nerwowe ssawca, to wszystko jedno dla naszej kwestyi, dość że pokarm został zmieniony pod wpływem bodźca psychicznego, a to samo da się zastosować do krwi ciężarnej tak lub owak zmienionej i działającej na płód w jej łonie rozwijający się.

— Wiadomo — powiada Dalton w swej „Human physiology“— że pod wpływem psychicznych bodźców zmienia się krążenie w mózgu, płucach i innych narządach, a także w macicy, co widzimy w wypadkach amenorrhoeae i menorhgiae. — Skoro wpływ nerwowy powoduje kurczenie się włókien mięsnych macicy i wywołuje poronienia, to również może zmienić krążenie w macicy, a że od krążenia w macicy zależy również odżywianie się płodu, więc łatwo zrozumieć przyczynowy związek między bodźcem psychicznym działającym na ciężarną, a rozwojem płodu jej łona.

Kapitałny przykład działania wpływu nerwowego na sprawy cielesne podaje D-r Robert B. Carter w swej „Pathology and Treatment of Hysteria“. Oto pewna dama, dozorująca swe bawiące się dziecko, z przestachem spostrzegła, że na rączkę dziecka spadł lufcik wyrwany wiatrem z okna, który odcina dziecku trzy paluszki. Matka tak jest tem przerażona, że nie może podnieść się by ratować dziecko. Przyzywają lekarza, który opatrzywszy rany dziecka, zwraca się ku rozpaczającej matce i przekonywa się, że trzy jej palce odpowiadające zra-

nionym palcom dziecka, są obrzęknięte, zaczerwienione, pomimo że żadnemu urazowi nie podległy przed opisanym wypadkiem. Po 24 godzinach przecięto owe palce i wypuszczono ropę, poczem dopiero rany zablźniły się.

Między płodem a matką są pewne głębsze związki, niż te, które nam podaje anatomija i fizyologija. Każdemu z hodowców wiadomo, że samica, która kiedyś porodziła płód — z stosunku z samcem innej rasy pochodzącym, już nigdy więcej nie rodzi potomstwa zupełnie czystej rasy, gdyż każde następne młode zdradza w czemkolwiek podobieństwo do tego samca obcej rasy, który poprzednio zapłodnił samicę. — Skoro więc płód (pierwszy) mógł tak silny ślad pozostawić w komórkach mózgowych matki, to możemy z równą ścisłością przypuszczać, że nerwowe komórki matki mogą wpływać na wzrost, budowę i rozwój moralny i fizyczny płodu.

Naturalnie, nie każda kobieta, która podczas ciąży podlegała pewnemu psychicznemu bodźcowi, rodzi dziecię zniekształtione, gdyż w takim razie ludzkość byłaby przepełnioną potworami; tego autor utrzymywać nie może, lecz wierzy temu, że w wielu wypadkach niepodobna odrzucać tego przyczynowego związku. Silny wpływ nerwowy jest w stanie sprowadzić śmierć dziecka, lub zatrzymanie się rozwoju; słabszy atoli, lecz dłużej trwający bodziec sprowadza pewne umiejscowione zniekształcenia. — Myśli matki, skierowane na pewną część ciała, oddziaływają na rozwój istniejącego w niej płodu, i sprowadzają w niem zmiany, podobnie jak myśli kobiety hysterycznej wywołują naczynio-ruchowe i zapalne zmiany w jej własnem ciele.

Wolberg.

36. HANS FERDY. **Środki zapobiegające poczęciu.** — (Die Mittel zur Verhütung der Conception, nebst einem Versuche zur kritischen Entscheidung eines streitigen Punktes der Conceptionstheorie. Gynäkologische Studie für praktische Aerzte und Geburtshelfer). Berlin. 1887. S. 38. Krytycznie skreślił *L. Wolberg.*

Czy mamy prawo nakładać pęta naturze? Czy mamy prawo zapobiegać poczęciu i zrobić je zależnem od woli członków ludzkiego społeczeństwa? Odpowiedź na te pytania, nie tylko lekarskie, lecz więcej jeszcze ekonomiczne i moralne, jest konieczną, zanim wolno nam będzie podać środki, mające to działanie na celu. Z punktu lekarskiego odpowiedź jest zupełnie stanowczą i nie może podlegać zakwestyjonowaniu. Zdarzają się często wypadki tak uciążliwych porodów, tak niebezpiecznych, że zapobieżenie następnemu poczęciu jest niezbędnem. — Są to wypadki porodów u kobiet, posiadających zniekształtione miednice, lub podlegających podczas ciąży wymiotom, nie dającym się wstrzymać, drgawkom i innym przypadłościom, znanym wszystkim praktykom. W tych wypadkach, zmuszających zwykle do wywołania poronienia sztucznego, nieraz tak niebezpiecznego dla życia kobiety, lub wymagających w razie dojścia ciąży do prawidłowego kresu, rozmaitych ciężkich aku-

szeryjnych operacji (cięcie cesarskie, rozkawalenie dziecka, wymóżdżenia), racjonalnym będzie uprzędzić ciążą, a z drugiej strony dać kobietom środki, umożliwiające spółkowanie, fizjologicznie niezbędne dla organizmu zkadynąd zupełnie zdrowej kobiety, a nie pociągające za sobą poczęcia.

Inaczej przedstawia się kwestyja ze strony ekonomicznej, i połączonej z nią strony moralnej. Zapobieganie ciąży pozostawione woli spółkujących osobników, wpływa na zmniejszenie się ilości porodów, skutkiem tego na wygasanie plemienia i ludności, na co tylokrotnie ze skargą powstawali ekonomiści i lekarze francuzcy, którzy od wielu lat przekonywają się, że ludność Francyi wcale się nie powiększa. Środki te bowiem we Francyi są najpopularniejsze, nawet w sferach najuboższych i widzimy tam, że małżeństwa po większej części ograniczają się posiadaniem dwojga dzieci, co wobec zwykłej w wieku dziecięcym śmiertelności wpływać musi na zmniejszenie się ludności. Z drugiej jednak strony warunki ekonomiczne są tego rodzaju, że wielka ilość dzieci staje się ciężarem dla rodziców nie mogących ich wychować, a także częste porody bywają przyczyną wyczerpania sił kobiety, której ządaniem w obecnych czasach jest nie tylko rodzenie dzieci, lecz i wspólna z mężczyzną praca na polu wywalczenia środków do życia.

Oprócz tego „Maltusowe prawo“ o ludności zwiększającej się nieproporcjonalnie do środków pożywienia, aczkolwiek nie zupełnie dowiedzione, zdaje się przemawiać na korzyść — prawa pozwalającego dowolnie ograniczać ilość porodów.

Na kwestyję ekonomiczną i moralną nie możemy dać stanowczej odpowiedzi; zdania ścierają się z sobą, instykt i uczucia walczą z rozumem i koniecznością ekonomiczną.

Po największej części małżeństwa, nie życzące sobie mieć dzieci, wstrzymują się od spółkowania, co dla kobiety jest źródłem chorób, mężczyznę zaś zmusza do szukania pociechy w prostytucyi, narażając go też na zarażenie się, oprócz tego podobne pożycie małżeńskie prowadzi prędzej lub później do zubożenia małżonków względem siebie, niezgody i t. p. następstw. — Skutkiem tego w wielu krajach: we Francyi, w Norwegii, w Siedmiogrodzie, zapobiegawcze stosunki płciowe bardzo są rozpowszechnione, a sposoby i aparaty używane tam, rozprzestrzeniają się coraz bardziej, znajdując chętnych naśladowców w publiczności. Świat lekarski natomiast mało zajmował się temi sprawami, i wiele sposobów jest zupełnie nieznanymi lekarzom. Zadaniem naszym jednakże jest poznanie wszelkich tych sposobów, z dwóch względów: 1) dla ocenienia ich skuteczności t. j. zapobiegania poczęciu, a 2) czy sposoby te są szkodliwe dla zdrowia spółkujących i w jakim stopniu.

Opis sposobów zapobiegających poczęciu poprzedzić winniśmy wyłożeniem teoryj poczęcia, których jest kilka. Autor powołuje się w tym względzie na cytaty rozmaitych powag lekarskich, które następnie krytycznie rozberra, hołduje jednakże

teorii podanej przez Wernicka (Berl. klin. Woch. 1873. N. 9), opartej na spostrzeżeniach Beck'a, (który badał sposób zapłodnienia na macicy wypadniętej), i na Henlego opisie układu naczyniowego szyjki macicznej.—Oto w krótkich słowach opis zapłodnienia uważany przez Ferdego za normę spółkowania zapłodniającego.

„Podobnie do napięcia prącia u mężczyzny, następuje u kobiety napięcie części pochwowej macicy (i to jedynie tylko tej części) w chwili najwyższego pobudzenia płciowego, a prawie jednocześnie z wspólnym wytryskiem szyjka powraca do pierwotnego stanu miękkiego, a usta maciczne otwierają się. Podczas tego nagłego zwolnienia napięcia, spowdowanego przez specjalnego rodzaju układ naczyniowy, następuje *aspiracja* a macicy, przyczem zewnątrz usta maciczne wykonywają ruchy chwytające (*schnappende Bewegungen*), to wyciągając się ku przodowi, to wciągając napowrót.“

Po ustaniu tych ruchów, wszystko w jednej chwili wraca do dawnego stanu, „usta maciczne zamykają się, szyjka twardej i położenie jej powraca do stanu tegoż samego, jak przed pobudzeniem płciowym.“

Ruchy szyjki macicznej zależą od indywidualności niewiasty, a u niektórych są tak silne, że obie spółkujące osoby je czują, co naturalnie zależy od stosownej budowy części płciowych obu osób. Podobno niekiedy ruchy te tak się nasilają, że macica jak pijawka przyczepia się ustami zewnętrznymi do żołędzi prącia.

Celem ruchów szyjki macicznej jest jaknajprędze wprowadzenie męskiego nasienia do jamy macicy, której śluz alkaliczny nie jest szkodliwym dla życia żyjątek nasiennych, podczas gdy kwaśny śluz pochwoy wstrzymuje ich ruchy. — Dla dopięcia tego celu niezbędnem jest, aby ejakulacja męzka następowała jednocześnie z aspiracją macicy. Jeżeli ejakulacja jest zbyt wczesną, to opadające prącie nie jest w stanie wywołać odruchów macicy, a gdy ejakulacja spóźnia się i następuje po skończeniu się chwytających ruchów, to również nie może być mowy o aspiracji nasienia, czyli o zapłodnieniu bezpośrednio podczas spółkowania. — Po częstych spółkowaniach tej samej pary, płciowe ich części zastosowują się wzajemnie do siebie, tak że oba te momenty wypadają jednocześnie, i to właśnie stanowi pożądaną *normalny stan monogamicznego życia płciowego*, co jednak nie zawsze ma miejsce, lub też nie za każdym razem się powtarza.

Wiadomo jednakże, że ciąża może być następstwem spółkowania z kobietą najzupełniej obojętną, a nawet nieprzytomną, a także następuje po uślifowaniach zgwałcenia, gdy nasienie padło nawet na nierozzerwaną błonę dziewiczą. Ponieważ w tych wypadkach nie może być mowy o silnem rozkosznem pobudzeniu płciowym, a zatem o ruchach szyjki i odpowiadającym im uczuciu ejakulacji kobiecej, przeto dla objaśnienia po-

częcia stworzono nowe dwie teoryje: pierwsza utrzymuje, że nasienie przenika do macicy dzięki tłoczącej siły podczas wytrysku, druga zaś czyni ten akt zależnym od samodzielnych ruchów żyjatek nasiennych, (niezbędnych w wypadkach nierozzerwania błony dziewiczej).

Ruchów ciałek nasiennych autor nie tylko nie odrzuca, lecz przeciwnie uważa je za niezbędne, jako jedyny czynnik dla przenikania nasienia z szyjki macicznej do jamy, dla wprowadzenia zaś nasienia do ust zewnętrznych macicy, mają one chyba tylko dadatkowe znaczenie. Za zdaniem autora przemawia fakt, notowany przez lekarzy należących do „związku maltuzyjańskiego“, starającego się zapobiegać częstym ciążom, a którzy w tym celu stosują przestrzykiwania pochwy płynami, stanowiącymi zabijającymi żyjatek nasienne. Pomimo tego w wielu przypadkach przestrzykiwania te nie prowadziły do pożądanego celu, co wobec sumiennosci, z jaką sposoby były wykonywane, zmusza do przypuszczenia, że część nasienia już bezpośrednio podczas spółkowania przedostała się do szyi macicznej.

Teoryja tłoczni ejakulacyjnej Hausmann'a także nie może się ostać. Gdyż wedle niej niezbędnem jest spółkowanie, dokonywane w ten sposób, by mężczyzna leżał na kobiecie, a skutkiem ciężaru jego ciała macica z swego zwykłego przodopochyłego położenia zostaje lekko wyprostowaną, jednocześnie prężnie rozciągające sklepienie pochwowe przyczynia się do otwarcia ust zewnętrznych macicy, w które podczas silnego wytrysku siłą rzutu przenika nasienie.

Przeciw tej teorii przemawia ten wzgląd, że nie zawsze spółkowanie (z następującem zapłodnieniem) odbywa się w opisany sposób, gdyż ani instykt nie zmusza nas do używania tego sposobu spółkowania, ani też nie wszystkie plemiona mu hołdują. (Oprócz tego, o czem Ferdy nie wspomina, niebrzemienna macica ukryta w małej miednicy, wcale nie wystaje do do brzucha, a zatem wgniecenie brzucha nawet pośrednio nie może jej wyprostować, a nawet przenosi się na kiszki, które jako gazami wypełnione łatwo uciskać się dają. Przytem wszakże i zwierzęta zachodzą w ciążę, chociaż wprost przeciwnie spółkują jak ludzie. Sprawozdawca).

Skutkiem wyłożonych motywów w pierwszą teoryję trzeba uznać za najważniejszą i tłómaczącą zwykły stan rzeczy, podczas gdy pozostałemi dwiema teoryjami dadzą się wytłómaczyć tylko wyjątkowe wypadki. (Czyli inaczej mówiąc, ponieważ natura nie zna teoryj i wyjątków, wypada uznać, że wszystkie momenty: tłocznia brzuszna, siła matrysku, ruchy żyjatek nasiennych, a głównie ruchy szyjki macicznej i aspiracyjna działają przy zapłodnieniu. Sprawozdawca).

Przejdźmy teraz do opisu środków zapobiegających zapłodnieniu. — Celem wszystkich tych środków jest przeszkadzać, aby nasienie nie przenikało do zewnętrznych ust macicznych.

1. Najdawniejszym środkiem zapobiegającym, który opi-

sano już w Genzie 38, 7—10, jest spółkowanie przerwane (*Congressus interruptus*) czyli *Onanismus conjugalis*. Polega on na tem, że przed mającym nastąpić wytryskiem nasienia, mężczyzna cofa prącie z pochwy, a wytrysk następuje na uda, brzuch kobiety, lub na bieliznę. Sposób ten jest szkodliwym dla kobiety i dla mężczyzny. Organy żeńskie podlegają przekrwieniu podczas spółkowania, a niezadowolone pozostające skutkiem przerwane spółkowania, odbija się na tych narządach przewlekłym przekrwieniem, a na ustroju nerwowym rozlicznymi przypadłościami hysterycznymi, neurasteniją i melancholiją. Mężczyzna też cierpi, gdyż *Vasa deferentia* nie opróżniają się dostatecznie na zewnątrz pochwy, zostają drażnione, a prócz tego układ nerwowy, podobnie jak przy samogwałcie, podlega cierpieniu. U zupełnie zdrowych osobników nawet często powtarzany tego rodzaju stosunek nie przynosi wielkiej szkody, natomiast u osób nerwowych już w krótkim czasie sprowadza ciężkie następstwa. (Sprawozdawca spostrzegł parę małżeńską, w ten sposób ciągle spółkującą, aby uniknąć ciąży, u mężczyzny nastąpiła silna neurastenija (*A. spinalis*), wraz z objawami przygnębienia umysłowego, apatii, braku woli, u kobiety zaś uporczywy kaszel hysteryczny i *pruritus vulvae*). Zdarza się także, że nawet po zaniechaniu tego sposobu, kobieta pozostaje na całe życie bezpłodna, co przemawia na korzyść spostrzeżeń Grodell'a, wedle których po Congr. interv. wytwarza się wydłużenie szyjki macicznej wraz z zwężeniem ust wewnętrznych. Spostrzeżenie to potwierdza jednocześnie teoryję poczęcia podaną przez Beck'a o wydłużaniu się i odruchowych skurczach szyjki podczas spółkowania.

2. W Siedmiogrodzie, a nawet w niektórych miejscowościach Francyi, jako środek zapobiegający ciąży używanym jest następujący sposób, naśladujący sztucznie to, co zachodzi przy znacznych zwężeniach cewki moczowej mężczyzn. Mianowicie przeczuwając ostatnią chwilę spółkowania, lub poczuwszy już pierwszą kroplę nasienia, kobieta silnie dwoma palcami uciska prącie w części przed gruczołem przyprątym leżącej, skutkiem czego nasienie pozostaje w cewce, a przewyciężywszy zaporę stawianą przez *Caput gallinaginis*, wlewa się do pęcherza moczowego, z kąd wypływa następnie z moczem. Sposób nie miły w zastosowaniu, ma dla kobiety to samo znaczenie co poprzedni, pozabawia ją zupełnego oddania się, gdyż natęża jej uwagę podczas całego aktu, a dla mężczyzny niebezpieczny, gdyż *Vasa deferentia* również nie opróżniają się dostatecznie, a szyjka pęcherza moczowego zostaje osłabioną napierającym wytryskiem nasienia.

3. Najbardziej znanym środkiem są *kondomy*. Wyrobiają je z kauczuku, z ślepej kiszki jagniąt i z pęcherzów rybich. Kauczukowe pozbawiają mężczyznę prawdziwej rozkoszy, przeciągają trwanie spółkowania, a skutkiem tego powiększają rozdrażnienie nerwowe, bywają zatem przyczyną cierpień nerwowych. Przyczem często pękają podczas spółkowania. Najlepsze kondomy są z pęcherzów rybich, gdyż są bar-

dzo cienkie i trwałe, niestety w handlu trudno o nie, a przytem kupcy często oszukują, sprzedając popękane kondomy z naklejonemi kawalkami pęcherza w miejscach pęknięcia, przez które nasienie może przenikać do pochwy. Cena ich jest dosyć wygórowana, gdyż kosztują pół marki sztuka i więcej, a to z powodu licznych pośredników pomiędzy fabrykantami a konsumentami.

4. *Pessarium ocllusiveum* składa się ze stalowej obrączki, pokrytej półkolistą błoną gumową. Pessarium powinno być zastosowane do wielkości i budowy części pochwowej macicy, a zatem lekarz po zbadaniu kobiety wzornikiem powinien dobrać i założyć takowe. Mężczyzna może nie wiedzieć o obecności przyrządu w pochwie, a przyrząd ten doskonale spełnia swe przeznaczenie, lecz niewygodą jego jest właśnie konieczność uciekania się do lekarza, (zdejmowanie przed regularnością. Sprawozdawca). U kobiet namiętnych zmniejsza pessarium uczucie rozkoszy i może spowodować niezadowolenie, a nawet nerwowe przypadłości, u obojętniejszych zaś pozostaje bez szkodliwego wpływu. Pomimo wszystkiego pessarium to (*Mensing* je wymyślił) jest przy obecnym stanie kwestyi n a j l e p s z y m z e ś r o d k ó w z a p o b i e g a j ą c y c h , a przytem najtańszym, co bardzo jest ważnem dla klasy biedniejszej.

W handlu sprzedają naśladowania, w których zamiast stalowej, znajduje się gumowa obrączka, którą mężczyzna lekko nakłada na żołądź, a następnie wprowadza do pochwy, bez zwrócenia uwagi, o ile pessarium odpowiada części pochwowej macicy; w tych razach skutek zależy od przypadku.

5. We Włoszech, jak pisze D-r Taci z Neapolu, ubogie kobiety wstają natychmiast po spółkowaniu i silnie kaszląc wyrzucają nasienie z pochwy na zewnątrz. Podobno sposobu tego z powodzeniem używają dzikie kobiety północnej Australii.

6. G ą b k i miękkie czyste nie zawierające piasku, dezynfekowane w kwasie karbolowym przed wprowadzeniem ich do pochwy (bezpośrednio przed stosunkiem) niepewne są w działaniu, gdyż przy wyciąganiu ich za nitczkę jedwabną przywiązaną do nich, nie udaje się spowodować całej ilości nasienia, które może zapłodnić kobietę. Przeciw temu jednocześnie z gąbkami stosują przestrzykiwania. Na mężczyznę gąbka nie działa, lecz kobieta często traci wszelkie poczucie rozkoszy.

7. *Przestrzykiwania pochwowe* po spółkowaniu za pomocą irygatora z kanką pochwową, są bardzo rozpowszechnione we Francji. Jako płynu używają 2% roztworu kwasu karbolowego, $\frac{1}{2}$ — 1% roztworu siarczanu miedzi, najczęściej żyjątki nasienne. Stosują też 2 — 4 $\frac{1}{2}$ % roztworu siarczanu cynku. Chcąc uniknąć nieprzyjemności, połączonej z wstawaniem kobiety z łóżka, można zastosować obturator pochwoy *Ebell'a* z rurą odpływową dla płynu wstrzykniętego. Zdaje się, że rodzaj płynu nie ma znaczenia, gdyż sama woda

chwilowo wstrzymuje ruchy spermatozoów, a splókanie nasienia zapobiega zapłodnieniu.

Sposób ten jednak nie należy do przyjemnych dla kobiety — sprowadza często zawały macicy (sprawozdawca), a przytem wcale do pewnych nie należy.

8. Pan Rendell, materyjalista z Londynu, polecił w ostatnich czasach czopki pochwowe z masła kakaowego z chlorkiem chininy. Wprowadza się czopek na pół godziny przed spółkowaniem do pochwy. Chinina ma niszczyć żyjątko. Dokładniejszych spostrzeżeń brak dotychczas, w każdym razie wypada po stosunku przestrzyknąć pochwę, aby wydalić resztki drażniącego tłuszczu.

9. D-r Cappelmann z Akwizgranu poleca, jako jedyny przez religiję i moralność dozwolony środek — ograniczenie spółkowania na czas od 15-go dnia po regularności aż do 4-go dnia przed następną. — Środek ten zupełnie niepewny (jak dowodzą żydzi, którzy rzeczywiście ograniczają termin spółkowania. Sp.), a przytem zezwala tylko na 9 dni spółkowania w ciągu czterech tygodni.

10. W Wschodnich Indyjach używają młode dziewczęta nie pragnące ciąży, sposobu nieznanego w Europie, uciekają się mianowicie od starych kobiet, które ugniataniem, pocieraniem i uciskaniem ich brzucha wytwarzają zmiany położenia macicy (prawdopodobnie Anteversio uteri), zapobiegające ciąży, a nie sprawiające szczególnych dolegliwości, z wyjątkiem lekkich bólów w krzyżu, lędźwiach i przy oddawaniu moczu w kilku pierwszych dniach po operacyi. Gdy która z operowanych dziewcząt wyjdzie zamąż i pragnie zostać matką, to operatorka i oprawia położenie macicy, sprowadzając ją do stanu prawidłowego.

I ten sposób niepewny, gdyż jak opisywał Scanconi, w wielu wypadkach znacznego przodopochylenia macicy i zwiększenia ust macicznych — zapłodnienie miewało miejsce.

Na tem kończy Ferdy opis środków, a dodaje na zakończenie uwagi powag lekarskich, dotyczące tego bądź co bądź nie naturalnego zadawalniania popędu płciowego. — Beard w tym względzie utrzymuje, że wszelkie sposoby zapobiegające nietylko same przez się są szkodliwe dla organizmu spółkujących, lecz zapobiegając ciąży, zezwalają małżeńskim parom na zbyt częste wykonywanie spółkowania. To wpływa szkodliwie na układ nerwowy, tem bardziej że zupełne zadowolenie jest niemożliwym z powodu owych środków.

W innem jednak miejscu ten sam Beard jako przyczynę częstych cierpień nerwowych u kobiet uważa częste porody i następstwa ich, a jeszcze energiczniej od niego przemawiają w tejże sprawie Stille i Eulenburg. Z tych względów uważając zapobiegające spółkowanie za mniejsze zło, aniżeli częste ciąże i porody, poleca Ferdy użycie środków zapobiegających, odrzucając sposoby podane pod 1-ym i 2-gim numerem, a co do innych, to radzi wybierać ten, który najmniej zmniej-

sza uczucie zupełnego zadowolenia popędu podczas spółkowania.

Wolberg.

37. SCHRAMM. Leczenie nadmiernego ślinotoku podczas ciąży. (Zur Behandlung der excessiven Salivation während der Gravidität). *Berl. Kl. Woch.* N. 49.

Wspomniana w nagłówku przypadłość jest wprawdzie rzadszą, niżeli nieustanne wymioty i mniej niebezpieczną, jednakże zdarzają się wypadki bardzo uporczywe, z którymi lekarz nie umie sobie poradzić, a liczne stosowane środki pozostają bez działania, póki przypadkowo nie natrafimy na właściwy.

Podobny wypadek spostrzegał autor w r. 1885 w szpitalu w Dreźnie. 24-ro letnia służąca, wstąpiła w początku do oddziału dla chorób wewnętrznych, uskarżając się na osłabienie, wychudzenie i gniecienie w dołku, trwające od 1½ roku; poprzednio zupełnie była zdrową. W ostatnich trzech miesiącach do wyluszczonej objawów przyłączyły się wymioty i ślinotok. Pacjentka jest szczupłą blondynką, bardzo anemiczną i chudą. Narządy wewnętrzne prawidłowe, hrzuch bolesny i wzdęty. — Mocz bez białka i cukru, w normalnej wydziela się ilości. Brak lanknienia, częste nudności. Ciepłota i tętno prawidłowe. W nocy chora często bardzo budzi się z powodu ślinotoku. Ilość śliny wynosi 1200 cem, w ciągu 24-ch godzin, nie licząc ilości polykanej. — Przyczyny ślinotoku na oddziale wewnętrznym nie odkryto, przypuszczano z początku zakażenie rțeciowe i podawano j o d e k p o t a s u obok płókania ust z chlorku potasu. Przekonawszy się wkrótce o bezskuteczności przypuszczenia, zaczęto podawać atropinę, codziennie jedną pigułkę zawierającą 0,0005 alkaloju. Wkrótce podwyższono dawkę do dwóch pigulek dziennie; zastąpiono następnie atropinę - d u b o i z y n ą - w teje dawce - lecz zupełnie bez skutku. Dopiero po 12 dniach stosowania duboizyny ilość śliny z 1200 cent. zmniejszyła się do 900, a następnie do 600 cent. Dopiero po dwumiesięcznym pobycie chorej w oddziale przypadkowo (! Spraw.) dowiedziano się, że pacjentka nie ma regularności od kilku miesięcy, a badając ją, rozpoznano ciążę w początku 6-go miesiąca. Przeniesiono więc chorą do oddziału gynecologicznego, autora niniejszego artykułu. Ten rozpoczął leczenie od podskórnych zastrzykiwań p i l o c a r p i n i m u r i a t. 0,01 pro dosi. Podczas 10-cio dniowej kuracyi ilość śliny wynosiła od 400—800 cent. dziennie, chora była bardzo osłabioną. Od 22 Listopada zaczęto podawać jej b r o m e k p o t a s u w rozczynie z 5,0 na 100,0, trzy razy dziennie po łyżce stołowej. — Pod wpływem tego środka ilość wydzielanej śliny z każdym dniem zmniejszała się o 100 cent. a gdy doszła do 100 cent. dziennie, chora na własne żądanie została wypisana. W Lutym chora miała jeszcze ślinotok, ale tylko w nocy, a w Marcu, przyjmując wciąż bromek potasu, była zupełnie wyleczoną, i wkrótce urodziła zdrowe dziecko.

Wydzielana ślina była mętna, biało-żółtawej barwy, od-
czynu zasadowego, c. wł. 1,0025 przy + 15° C.

W 10 gramach znaleziono:

99,5475 wody.

0,4525 rozpuszczonych substancyj, a mianowicie:

0,2434

0,2091 organicznych składników z 0,1044 mucyny.

Soli	}	0,1152 chłoku potasu.
		0,0144 fosforanu wapna z śladami ma- gnezyi.
		0,0795 fosforanów innych zasad z śla- dami rodanku potasu.

Ptyaliny wcale nie znaleziono.

Z próbowanych środków prawdziwie skuteczne działanie okazał zatem bromek potasu, a inne, włączając w to i galwanizowanie sympatycznego szyjowego nerwu, próbowane przez jeden dzień, albo żadnego wpływu na ślinotok nie okazywały, albo nieznaczny i krótkotrwały.

Wprawdzie ślinotok w ciąży rzadką jest przypadłością i często sam przez się ustępuje, są jednak wypadki w których długie trwanie i ilość wydzielanej śliny niszczą organizm ciężarnej, pomimo że wydzielana ślina zawiera tylko minimalne ilości stałych składników. Z drugiej strony, ślina taka jako nie zawierająca ptyaliny, w sprawach trawienia nie może grać właściwej roli, co też wpływa na upośledzenie odżywiania. — W kwestyi leczenia proponuje autor podawanie bromku potasu, a obok tego środki wzmacniające, jakoto żelazo i chininę. — Płókania środkami ściągającymi są zbyt częste, gdyż nie w jamie ust należy szukać przyczyn choroby, jednakże częste przemywanie ust środkiem antyseptycznym jest wskazaniem — i dla czystości i z powodu zmian zachodzących zwykle na dziąsłach (rozpułchnienie, drobne owrzodzenia), pod wpływem długiego trwania ślinotoku.

Wolberg.

38. DIRNER. **Aseptyczność pęczniących rozszerza-
deł macicznych.** (Zur Asepsis der quellendan Dilatatorien).
Centralbl. f. Gynec. 1887. N. 6.

Wszelkie rozszerzadła pęczniące (*Laminaria*, *Tupelo*, prasowana gąbka) sprowadzają niekiedy niebezpieczne zakaźne powikłania, które zdarzały się w praktyce prawie każdego gynecologa. Wprawdzie sprzedają karbolizowane gąbki prasowane, laminaryję zawiniętą w papier ołowiany i też dezynfekowaną, ale środki te, będące przedmiotem handlu, nie są należycie pewne, a obchodzenie się panów kupców z temi środkami też nie daje dostatecznej rękojmi. Wobec tego autor zważywszy trudność i niepraktyczność sposobów dezynfekowania, podawanych przez Fritscha; Herffa, Chrobaha i innych, poleca trzymanie laminaryi (podobnie jak to robimy z ligaturami i t. p.) stale w 1% rozczyynie sublimatu w alkoholu. Pałeczka wyjęta ze

szklanego naczynia bezpośrednio przenosi się do szyjki macicznej. Pałeczki przedziurawione trzeba przed zastosowaniem przepłókać w czystej wodzie dla rozpuszczenia osadzonych kryształków sublimatu. W podanym roczynie pałeczki laminaryi nie pęcznieją, a użycie ich w ciągu jednego roku przez autora na klinice prof. Tauffera w Peszcie przemawia za ich praktycznością i bezpieczeństwem, gdyż w żadnym wypadku autor nie spostrzegł groźnego odczynu po wstawieniu pałeczki.

Wolberg.

Od Administracyi.

Szanownych panów prenumeratorów, którzy nie wnieśli przedpłaty za pierwsze półroczcie, upraszamy o spieszne przesłanie takowej.

Nadesłano do Redakcyi.

- D-r N. C y b u l s k i.—Nowy przyrząd do badania prędkości ruchu krwi. Lwów. 1886.
- „ S z a d e k.—Leczenie przymiotu głębokimi wstrzykiwaniami przetworów ręki. (Odb. z Gaz. Lek. 1886).
- „ „ Przepadek liszaja tęczowego tułowia i kończyn. (Odb. z Medycyny. 1886).
- „ „ Przepadek wypryskowego zapalenia skóry. (Odb. z Gaz. Lek. 1886).
- Revue internationale des sciences médicales avec index médicale.
- D-r J a w o r s k i.—Experimenteller Beitrag zur Wirkung und therapeutischen Anwendung der Amara und der Galle (Separatdruck aus d. Zeitschrift für Therapie). 1886.
- „ „ Beitrag z. Klinischen Mikroskopie d. Mageninhalt (Separatabd. aus d. Centralblatt f. kl. Med.) 1886.
- „ „ Ueber Wirkung therapeutischen Werth u. Gebrauch d. neuen karlsbader Quellzales. — Sep. aus Wien. Med. Woch. — 1886.
- „ W i c h i e r k i e w i c z. — 8-me sprawozdanie zakładu dla ubogich chorych na oczy.
- „ „ O powstawaniu jaskry zapalnej po atropinie. (Odbitka z Przegl. Lek.) 1887,
- Zdanie sprawy kuratora szpitala starozakonnych w Warszawie z działalności tegoż szpitala w latach 1881—1887. Warszawa. 1886.
- D-r S e i f m a n n. — Statut galicyjskiego towarzystwa weterynarskiego. Lwów. 1886.
- Zdanie sprawy ze szkoły weterynaryi we Lwowie, za pięcioletni okres jej istnienia. Lwów. 1886.