

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## O PRZEPUKLINIE PRZEDOTRZEWNOWEJ.

Napisał

Bronisław Sawicki

asystent kliniki chir. szpit.

(Dokończenie ob. Nr. 4).

*Ogłędziny zewnętrzne* (inspectio) ciała mają nie małą wartość w tych wypadkach przepuklin przedotrzewnowych, w których worek wewnętrzny jest dość duży i skierowany ku kołcowi biodrowemu górnemu. Przylegając do przedniej ścianki brzusznej, worek przedotrzewnowy wypukla ją, i wskutek tego w odpowiednim miejscu ponad więzem Pouparta powstaje wygórowanie. Objaw ten spostrzegano w wielu wypadkach przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych, zarówno wolnych, jak i uwięźniętych.

O wiele więcej danych dostarcza *obmacywanie* (palpatio). Obmacując odpowiednią okolicę brzucha, można wyczuć worek wewnętrzny nawet w tych razach, gdy nie wypukła on ścianki brzusznej. Przedstawia się on zwykle jako guz okrągławy lub podługowato-okrągły, wypukły, wyraźnie ograniczony. Wyczuwamy go po za ścianką brzuszną nad więzem Pouparta lub w głębi dołu biodrowego. Zarówno ruchy oddechowe, jak i zmiany położenia ciała nie wywierają żadnego wpływu na wielkość i umiejscowienie guza. Czasami wyraźnie można było wyczuć związek pomiędzy workiem przedotrzewnowym i mosznowym, i wtenczas obadwa razem stanowiły jeden guz klepsydrowaty, wążka szyja którego leżała w kanale pachwinowym (Mosetig, Birkett).

Inne cechy guza bywają rozmaite odpowiednio do tego, czy mamy do czynienia z przepukliną uwięźniętą, czy też wolną. W przepuklinie wolnej guz bywa wiotko-sprężysty, niebolesny, i ma bębenkowy odgłos wypukowy. Na-



ciskając umiarkowanie na guz, spostrzegamy, że pojedyncze pętlice kiszki w guzie usuwają się z burczeniem z pod palców i nika w głębi jamy brzusznej. W miarę ich znikania sam guz stopniowo maleje, a wreszcie znika zupełnie. Uciskając teraz mocniej ściankę brzuszną na miejscu, gdzie guz się znajdował, możemy wyczuć w którymkolwiek miejscu za powłokami zewnętrznymi otwór brzuszny, wyraźnie ograniczony ostrym, niepodatnym brzegiem, czasami przepuszczający nawet palec do jamy brzusznej. — Dopóki otwór ten zamykamy palcem, ani oddech głębszy, ani kaszel nie są w stanie wywołać ponownego wystąpienia guza. Za to, jak tylko otwór pozostawimy wolny, trzewia po zakaszaniu natychmiast wydobywają się z jamy brzusznej i napełniają worek wewnętrzny \*).

W razie uwięźnięcia przepukliny worek przedotrzewnowy przedstawia się jako guz twardawo-sprężysty, bardzo mało ruchomy, przy dotykaniu mocno bolesny i wydający tępy odgłos wypukowy.

Nie w każdym jednakże wypadku, w którym guz przylega do przedniej ścianki brzusznej, granice jego można wyczuć dokładnie. Na przeszkodzie mogą nam stanąć: wzdęcie brzucha, grubość powłok brzusznych, wreszcie zbyt wielkie lub zbyt małe rozmiary samego worka przedotrzewnowego. To też w niektórych razach zamiast guza w dolnej okolicy brzucha po nad więzmem Pouparta wyczuwano tylko mocniejsze napięcie i zwiększoną odporność powłok brzusznych, oraz niezmierną bolesność przy dotykaniu i stępienie odgłosu wypukowego w tej okolicy (Lehmann, Krönlein, Trzebicky).

Wyżej już nadmieniliśmy, że obecność guza można sprawdzić dotykiem tylko w tych razach, gdy worek przedotrzewnowy jest skierowany ku spina ilei ant. sup. lub ku dołowi biodrowemu. O wiele trudniej wykryć go wtenczas,

---

\*) Nussbaum opisał wielce interesujący wypadek niewięźniętej przepukliny przedotrzewnowej, o którym już raz wspominaliśmy. Worek przedotrzewnowy przepukliny pachwinowej dosięgnął linii białej i tu przedostał się na zewnątrz przez wytworzony na tej linii otwór. Wskutek tego powstały jakby dwie przepukliny: jedna—pachwinowa, druga—linii białej. Obie przepukliny odprowadzały się bardzo łatwo, lecz gdy jedna z nich zniknęła, druga występowała na zewnątrz. Pochodziło to ztąd, że trzewia, wpełnione przez jedną bramę przepuklinową, wydobywały się na zewnątrz przez drugą.



gdy worek przedotrzewnowy leży po za kością łonową i jest skierowany do pęcherza lub do małej miednicy. Musiałby on wtenczas dosięgnąć znacznych rozmiarów, by go można było z zewnątrz wymacać. Najważniejszych danych w podobnych razach może nam dostarczyć badanie przez odbytnicę i pochwę.

To samo stosuje się do przepuklin udowo-przedotrzewnowych. W jednym tylko wypadku (Werner) zdołano wyczuć niewielki, podługowato-okrągły, nieco ruchomy guz, który na 2 cm. wystawał po nad poziomą gałęzią kości łonowej. I tu zatem najważniejsze wyniki mogłoby dać badanie per rectum i per vaginam. Należy je zawsze przynajmniej tam stosować, gdzie wywiady oraz inne objawy mogą budzić podejrzenie odnośnie obecności worka przedotrzewnowego.

Wspominaliśmy już poprzednio, iż kilkakrotnie spostrzegano zanik powłok brzusznych po nad opisanem wygórowaniem. Zanik ten w jednym wypadku Krönleina (przepuklina nieuwięźnięta) był tak znaczny, że przez powłoki brzuszne można było wyczuć pojedyncze pętlice kiszek, znajdujących się w worku przedotrzewnowym. Wahl, wszedłszy do worka palcem podczas operacyi, znalazł ściankę brzuszną tak ścięcioną, iż zdało mu się, że palec jego leży tuż pod skórą. Tak znacznie posunięty zanik, dowodzi w każdym razie dużych rozmiarów i bardzo starego pochodzenia worka przedotrzewnowego.

Wiele danych może nam dostarczyć dokładne zbadanie worka zewnętrznego. Przedewszystkiem za bardzo ważny objaw należy uważać przesunięcie i zanik jądra, oraz zgrubienie i bolesność sznurka nasiennego. Wielokrotnie już o tem mówiliśmy, że często znajdowano jądro zatrzymane w kanale pachwinowym lub leżące tuż przed pierścieniem pachwinowym zewnętrznym. Niekiedy zdarzało się, że położenie jądra bywało prawidłowe, ilekroć worek zewnętrzny wypełniony był trzewiami; dość było jednakże trzewia odprowadzić, by jądro natychmiast przesunęło się ku górze i ulokowało się przed pierścieniem zewnętrznym lub weszło do kanału pachwinowego.

Nader interesujące jest zachowanie się worka zewnętrznego w wielu wypadkach uwięźnięcia przepukliny przedotrzewnowej.

Pomimo iż wystąpiły już ogólne objawy niedro-



żności i worek wewnętrzny nosi na sobie wybitne cechy uwięźnięcia, pomimo to wszystko powtarzam, worek zewnętrzny nie zdradza żadnych objawów, któreby na zaciśnięcie wskazywały. Skóra moszny ma wygląd i napięcie prawidłowe, sam worek przedstawia się pod postacią guza wiotko sprężystego; niekiedy można w nim wyczuć dokładnie trzewo, które, wchodząc do szerokiego otworu zewnętrznego, nie wypełnia go szczelnie i pozwala swobodnie przeprowadzić obok siebie palec do kanału pachwinowego. Nadto uciskanie worka bywa bardzo mało lub wcale niebolesne. Zdarza się nawet niekiedy, że worek zewnętrzny bywa zupełnie próżny. Objawy te uderzają nas tem bardziej, że, znajdujący się w związku z workiem zewnętrznym, guz nad więzem Pouparta okazuje się niezmiernie czułym na dotyk i posiada wszystkie cechy uwięźniętej przepukliny. — Osobliwsze to zachowanie się worka zewnętrznego tłómaczy się w ten sposób, że w wielu wypadkach uwięźnięciu podlegają tylko trzewia zawarte w worku przedotrzewnowym, podczas gdy zawartość worka mosznowego, respec. udowego bardzo mało lub wcale nie jest zaciśnięta. Wypadek taki może mieć miejsce, gdy do worka zewnętrznego wypadła sieć tylko, do wewnętrznego zaś — sieć z pętlicą кишки. Sieć, jako mniej wrażliwa na ucisk, znosi go dobrze i nie sprowadza objawów zapalnych w worku zewnętrznym jeli-to, uciśnięte przez twarde pierścienie i przez wpółwypadniętą sieć, powoduje właściwe zaciśnięciu zmiany, które nadają workowi wewnętrznemu cechy przepukliny uwięźniętej.

Częściej jeszcze omawiany objaw powstaje z następującej przyczyny: przez dostatecznie szeroki otwór brzuszny wypadła pętlica кишки do worka zewnętrznego i następnie wskutek prób odprowadzenia została wepchnięta do worka wewnętrznego; tu uległa ona zaciśnięciu wskutek przegięcia lub też wskutek naciskania pierścienia worka przedotrzewnowego. Jeżeli teraz w ślad za pierwszą wypadnie druga pętlica do worka zewnętrznego, to oczywiście jest, że zachowa się ona tu biernie, podczas gdy pierwsza wywoła w worku wewnętrznym objawy uwięźnięcia.

Ostatni szczegół objaśnia nam łatwo i te wysoce charakterystyczne objawy, jakie spostrzegano podczas *odprowadzania* zawartości worka zewnętrznego w wielu wypadkach uwięźnięcia przepukliny przedotrzewnowej. Zdarzało się mia-



nowicie niekiedy, że zawartość worka zewnętrznego zupełnie odprowadzano do jamy brzusznej, a pomimo to objawy uwięźnięcia trwały dalej, ponieważ powodowała je pętlica, leżąca w worku przedotrzewnowym.

Podobne wypadki jednakże zdarzają się tylko wyjątkowo. Zwykle w takich razach zawartość worka zewnętrznego wpychamy nie do jamy brzusznej, lecz także do worka przedotrzewnowego. Jeżeli w worku przedotrzewnowym jest jeszcze dosyć miejsca na przyjęcie świeżo wepchniętej pętlicy, to takowa wchodzi do niego całkowicie, mieszcząc się tuż przy pierścieniu pachwinowym wewnętrznym. Wprowadzony do kanału pachwinowego palec wyczuwa wtenczas w jego głębi twardawy, mocno napięty i mało ruchomy guz. W innych razach, gdy odprowadzona pętlica nie znajduje dla siebie dostatecznej przestrzeni w worku wewnętrznym, udaje się nam wepchnąć tylko część zawartości worka zewnętrznego, druga zaś część pozostaje nieodprowadzona. — Nadto w tych nawet razach, gdy udało się nam całkowicie zawartość worka zewnętrznego, odprowadzić takowa znowuż wypada przy kaszlu, przy silniejszych ruchach oddechowych, wreszcie często i bez tego zaraz po zaprzestaniu naciskania na przepuklinę. Podczas takiego całkowitego lub zupełnego odprowadzenia zawartości worka zewnętrznego spostrzegano wielokrotnie jednoczesne powiększanie się guza po nad więzmem Pouparta (Oberst, Trendelenburg, Matlakowski, Baron). Jak tylko, po zaprzestaniu naciskania, trzewia znowu wypadły do worka zewnętrznego, guz natychmiast się zmniejszał.

Godnym uwagi jest fakt, że po takim pozornym odprowadzeniu zawartości worka zewnętrznego objawy uwięźnięcia w jednych wypadkach wzmagaly się, w innych zaś na pewien czas słabły. Widocznie wszystko zależało tu od tego, czyśmy, wpychając nowe trzewo, powiększyli, czy też zmniejszyli przegięcie jelita, znajdującego się tam już poprzednio.

Zarówno brak zapalnego odczynu ze strony worka zewnętrznego, jako też i możność pozornego odprowadzenia jego zawartości spostrzegano najczęściej w przepuklinach pachwinowo-przedotrzewnowych. Przepukliny udowo-przedotrzewnowe odznaczają się tem, że ich pierścień udowy prawie zawsze pomaga czynnie powstawaniu uwięźnięcia. Pomimo to i w tego rodzaju przepuklinach można się spotkać



niekiedy z opisanemi tylko co objawami. — Tak Werner naprzykład w swoim wypadku uwięźniętej przepukliny udowo-przedotrzewnowej zdołał odprowadzić  $\frac{2}{3}$  zawartości worka zewnętrznego, a podczas operacyi nie znalazł w nim ani kropli płynu przepuklinowego.

Kierując się wyżej przytoczonymi objawami, w bardzo wielu wypadkach możemy zupełnie dokładnie rozpoznać przepuklinę przedotrzewnową. Pomimo to spotyka się jednakże i takich wiele wypadków, w których nie znajdujemy żadnej z cech wyżej przytoczonych. Spotykano naprzykład wypadki, w których przepuklina wystąpiła po raz pierwszy lub też istniała oddawna, lecz nie sprawiała choremu żadnych dolegliwości; najściślejsze badanie nie wykrywało żadnego z przytoczonych objawów i dopiero operacyja, przebieg pooperacyjny lub oględziny pośmiertne wykrywały istotę cierpienia. To też w obec tak niestałych i niepewnych danych, jakich nam dostarczają wywiady, oględziny zewnętrzne, obmacywanie i próby odprowadzenia, nigdy nie można być pewnym, że, przystępując do herniotomii, nie znajdziemy niespodziewanie worka przedotrzewnowego.

Przechodzimy teraz do objawów przepukliny przedotrzewnowej, z jakimi się spotykamy podczas *operacyi* (herniotomia).

Poprzednio już zwracaliśmy uwagę na tę własność uwięźniętych przepuklin przedotrzewnowych, że często przy zewnętrznem ich badaniu znajdujemy słabiej wyrażone objawy ze strony worka zewnętrznego, aniżeli wewnętrznego. Z tem samem zjawiskiem można się spotkać i podczas herniotomii. Rozciąwszy worek zewnętrzny, znajdowano w nim wielokrotnie objawy zapalne nader słabo wyrażone, a przynajmniej słabiej, aniżeli się można było spodziewać. Tylko w przepuklinach udowo-przedotrzewnowych odczyn zapalny prawie zawsze występuje w stopniu silniejszym.

Worek zewnętrzny bywał niekiedy zupełnie pusty, częściej zawierał sam płyn surowiczny lub jakieś trzewo mniej lub więcej zmienione z mniejszą lub większą ilością płynu przepuklinowego. Godną uwagi jest spostrzegana niekiedy obecność mętnego płynu surowiczego w worku zewnętrznym, pomimo, iż takowy wcale trzewia nie zawiera (Bayer, Löbker). Okoliczność ta, aczkolwiek nie stanowi objawu, właściwego tylko przepuklinie przedotrzewnowej, wskazu-



je jednakże prawie zawsze na znajdujące się w pobliżu zaciśnięcie.

Z pomiędzy trzewi w worku zewnętrznym spotykano: sieć, kiszkę cienką oraz sieć i kiszkę razem. Sieć bywała zwykle mało zmieniona, często zrosnięta z jądrem. Jelito, chociaż również było mniej lub więcej zmienione, wyjątkowo tylko podlegało zgorzeli (Wahl). Wiessman znalazł w worku mosznowym wyrostek Meckel'a, który przyjął początkowo za sam worek przepuklinowy i chciał go przeciąć dopiero wyciągnąwszy go mocniej, zobaczył pętlicę kiszki, z którą takowy się łączył.

W tych wypadkach, w których chirurg nic nie znajduje w worku zewnętrznym, okrom płynu surowiczego lub zupełnie niezmienionej sieci, wprowadza on zaraz palec do kanału pachwinowego, by się przekonać z czem ma do czynienia. Kanał pachwinowy, jak już wielokrotnie zaznaczaliśmy, bywa w przepuklinach przedotrzewnowych bardzo szeroki, to też wprowadzony palec bez przeszkody dosięga pierścienia pachwinowego wewnętrznego i tu dopiero spotyka nieruchome mocno napięte jelito. Jeżeli mamy do czynienia z przepukliną sakiewkową, to palec wyczuje odcinek jelita, leżący pomiędzy pierścieniem brzuszny czyli pozapachwinowym i pierścieniem worka przedotrzewnowego. Napięcie takiego odcinka może być tak znaczne, że robi on na dotyk wrażenie czegoś twardego. Cooper np. wprowadziwszy palec do kanału pachwinowego, nie mógł dosięgnąć jamy brzusznej, ponieważ na przeszkodzie stało coś twardego, nieruchomego, co on przyjął za obrzękły sznurek nasienny. Oględziny pośmiertne wykazały, że była to pętlica uwięźnięta w worku przedotrzewnowym, skierowanym do obrączki udowej (annulus cruralis).

Wyczuwszy palcem jelito, należy starać się wyciągnąć je ostrożnie na zewnątrz. Sama już obecność śladów zapalenia lub zgorzeli na jelicie potwierdzi nasze przypuszczenie, że przyczyna uwięźnięcia znajduje się w pobliżu, oraz da wskazówki co do dalszego postępowania. Wydobycie jelita ma jeszcze drugą dobrą stronę: pociągając za nie, przybliżamy tylną ściankę worka przedotrzewnowego, jeżeli takowy istnieje, oraz robimy wolne miejsce dla palca, który dla dokładniejszego zbadania należy wprowadzić po za pierścień pachwinowy wewnętrzny. Przybliżając tylną ściankę worka wewnętrznego, do bramy przepuklinowej, ułatwiamy



sobie odszukanie pierścienia brzuszego, lub pierścienia worka przedotrzewnowego, oraz dokładne obmacanie ścianek tegoż worka, co stanowi najważniejszy objaw rozpoznawczy. Tu musimy zwrócić uwagę czytelnika na jeden jeszcze szczegół: zdarza się niekiedy, że, wprowadzony do kanału pachwinowego, palec nie może wyczuć ani jelita, ani worka przedotrzewnowego, ponieważ spotyka na drodze jądro, które zatrzymało się w kanale i zakryło nakształt klapki pierścień pachwinowy wewnętrzny (Textor, Löbker). W takim razie należy wyciągnąć jądro na zewnątrz, jak to Löbker uczynił, i w ten sposób ułatwić sobie dalsze badanie.

Przypuśćmy teraz, żeśmy podczas herniotomii trzewo znaleźli w worku zewnętrznym. Zanim poprobujemy je odprowadzić, przedewszystkiem palec wprowadzamy do kanału pachwinowego, względnie udowego i szukamy przeszkody. Kanał pachwinowy bywa niekiedy tak szeroki, że wprowadzony do niego palec swobodnie przechodzi obok jelita aż po za pierścień wewnętrzny. Najczęściej jednakże na miejscu pierścienia wewnętrznego znajdujemy mniejsze lub większe zwężenie, które musimy nadciąć herniotomem. — W przepuklinach udowo-przedotrzewnowych użycie herniotomu zawsze było niezbędne. Wślad za nadcięciem miejsca zwężonego spostrzegano kilkakrotnie wylanie się znacznej ilości płynu surowiczego, krwawego, mętnego, "niekiedy cuchnącego, ropnego lub kałowego. Płyn ten, sprowadzony uwięzieniem, nagromadza się w worku wewnętrznym. — W skutek wzdęcia kiszek oraz zlepiania się powierzchni pokrytych otrzewną, przerywa się łączność pomiędzy workiem wewnętrznym i jamą otrzewnej, a w części i workiem zewnętrznym. Rozszerzając zwężone miejsca podczas operacji, przywracamy połączenie obu worków i sprzyjamy wylaniu się płynu na zewnątrz. W tych wypadkach, w których uwięzienie nastąpiło w pierścieniu worka przedotrzewnowego, wylanie płynu następuje dopiero po nadcięciu tego pierścienia. Omawiane wylewanie się płynu przepuklinowego po nadcięciu pierścienia ma wielkie znaczenie i stanowi objaw prawie patognomiczny dla przepuklin pachwinowo i udowo-przedotrzewnowych. Spostrzegali go: Tessier, Krönlein, Lehman, Trendelenburg, Bolling i inni. Bardzo być może, iż występuje on bardzo często, lecz z powodu niewielkiej ilości wylewającego się płynu nie zwracają nań należytej uwagi.



Po należytem rozszerzeniu bramy przepuklinowej staramy się odprowadzić jelito do jamy otrzewnej; przy tem spotykamy się ze zjawiskiem, jakieśmy już spostrzegali, chcąc dokonać odprowadzenia niekrwawego. Wszelkie próby odprowadzenia okazują się bezskutecznemi, ponieważ jelito wpychane nie chce wchodzić zupełnie lub też wchodzi tylko częściowo. Nawet wtenczas, gdy uda się odprowadzić je całe, wypada ono natychmiast, jak tylko przestaniemy nań naciskać; jeżeli zaś z pewnym wysiłkiem wepchnięte jelito nie wypada, to pozostaje ono wówczas przy samem wejściu do kanału, jako nieruchomy mocno napięty guz. Nadto spostrzegano niekiedy, że wepchnąć można było jelito tylko w pewnym, dokładnie określonym kierunku, nie odpowiadającym kierunkowi kanału. Textor np., działając z wysiłkiem, wepchnął jelito w kierunku na wewnątrz i na dół. — Oględziny pośmiertne wykazały, że wepchnięte jelito leżało w wypukleniu, leżącym pomiędzy otrzewną, pęcherzem i mięśniami brzuszniemi. Odprowadzając jelito, i tu zarówno jak jak przy odprowadzeniu niekrwawem, możemy spostrzedz powiększanie się wygórowania nad więzem Poupart'a (Oberst). Zwracają uwagę i na to, że nawet wtenczas, gdy odprowadzenie nie napotyka zbyt wielkich trudności, końcowa część jelita nie wślizguje się tak łatwo, jak to bywa przy odprowadzeniu do jamy otrzewnej. Tansini przytacza jeszcze jeden objaw: pomimo nadęcia zwężonego miejsca nie ustępuje przekrwienie żyłne jelita, leżącego w worku zewnętrznym; wskazuje to, że uciskająca przyczyna nie została jeszcze usuniętą.

Spotkawszy trudność odprowadzenia trzewi oraz inne, tylko co przytoczone objawy, chirurg powinien wepchnięte jelito napowrót wyciągnąć na zewnątrz i postarać się zbadać miejsce i rodzaj przeszkody. W tym celu należy wprowadzić palec przez bramę przepuklinową i zbadać wszystko co się w jej sąsiedztwie znajduje. W razie obecności worka przedotrzewnowego, palec powinien wyczuć ściankę jego. Jeżeli worek jest nie wielki, to możemy palcem obejść całą wewnętrzną powierzchnię jego i wtenczas robi on na nas wrażenie jamy, otoczonej gładkimi ściankami. W razie większych rozmiarów worka, możemy wyczuć zaledwie przednią i tylną ściankę jego, wyciągnąwszy lepiej trzewia na zewnątrz. Tylna ścianka przedstawia się jako poprzecznie leżąca po za bramą przepuklinową, twarda i mocno na-



pięta błona. Oprócz ścianek worka wewnętrznego powinniśmy wyczuć pierścienie, zwłaszcza pierścień worka przedotrzewnowego, jako leżący tuż przy bramie przepuklinowej, wyczuwa się łatwo w przepuklinach sakiewkowatych. Ponieważ zwykle leży on na zewnątrz, na wewnątrz lub poniżej pierścienia pachwinowego wewnętrznego, należy przeto te miejsca dokładnie obmacać palcem. Natrafiwszy na niego, możemy go całego wyczuć dokładnie (Löbker) lub też wyczuwamy tylko jeden brzeg jego (Krönlein, Dittel, Weiss). W ostatnim razie robi on na nas wrażenie mocno napiętej taśmy, pod którą lub obok której przechodzi jelito. Trudniej odszukać palcem pierścień brzuszny, zwłaszcza gdy takowy jest bardziej oddalony od bramy przepuklinowej. — W tym celu powinniśmy dobrze wyciągnąć trzewo i następnie iść palcem w kierunku takowego. W wypadkach wątpliwych można rozciąć cały kanał pachwinowy, względnie udowo, to jest zrobić hernio-laparotomię. Choćbyśmy nawet nic szczególnego nie znaleźli, mniejszą uczynimy krzywdę choremu, aniżeli gdybyśmy przeoczyli uwięźnięcie jelita w worku wewnętrznym.

Z tego, cośmy mówili o objawach, spostrzeganych podczas herniotomii, łatwo pojąć, jak wielkiej wagi wskazówkę może dać chirurgowi utrudnione odprowadzenie trzewi. Znaczenie objawu tego zwłaszcza tam jest doniosłe, gdzie ani wywiady, ani poprzednie badanie nie dało nam żadnych wskazówek odnośnie obecności worka wewnętrznego. To też w tych wypadkach przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej, w których nie znaleziono guza nad więzmem Poupart'a, oraz prawie we wszystkich wypadkach przepukliny udowo-przedotrzewnowej trudność odprowadzenia trzewi pomimo dostatecznego rozszerzenia bramy przepuklinowej stanowiła pierwszy, najwybitniejszy i najbardziej rzucający się w oczy objaw. Za dowód, jak jest ważny ten symptomat wobec trudności uprzedniego rozpoznania uwięźniętej przepukliny przedotrzewnowej, może posłużyć fakt, że nawet sam twórca symptomatologii tego rodzaju przepuklin, Krönlein w trzecim operowanym przez siebie wypadku postawił rozpoznanie dopiero podczas operacji, gdy mu się nie udało odprowadzić trzewi.

Na nieszczęście i ten objaw, aczkolwiek spotykany bardzo często, nie może być uważany za właściwość każdej przepukliny przedotrzewnowej. Jeżeli worek przedotrzew-



nowy jest obszerny, możemy bez trudności wepchnąć do niego trzewo, które pomieści się tu wygodnie, a nam się wyda, żeśmy go odprowadzili do jamy brzusznej. Takie odprowadzenie wykonał Hürlimann. Naciąwszy pierścień pachwinowy wewnętrzny, który widocznie uciskał jelito, H. odprowadził takowe z wielką łatwością. Później dopiero okazało się, że było to odprowadzenie pozorne, gdyż pętlicę znaleziono w worku przedotrzewnowym, o którego obecności H. nic nie wiedział podczas operacyi.

Czasami jedną część trzewi odprowadzano do jamy brzusznej, drugą zaś — wpychano do worka wewnętrznego. W wypadkach np. Fieber'a i Diettel'a kışkę odprowadzono do jamy otrzewnej, sieć zaś wepchnięto do worka przedotrzewnowego.

Może się zdarzyć wreszcie, że wypadły od razu dwie pętlice, z których jedna pomieściła się w worku zewnętrznym, druga zaś — w wewnętrznym. Podczas operacyi możemy zawartość worka zewnętrznego odprowadzić, pętlicę zaś, leżącą w worku wewnętrznym i głównie powodującą objawy uwięźnięcia, pozostawić nieruszoną. Wielce pouczający pod tym względem jest wypadek, podany przez Wagnera i już omawiany w części anatomicznej niniejszej pracy. Worek wewnętrzny zawierał sieć, przyrośniętą do przedniej ścianki jęgo. Sieć, wchodząc przez otwór brzuszny, dzieliła go na 2 połowy; zewnętrzną i wewnętrzną. Przez ten sam otwór na zewnątrz od sieci wypadła jedna pętlica jelita i dostała się do worka wewnętrznego; na wewnątrz od sznurka sieci wypadła druga pętlica i znalazła się w worku zewnętrznym. Podczas operacyi chirurg znalazł i odprowadził tylko ostatnią pętlicę, naciąwszy poprzednio wewnętrzny brzeg pierścienia brzuszego. Tymczasem druga pętlica leżąca w worku przedotrzewnowym, podległa zgorzeli i spowodowała śmierć.

Wobec tego nie od rzeczy byłoby, sądzę, pójść za radą Moseitig'a, który zaleca nietylko w wypadkach podejrzanych, lecz w każdej herniotomii po odprowadzeniu trzewi wprowadzić palec do kanału przepuklinowego i, zrobiwszy nim ruch obrotowy, okrążyć w około całe wejście do kanału. W razie obecności worka przedotrzewnowego, nieruchomo leżące trzewo uniemożliwi całkowity obrót palca.

Pomimo to wszystko mogą zdarzyć się wypadki, w których cały nasz arsenał objawów na nic się nie przyda. —



W takim razie, jako ważny symptomat, powinniśmy uważać dalsze trwanie objawów uwięźnięcia.

Tu musimy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że często po dokonanej herniotomii występowało krótkotrwale polepszenie: stolec i wiatry odchodziły, bóle ustępowały i ogólny stan chorego się poprawiał. Objaw ten tłumaczy się rozmaicie. W tych wypadkach, w których niedrożność była spowodowana samem przegięciem jelita bez zaciśnięcia, polepszenie można objaśnić tem, że podczas operacyi pociągając trzewia, zmniejszono nieco przegięcie; jednakże wprędce, wskutek ruchów swoistych jelita, ką przegięcia zmniejszył się na nowo, i niedrożność powróciła. W innych razach, w których niedrożność spowodowało zaciśnięcie, i w których zaciskające miejsce rozcięto, lecz jelito zamiast do jamy brzusznej, wepchnięto do worka wewnętrznego, w tych razach, powtarzam, także początkowo następuje polepszenie. Dopiero, występujące później, przegięcie się jelita lub jego skurczenie i przyrośnięcie do ścianek worka (Hürlimann) sprowadza nową niedrożność z objawami uwięźnięcia.

Cała wyżej podana symptomatologija uwzględniała tylko przepukliny pachwinowo i udowo-przedotrzewnowe. — Odnosnie przepuklin pępkowo-przedotrzewnowych nie wiele można powiedzieć. Posiadamy jeden tylko odpowiedni wypadek (Terrier), który zresztą niczem szczególnem się nie wyróżniał. Niedrożność była tu spowodowana, o ile się zdaje, uciskiem, jaki stare zrosty wywierały na leżące w worku zewnętrznym jelito, które nadto było przegięte. Pętlica, leżąca zupełnie swobodnie w worku wewnętrznym, odgrywała widocznie rolę podrzędną. Zarówno objawy, których dostarczyły wywiady (często powtarzające się zaparcia, wzdęcia brzucha i nudności), jako też i przewlekły przebieg samego uwięźnięcia spowodowane były, widocznie, znalezionemi w worku zewnętrznym zmianami i nie mogą być brane w rachubę. Jako jedyny objaw, wskazujący na obecność worka przedotrzewnowego w danym wypadku, należy uważać to, że wprowadzony podczas operacyi do szyjki worka zewnętrznego palec, wyczuł pod pierścieniem brzusnym ujście worka przedotrzewnowego, oraz wchodzącą w nie pętlicę.

Chcąc lepiej uprzytomnić czytelnikowi całą symptomatologiję przepukliny przedotrzewnowej, postaram się w streszczeniu powtórzyć wszystko, com wyżej powiedział.



*Przepuklina pachwinowo-przedotrzewnowa*, którą spostrzeżano przeważnie u mężczyzn pomiędzy 20—40 rokiem, bywa najczęściej wrodzona, oraz połączona z przesunięciem i zanikiem jądra.

W y w i a d y wykazują, że chory oddawna cierpiał na zaburzenia w przewodzie pokarmowym (często powtarzające się zaparcia stolca, niekiedy występujące naprzemian z rozwolnieniem, wzdęcia brzucha, skłonność do wymiotów). Często występowały bóleści w dolnej okolicy brzucha ponad więzłem Poupart'a, oraz uczucie napięcia w tem miejscu, zjawiające się po każdym odprowadzeniu przepukliny. Bolesność w okolicy mosznowej, bolesność i obrzęk sznurka nasiennego i jądra. Niekiedy chory sam spostrzegał wygórowanie po nad więzłem Poupart'a. Odprowadzenie raz było łatwe, drugi raz niezmiernie trudne. Może być, że i tu niekiedy występuje osłabienie czynnościowe dolnej kończyny, jeśli worek wewnętrzny uciska n. cruralis. Objawy uwięźnięcia mają przeważnie charakter przewlekły. Próby odprowadzenia uwięźniętej przepukliny, jakie chory wykonywał na sobie, w różnych wypadkach dawały rozmaite objawy. W jednych wypadkach przepuklina nie wchodziła zupełnie, lub wchodziła tylko częściowo i zaraz napowrót wypadła; w drugich wchodziła całkowicie, lecz także napowrót wypadła; wreszcie w trzecich — przepuklina wchodziła zupełnie i nie wypadła, a pomimo to objawy uwięźnięcia nie tylko nie ustępowały, lecz nawet się wzmagaly. Czasami chory opowiada, że objawy uwięźnięcia powstały nagle po odprowadzeniu przepukliny zupełnie wolnej.

**Przy oględzinach zewnętrznych w razie skierowania worka przedotrzewnowego na zewnątrz spostrzegamy wygórowanie na ścianie brzusznej nad więzłem Poupart'a.**

**Obmacywanie** pozwala nam wyczuć guz ograniczony, wypukły, podługowato-okrągły, leżący po za powłokami brzuszными nad więzłem Poupart'a lub w głębi dołu biodrowego. W przepuklinach wolnych guz jest wiotko-sprężysty, niebolesny, z odgłosem bębenkowym; nadto, odprowadziwszy trzewia, możemy wyczuć przez powłoki zewnętrzne otwór brzuszny. W razie uwięźnięcia przepukliny guz staje się twardawo sprężystym, mocno napiętym, nader bolesnym i przyjmuje czczy odgłos wypukowy. Niekiedy zamiast guza możemy wyczuć ponad więzłem Pouparta tyl-



ko powiększoną odporność, silniejsze napięcie i wielką bolesność przy dotykaniu ścianki brzusznej, do czego przyłącza się stępienie odgłosu wypukowego. W razie większych rozmiarów guza występuje zanik ścianek brzusznych. W tych wypadkach, w których worek przedotrzewnowy skierowany jest ku wewnątrz lub w głąb małej miednicy, guz możnaby wyczuć prawdopodobnie przez odbytnicę lub pochwę. Przesunięcie i zanik jądra. W razie uwięźnięcia spostrzegano często słabo wyrażone objawy zapalne w worku zewnętrznym. Kanał pachwinowy zazwyczaj bywa szeroki i przez otwór jego zewnętrzny możemy wprowadzić palec obok jądra.

Próby odpro w a d z e n i a pozwalają takowe skutecznić tylko niezupełnie. Raz możemy odprowadzić tylko część zawartości, innym razem wszystko, lecz po zaprzestaniu naciskania trzewo wciąż napowrót wypada. W tych razach, gdy po odprowadzeniu trzewo pozostaje, można je wyczuć w głębi kanału jako mocno napięty, niesprężysty guz. Nadto odprowadzeniu nie towarzyszy szmer charakterystyczny. Guz po nad więzem Poupart'a wypukła się bardziej po każdym wepchnięciu trzewi do worka wewnętrznego.

H e r n i o t o m i a często wykazuje umiarkowany stopień odczynu zapalnego ze strony worka zewnętrznego, — W tych razach gdy znajdujemy worek mosznowy próżny, możemy trzewo wymacać w głębi kanału pachwinowego, jako guz nieruchomy, twardy, napięty, mało sprężysty. — Wyciągnąwszy jelito z kanału na zewnątrz, znajdujemy na niem ślady zaciśnięcia. Jeżeli znajdujemy w worku zewnętrznym trzewo i staramy się je odprowadzić, widzimy znowu tylko co opisane objawy: wchodzenie trzewia niezupełne, wypadanie po zaprzestaniu naciskania lub nieruchome pozostawanie przy pierścieniu pachwinowym wewnętrznym. — W razie, gdy trzewo wchodzi całe, brakuje takiego wślizgnięcia się odprowadzanego na końcu odcinka, jakie w warunkach prawidłowych spotykamy. Nadto niekiedy takie pozorne odprowadzenie może być jest tylko w jednym kierunku, nie odpowiadającym kierunkowi kanału (np. na dół i na wewnątrz).

Przekrwienie żyłne jelita leżącego w worku zewnętrznym, nie ustępuje, pomimo znacznego rozszerzenia kanału pachwinowego. Za nader ważny objaw należy uważać



wylanie się znacznej ilości płynu przepuklinowego przy nadcinaniu miejsca zwężonego. Jako objaw ostatecznie potwierdzający rozpoznanie, należy uważać wymacanie ścianek worka wewnętrznego oraz pierścienia brzuszno- lub pierścienia worka przedotrzewnowego.

W końcu, wielkiej wagi wskazówkę dostarcza nam przebieg pooperacyjny (dalsze trwanie objawów uwięźnięcia).

Objawy *przepuklin udowo - przedotrzewnowych* różnią się nie wiele od objawów tylko co przytoczonych. Przepukliny te, spotykane przeważnie u kobiet, występują często w wieku podeszłym.

Wywiady mogą dać objawy podobne do tych, jakie przytaczaliśmy dla przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych, Zresztą jest to tylko przypuszczenie, gdyż za wyjątkiem osłabienia czynnościowego kończyny dolnej (Werner), żadnych innych objawów dotąd nie zanotowano. Oglądanie nie daje nic. Obmacywanie pozwala niekiedy wyczuć obecność guza po za ściankami brzuszno- nad kością łonową (Werner); częściej możnaby go było wyczuć, badając przez odbytnicę i pochwę. Odprowadzenie, a raczej wepchnięcie zawartości worka zewnętrznego rzadko udaje się (Werner odprowadzał  $\frac{2}{3}$  zawartości), ponieważ pierścień udowy bywa nader wązki i pomaga wytworzeniu zaciśnięcia, jeżeli go sam głównie nie powoduje. Wskutek tego i objawy zapalne w worku zewnętrznym bywają mocno wyrażone. Najważniejszym objawem w tego rodzaju przepuklinach należy obecnie uważać niemożność odprowadzenia trzewi podczas operacji, pomimo dostatecznego rozszerzenia pierścienia udowego. W razie, gdy uda się trzewia wepchnąć, pozostają one także nieruchome przy pierścieniu udowym. Brak wślizgiwania się końcowego odcinka jelita, oraz nieustępowanie przekrwienia żylnego powinny być brane w rachubę.

Wreszcie i tu wielkie znaczenie ma przebieg pooperacyjny.

Kończąc na tem symptomatologię przepuklin przedotrzewnowych, podam w krótkości główne objawy charakteryzujące *przepuklinę śródścienną*. Przedstawia się ona pod postacią guza leżącego po nad więzmem Poupart'a w głębi ścianki brzusznej i bardzo podobnego do wygórowania, jakie daje zwrócony na zewnątrz worek wewnętrzny przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej. W przepuklinach



nieuwięźniętych guz ma postać jajowatą, jest spłaszczony, wiotko-sprężysty, z bębenkowatym odgłosem wypukowym \*). W razie uwięźnięcia guz staje się twardym, mało sprężystym, bolesnym i otrzymuje oddźwięk stępiony. Rozmiary guza bywają rozmaite: niekiedy sięgał on nawet 15 cm. po nad więz Poupart'a. Wielkość guza wzrasta w miarę przedłużania się uwięźnięcia. Otwór pachwinowy zewnętrzny zwykle bywa mały lub zupełnie nie istnieje w tego rodzaju przepuklinach. Brak jądra w mosznie.

Niekiedy, zwłaszcza u osób tłustych, zamiast guza znajdujemy tylko powiększoną odporność, mocne napięcie i bolesność ścianki brzusznej oraz stępienie odgłosu w odpowiednim miejscu.

### Rozpoznawanie różniczkowe.

Możnaby przytoczyć znaczną ilość procesów patologicznych, mających mniejsze lub większe podobieństwo do przepukliny przedotrzewnowej. Na ważniejsze z nich postaramy się zwrócić uwagę czytelnika.

Przedewszystkiem, jak już wyżej nadmienialiśmy, zachodzi wielkie podobieństwo pomiędzy przepukliną pachwinowo-przedotrzewnową i śródścienną, zarówno w jednej jak w drugiej znajdujemy guz, zanik ścianki brzusznej, zboczenie jądra i t. d. Różnica polega na tem, że w przepuklinie śródściennej ani za pomocą wywiadów, ani drogą badania nie możemy wykazać istnienia worka zewnętrznego. Nadto pierścień pachwinowy zewnętrzny bądź to nie istnieje zupełnie, bądź to jest tak ciasny, że zaledwie go można wymacać. Rozumie się, iż dotyczy to tylko postaci typowych. W wypadkach przejściowych, jak np. podany w części anatomicznej wypadek Bourdon'a, rozpoznanie dokładne można postawić tylko podczas operacji lub nawet podczas oględzin pośmiertnych.

W przepuklinach pachwinowo-przedotrzewnowych nieuwięźniętych wygórowanie po nad więz Poupart'a ma niejaki podobieństwo do tych wypukleń ścianki brzusznej, które powstają wskutek zbyt wysoko poczynającego się rozstępowania pęczków ścięgniętych mięśnia skośnego zewnę-

---

\*) Jeden podobny wypadek miałem możność spostrzec w oddziale D-ra Orłowskiego.



trznego. W tych mianowicie razach, gdy pęczki ścięgniste, rozstąpieniem się swoim tworzące pierścień pachwinowy zewnętrzny, zaczynają się rozszerzać zbyt wysoko, w pobliżu kolca biodrowego górnego, gdy nadto, łączące je, włókna na międzystożkowe (fibrae intercolumnares) rozwinięte są niedostatecznie, w tych razach, powiadam, powstaje na miejscu rozsunięcia się pęczków wypuklenie ścianki brzusznej.— Wypuklenie to różni się tem od wytworzonego przez worek wewnętrzny przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej, że jest bardziej płaskie i rozlane. Nadto wypuklenie takie wciąż zmienia swą wielkość wskutek ruchów oddechowych oraz poruszeń ciała i znika zupełnie, skoro tylko chorego ułożymy poziomo. Nic podobnego w przepuklinie przedotrzewnowej nie spotykamy.

W razie uwięźnięcia guz przepuklinowy może przedstawiać niejaki podobieństwo do ropni, powstałych w ściance brzusznej lub dole biodrowym. Jednakże ropnie takie rzadko tylko bywają dokładnie ograniczone; nadto brak tu charakterystycznych objawów uwięźnięcia. Nawet w tych razach, gdy wskutek procesu zapalnego nastąpiło zlepienie kiszki, powodujące ich niedrożność (np. wskutek perimetritidis), dokładnie zebrane wywiady, badanie kanału pachwinowego oraz ściśle zbadanie guza przez ścianki brzuszne, odbytnicę i pochwę, pozwolą nam rozstrzygnąć pytanie.

Większą trudność dokładnego rozpoznania przedstawiają te powikłania, które powstają wskutek źle wykonywanego odprowadzania przepuklin zwyczajnych, bądź to drogą nie krwawą, bądź to podczas operacji. Przedewszystkiem mamy tu na myśli odprowadzenie ryczałtowe (en masse), t. j. wepchnięcie worka przepuklinowego razem z trzewiami i szyjką zaciskającą do jamy brzusznej. Worek przepuklinowy w około pierścienia pachwinowego wewnętrznego, lub z jednej tylko strony jego, odłuszcza otrzewną ścienną od powięzi poprzecznej i nklada się pomiędzy niemi, tworząc guz podobny do wypuklenia worka przedotrzewnowego.— Guz taki leży najczęściej w dole biodrowym lub za gałęzią poziomą kości łonowej, rzadziej skierowany jest do kolca biodrowego górnego. Bywają także wypadki niezupełnego odprowadzenia ryczałtowego, gdy część worka została wepchnięta do jamy brzusznej, część zaś pozostała w mosznie. Przepuklina odprowadzona ryczałtem, ma wiele objawów wspólnych z przepukliną przedotrzewnową. I tu tak-



że, jak w przepuklinach przedotrzewnowych, objawy uwięźnięcia trwają dalej, pomimo dokonanego odprowadzenia; kanał pachwinowy jest szeroki i drożny; w głębi jego wyczuwamy twardy napięty guz, który czasami możemy wyczuwać i przez powłoki brzuszne; guz taki okazuje niekiedy skłonność do wypadania. Nawet obrzęk i bolesność sznurka nasiennego może mieć miejsce w podobnych wypadkach. Następujące szczegóły mogą nam pomódz do rozpoznania odprowadzenia ryczałtowego: w znacznej większości wypadków przepuklina weszła dopiero po użyciu znacznej siły; chory przytem uczył w okolicy kanału pachwinowego coś w rodzaju trząśnięcia lub pęknięcia; w okolicy mosznowej wystąpiły krwawe podbiegnięcia; moszna stała się nader wiotka, ponieważ wyrwano z niej worek przepuklinowy z częścią tkanki łącznej.

Nie w każdym jednakże wypadku odprowadzenia ryczałtem znajdujemy wymienione objawy. Odprowadzenie takie powstaje niekiedy bez użycia znacznieszego wysiłku ze strony chorego lub lekarza, podbiegnięć krwawych, ani innych objawów charakterystycznych nie znajdujemy, cały przebieg choroby naśladuje w zupełności uwięźnięcie przepukliny przedotrzewnowej. W takich razach rozpoznanie możebne jest tylko podczas operacji. Rozciąwszy powłoki zewnętrzne, zamiast worka przepuklinowego znajdujemy w mosznie porozrywana tkankę łączną oraz ślady wylewów krwawych; kanał pachwinowy względnie udowy, jest szeroki i próżny; w głębi jego wyczuwamy guz napięty. Pociągawszy za leżący w głębi kanału guz, wydobywamy na zewnątrz worek z trzewiami. Nic podobnego nie spotkamy w przepuklinie przedotrzewnowej.

Zdarza się niekiedy, iż nie cały worek przepuklinowy odrywa się od łożyska swego, lecz tylko szyjka jego. Wówczas trzewia razem z oderwaną szyjką zostają wepchnięte pod otrzewną ścienną. Innym razem szyjka nie odrywa się zupełnie, lecz pęka tylko w jednym miejscu. Trzewia przez powstałą szczelinę zostają wepchnięte na zewnątrz worka do jego łożyska i mieszczą się pomiędzy warstwami ścianki brzusznej. Zarówno w jednym, jak w drugim wypadku otrzymujemy guz naśladujący worek przedotrzewnowy. — Rozpoznanie przed operacją jest tu nader niepewne. Niekiedy wywiady mogą udzielić nam niejakich wskazówek (trudne odprowadzenie, uzzucie pęknięcia), przeważnie jednak dopiero operacja rozstrzyga kwestyję.



Trudniej jeszcze rozpoznać te wypadki, w których trzewo zostało odprowadzone do jamy otrzewnej, lecz z powodu innych przyczyn niedrożność trwa dalej.

Może się zdarzyć naprzykład, że kiszki w worku przepuklinowym uległy zlepnemu zapaleniu i odprowadzone następnie jako jeden zwitek, pozostały przy pierścieniu pachwinowym wewnętrznym, tworząc tu guz. W innych razach odprowadzona dokładnie kiszka zwężyła się na miejscu brzozy, wytworzonej zaciśnięciem i na nowo spowodowała niedrożność. Niekiedy odprowadzono kiszkę do jamy brzusznej, odrywając zarazem część szyjki, która wytworzyła przez to rodzaj pierścienia otaczającego zaciśnięte miejsce i nadal powodującego niedrożność. W podobnych razach tylko laparotomija może nam wyjaśnić sprawę.

Na uwzględnienie zasługują jeszcze powikłania, jakie możemy spotkać przy herniotomii i które mogą posłużyć za powód do pomyłki. Przypuśćmy że pętlica leżąca w worku przepuklinowym i mniej lub więcej zaciśnięta w odpowiednim kanale, uległa zakręceniu około osi jeszcze po za bramą przepuklinową; albo też że pętlica została tam uciśnięta za pomocą fałdy otrzewnej lub taśmy zapalnego pochodzenia. Podczas herniotomii znajdujemy jelito zmienione, odprowadzamy go po nacięciu miejsca zwężonego, a pomimo to niedrożność trwa dalej. W takim wypadku może się zrodzić podejrzenie, czyśmy czasem nie odprowadzili jelita do worka przedotrzewnowego. Tu powinniśmy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że odprowadzenie trzewia w omawianych warunkach nie napotyka takich trudności, jakie zwykle bywają pomimo dostatecznego rozszerzenia bramy przepuklinowej w przepuklinach przedotrzewnowych. Nadto wątpliwość podobna może zajść tylko w takim razie, jeżeliśmy podczas herniotomii nie przekonali się dostatecznie palcem żeśmy jelito odprowadzili do jamy brzusznej.

Możnaby przytoczyć jeszcze więcej procesów, mogących naśladować przepuklinę przedotrzewnową; jednakże nie bym tam nie mógł powiedzieć więcej nad to, com wyżej przytoczył. W obec tego ograniczę się tylko wzmianką o rodzaju odprowadzeń pozornych, opisanym przez Berge-  
r'a<sup>39)</sup>. Bywały wypadki, że podczas herniotomii, zamiast

\*) Takie dwa wypadki miałem możność spostrzegać w klinice prof. Etremowskiego.



odprowadzić kiskę do jamy brzusznej, chirurg wpychał ją (przez otwór zrobiony nożem w szyjce worka) do sztucznie wytworzonej jamy, pomiędzy otrzewną ścienną i powłoki brzuszne. Wypadki takie powstają w następujących warunkach: wskutek gwałtownych prób odprowadzenia rozluźniono związek pomiędzy szyjką worka i otaczającymi tkankami. Podczas operacji chirurg wskutek wysokiego położenia zaciśnięcia naciął szyjkę w miejscu nieodpowiednim, a następnie pociągając worek przy próbach odprowadzenia, otwór ten rozszerzył. Jeżeli teraz spotkawszy trudności odprowadzenia, operujący będzie takowe wykonywał z większą siłą i w nieodpowiednim kierunku, to wreszcie wepchnie jelito przez zrobiony sztucznie otwór do łożyska przepuklinowego, a następnie pomiędzy otrzewną ścienną i powieź poprzeczną. Takie rzekome odprowadzenie w przepuklinach pachwinowych wykonywano najczęściej do dołu biodrowego, w udowych zaś—po za spojenie łonowe. Objawy towarzyszące takiemu odprowadzeniu polegają na tem, że trzewo wchodzi z trudnością, że końcowa część jego nie ucieka z pod palców i że odprowadzone jelito pozostaje w jamie nieruchome. Objawy, jak widzimy, bardzo podobne do tych, które podaliśmy dla przepukliny przedotrzewnowej. Rozpoznanie można postawić w takim razie po rozcięciu kanału pachwinowego i wydobyciu pozornie odprowadzonego jelita.

### Rokowanie.

Szybkiem krokiem posuwający się rozwój chirurgii brzusznej, odbił się zbawiennie na rozpoznawaniu i leczeniu przepukliny przedotrzewnowej. Niedawno jeszcze rozpoznanie za życia przepukliny przedotrzewnowej zarówno wolnej jak i uwięźniętej, uważane było za *pium desiderium*. Nawet operacja, wykonywana w wypadkach uwięźnięcia, nie mogła dać żadnych wskazówek odnośnie miejsca i istoty zaciśnięcia, ponieważ, jak ognia, obawiano się wszelkiego zetknięcia z otrzewną. — Jeszcze w r. 1880 Krönlein, podawszy opis rozpoznanej za życia wolnej przepukliny przedotrzewnowej, uważał rokowanie w przepuklinach nieuwięźniętych za niepomysłne, w uwięźniętych zaś — za zupełnie złe. Nie minął jeszcze lat dziesiątek, a poglądy już się zmieniły. Dziś, jeżeli nie możemy powiedzieć, by rokowanie było zawsze dobre, nie mamy jednakże prawa nazywać go absolutnie złem.



W każdym razie przepuklina przedotrzewnowa przedstawia cierpienie poważne. Przedewszystkiem mamy tu na względzie trudność dokładnego rozpoznania. Pod tym względem lepsze rokowanie dają przepukliny pachwinowe z workiem przedotrzewnowym zwróconym na zewnątrz. Jako bardziej dostępne dla badania, mogą być one wcześniej rozpoznane i leczone. Oprócz trudności rozpoznania, następują one jeszcze inne niedogodności, które czynią przepukliny tego rodzaju niebezpiecznymi dla chorego. Wskutek trudności zastosowania paska nie mamy sposobu przeszkodzić wychodzeniu trzewi do worka przedotrzewnowego. Zastosowaniu zaś paska stoi na przeszkodzie trudność odślusowania otworu brzuszno. Zresztą nawet w tych razach, gdy możemy wyczuć ten otwór przez ściankę brzuszno, niepodobna zamknąć go szczelnie poduszczką paska; ruchy oddechowe, poruszenia ciała i inne przyczyny powodują one zmianę objętości brzucha, stoją temu na przeszkodzie.

O ile operacyjno doszczętnego leczenia przepuklin przedotrzewnowych okazało się zbawienną, obecnie przesądzać trudno. Dotychczasowe próby, których dwie tylko zaledwie zebrałem, dały na razie wyniki zupełnie zadawalniające. — Zresztą pytanie to wiąże się z kwestyją doszczętnego leczenia przepuklin w ogóle, która od lat kilku jest na porządku dziennym. W obec dodatnich wyników leczenia przepuklin w ogóle można wnioskować, że i tu będzie ona mogła być z korzyścią zastosowana. Dwie okoliczności tylko mogą pogarszać rokowanie: najprzód spotykana wielokrotnie trudność zupełnego wyluszczenia worka wewnętrznego z powodu mocnych zrostów z otrzewną i powięzią, a następnie zdarzający się niekiedy znaczny zanik warstwy mięśniowej w tem miejscu ścianki brzusznej, które wypukła się nad guzem. — Zresztą pytania te dopiero przyszłość może rozstrzygnąć.

Odnosnie wyników leczenia przepuklin przedotrzewnowych uwięzionych, możemy przedstawić nieco więcej danych, chociaż i tu trudno powiedzieć coś bardziej określonego, za mało mamy jeszcze spostrzeżeń. Podając statystykę przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych na początku niniejszej pracy wspomniałem już, że z pomiędzy 16-tu odpowiednich wypadków operowanych po r. 1880, umarło 2, wyzdrowiało zaś 14. Odpowiednio do tego podałem odsetkę śmiertelności 12,5%. Po napisaniu już tej części pracy znalazłem jeszcze w literaturze wypadek opisany przez Löbke-



r'a. Nadto D-r Orłowski udzielił mi jedno swoje spostrzeżenie z praktyki prywatnej. Aczkolwiek w wypadku tym po zrobieniu laparotomii i znalezieniu worka za kością łonową nie zwrócono uwagi na to, czy istniał drugi worek w mosznie, jednakże zarówno wywiady, jak uprzednie badanie pozwalają to przypuścić. Wypadek Löbker'a tak samo jak i wypadek Orłowskiego zakończyły się śmiercią. Jeżeli je weźmiemy w rachubę otrzymamy odsetkę śmiertelności 22<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Mniejszą jeszcze wartość mają liczby dla przepuklin udowo-przedotrzewnowych. Wszystkich wypadków było 6, z których 4 operowano po r. 1880. Z liczby ostatnich wyzdrowiało 2, umarło 2.

Rokowanie stąd możnaby wyprowadzić gorsze dla przepuklin udowo-przedotrzewnowych, aniżeli dla pachwinowo-przedotrzewnowych, co mogłoby zależeć od większych trudności rozpoznawania pierwszych. Zresztą ilość wypadków jest tu zbyt mała, by można było coś z niej wywnioskować.

Przed r. 1880 śmierć prawie zawsze następowała wskutek zaciśnięcia jelita. W niektórych tylko wypadkach (Krönlein, Wagner), zaciśnięcie zniesiono, chory zaś umierał wskutek zapalenia otrzewnej. Z pomiędzy 4-ch wypadków przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej, które zakończyły się śmiercią po r. 1880, takowa była spowodowana 3 razy zapaleniem otrzewnej, znalezionem już podczas operacji; w jednym wypadku powód śmierci został niezbadany. Zaciśnięcie we wszystkich tych wypadkach było usunięte. Z pomiędzy dwóch odpowiednich wypadków przepukliny udowo-przedotrzewnowej, śmierć w jednym nastąpiła wskutek nieusunięcia zaciśnięcia; w drugim wypadku zaciśnięcie usunięto dopiero podczas wtórnej operacji (laparotomia), i chora umarła wskutek zapalenia otrzewnej.

### L e c z e n i e .

Pomiędzy różnymi rodzajami przepuklin, w których większość chirurgów zaleca obecnie stosować leczenie doświadczone, jedno z pierwszych miejsc powinny zająć bez zaprzeczenia przepukliny przedotrzewnowe. Rzeczywiście, chory, spotykający z jednej strony wielką przeszkodę do pracy z drugiej strony wciąż narażony na możebność uwięźnięcia,



tą tylko drogą może uwolnić się od swego cierpienia. Obecnie trudno jest podać szczegółowe wskazania do operacji, oraz określić sposób postępowania w poszczególnych wypadkach. Zbyt mała ilość wykonanych dotąd operacji na to jeszcze nie pozwala. Opisywanie ogólnych wskazówek odnośnie doszczętnego leczenia przepuklin w ogóle uważamy za przekraczające zadanie niniejszej pracy. Wobec tego ograniczymy się tylko na krótkim opisie postępowania w dwóch wypadkach doszczętnego leczenia przepukliny przedotrzewnowej, jakie mogliśmy w bieżącej literaturze odszukać. W pierwszym wypadku (Chrzanowski) rozcięto i oddzielono najprzód worek zewnętrzny, wycięto go o ile można było najwięcej wraz z jądrem, leżącym w kanale pachwinowym i przez szyjkę worka przeprowadzono uitkę w celu utrzymania go na zewnątrz. Wprowadziwszy teraz palec do worka, przekonano się że przepuklina ma postać sakiewkowatą. Palec wchodził przez dość szeroki otwór do skierowanego na zewnątrz worka przedotrzewnowego. By móżdż ten ostatni wyluszczyć, rozcięto cały kanał pachwinowy, poczem z łatwością udało się oddzielić i wyciągnąć na zewnątrz obadwa worki. Powrózek nasienny z naczyniami podwiązano i przecięto. Wreszcie przez szyjkę worka (t. j. przedsiónek) przeprowadzono za pomocą igły i zawiązano podwójną podwiązkę, poniżej której worki odjęto.

Nussbaum w swoim wypadku, o którym wspominaliśmy już wielokrotnie, zrobił przedewszystkiem cięcie na linii białej, worek przepuklinowy, nie otworzywszy go, przepchnął po za bramę i takową zaszył. Następnie postąpił jak w wyżej opisanym wypadku: trzewia odprowadził, worek zewnętrzny przeciął, wyluszczył i wyciągnął; potem rozciął kanał pachwinowy, odłuszczył worek przedotrzewnowy od otrzewnej, wreszcie szyjkę podwiązał. W wypadku Nussbauma zrosty worka z otrzewną i warstwami ścianki brzusznej wyjątkowo były luźne. Zarówno słabe musiały one być i w wypadku opisanym przez Chrzanowskiego. W większości jednakże przepuklin przedotrzewnowych rzecz się ma inaczej. Tylna ścianka worka zrasta się bardzo mocno z otrzewną ścienną, niekiedy także z powięzią poprzeczną, i wtenczas mogą się nastęczyć znaczne trudności przy wyluszczeniu. Operację utrudniają jeszcze zbyt wielkie rozmiary i niedostępne położenie (w małej miednicy) worka przed-



otrzewnowego. To też w wielu razach nie wystarczy samo rozcięcie kanału pachwinowego; lecz wypadnie cięcie przedłużyć, by otworzyć, jeżeli to będzie możebne, całą przednią ściankę worka wewnętrznego. Jeżeli pomimo to jeszcze nie zdołamy dokonać zupełnego wyluszczenia, musimy się zadowolnić wycięciem częściowym z jednoczesnym zaszcieniem otworu brzuszego. W razie niedostępnego położenia worka wewnętrznego (np. po za kością łonową), powinniśmy się starać wyciągnąć i oddzielić go na tyle, na ile to okaże się możebnem. Dla większego bezpieczeństwa w podobnych razach należałoby, sędzę, nakładać szew w dwóch miejscach: jeden szew powinien zamykać otwór brzuszny, drugi zaś—połączyć ścianki worka przedotrzewnowego, by go zupełnie oddzielić, jeżeli nie możemy wyluszczyć.

W tych wypadkach, w których wymiary obudwu worków są znaczne, nie chcąc robić od razu wielkiego obrażenia, możemy operację wykonać na dwóch posiedzeniach, jak to radzą robić w przepuklinach zwyczajnych (Lucas — Championière). Na pierwszym posiedzeniu wyluszczałoby się worek wewnętrzny i zaszywało otwór brzuszny, na drugim zaś możnaby usunąć worek zewnętrzny.

Chociaż Cambria zdołał w jednym wypadku uwięźnięcia przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej odprowadzić zawartość worka zewnętrznego do jamy brzusznej, jednakże nie można się wiele spodziewać od tego sposobu postępowania. Głównie na przeszkodzie tu stoi niemożność określenia, gdzie się otwór brzuszny znajduje. Wypadałoby próbować odprowadzenia w różnych kierunkach, lecz to zajęłoby wiele czasu i wątpliwa rzecz, czyby doprowadziło do celu. W obec tego rozpoznawszy uwięźnięcie przepukliny przedotrzewnowej, powinniśmy niezwłocznie przystępować do operacji.

Co się tyczy zachodu operacyjnego, to takowy wykonywano w rozmaity sposób. Najprostszymi sposobami przedstawia zwykłą herniotomię wewnętrzną, połączoną z nacięciem pierścienia zaciskającego trzewia. Pierwszy użył tego sposobu Dupuytren w wypadku opisanym przez Cruveilhiera. Przeciąwszy worek zewnętrzny, D. wprowadził palec do kanału pachwinowego, naciął pierścień pachwinowy wewn., który tworzył niewielkie zwięźlenie i następnie wszedł do worka wewnętrznego. Tu wyczuł zaciskający jelito pierścień brzuszny, naciął go herniotomem, wprowadzo-



nym pod osłoną palca i wtenczas z łatwością odprowadził uwięźnięte trzewo. Sposobu tego używają czasami i teraz. Jedną z większych niedogodności, jakie się przy tem następują, jest trudność działania nożem po omacku w worku wewnętrznym. To też Oberst i Neuber nie używali go zupełnie. Przeszedłszy palcem po za bramę przepuklinową i dosięgnąwszy pierścienia brzuszego, starali się oni rozszerzyć go lub rozerwać za pomocą tegoż palca. Osięgnąwszy to, dokonywali odprowadzenia, nie widząc zupełnie zaciśniętego miejsca kiszki. Inni radzili sobie w ten sposób, że starali się przybliżyć otwór brzuszny do bramy przepuklinowej i tu pod kontrolą wzroku robili nacięcie. W tym celu wydobywano na zewnątrz jelito, leżące w worku wewnętrznym, i pociągano je silniej, by przysunąć zaciskające miejsce (Baron—h. cruro-proper.). Gdy pierścień brzuszny był znacznie przesunięty i mało ruchowy, pomagali sobie jeszcze inaczej. Baron np. w wypadku przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej, znalazłszy miejsce zaciśnięcia znacznie przesunięte ku górze i na wewnątrz, postąpił w taki sposób: prawą ręką począł z góry naciskać na guz przepuklinowy (worek wew.), spychając go na dół. Tym sposobem sprowadził otwór brzuszny do poziomu bramy przepuklinowej. Wtenczas przytrzymał pierścień brzuszny dwoma palcami, a tymczasem uchwycił go i umocował na miejscu dwoma szczypcami hemostasycznymi. Teraz łatwo już było zrobić nacięcie ku górze i odprowadzić jelito.

Druga niedogodnością, jaką spotykamy przy użyciu tego sposobu, jest trudność odszukania pierścienia brzuszego. Trudno poradzić sobie zwłaszcza w przepuklinach sakiewkowatych, w których palec za bramą przepuklinową powinien z otwory wymacać. Löbker, wprowadziwszy palec, wyczuł pierścień worka przedotrzewnowego i naciął go herniotomem. Wyciągnąwszy jelito na zewnątrz, chciał go odprowadzić, lecz wszelkie próby okazały się daremnymi, ponieważ jelito zamiast do jamy brzusznej, wchodziło napowrót do worka przedotrzewnowego. Dopiero zrobiwszy herniolaparatomiję, odszukał otwór brzuszny, który był dostatecznie szeroki i bez nacięcia pozwalał odprowadzić jelito.

Ze względu na wyżej przytoczone trudności do herniolaparatomii uciekano się w większości wypadków, w których zdołano rozpoznać przepuklinę przedotrzewnową. Operacja ta polega na rozcięciu przedniej ścianki kanału pachwi-



nowego, oraz na rozcięciu powłok brzusznych i przedniej ścianki worka przedotrzewnowego. W tym celu, otworzywszy worek zewnętrzny, wprowadzamy palec po za bramę przepuklinową i na nim przecinamy warstwami powłoki brzuszne, pierścień pachwinowy wewnętrzny, szyjkę worka zewnętrznego i ściankę worka wewnętrznego. Niektórzy operujący (Neuber) rozcinali tylko samą ściankę kanału i szyjkę worka pachwinowego bez lub z bardzo małym przecięciem przedniej ścianki worka wewnętrznego. Ułatwiwszy sobie w ten sposób dostęp do worka wewnętrznego, po omacku odszukiwali i rozszerzali zaciskający pierścień, poczem wykonywali odprowadzenie. Sposób ten od, wyżej opisanej, herniotomii wewnętrznej z nacięciem pierścienia zaciskającego różni się tylko większym rozszerzeniem bramy przepuklinowej i pod względem wartości tak samo ustępuje hernio-laparatomii zupełnej. Ułatwia on wprawdzie odszukanie miejsca zaciśnięcia, lecz, w razie większego przesunięcia pierścienia brzuszno, zarówno jak herniotomia, nie pozala na dokładne obejrzenie zaciśniętego jelita, oraz na zaszczenie otworu brzuszno i wyluszczenie ścianek worka wewnętrznego. Jedna tylko hernio-laparotomia zupełna daje nam wolny dostęp do wszystkich części worka wewnętrznego. Rozumie się, iż mowa tu o tych głównie wypadkach, w których worek przedotrzewnowy zwrócony jest na zewnątrz i przylega do ścianki brzuszno. W razie skierowania worka ku małej miednicy, a także w przepuklinach udowo-przedotrzewnowych z konieczności musimy się ograniczyć rozcięciem tylko przedniej ścianki kanału.

W tych wypadkach przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych, w których worek mosznowy jest pusty, nad więzem zaś Poupart'a wyczuwamy guz charakterystyczny, zamiast przecinać najprzód worek zewnętrzny, a potem wewnętrzny, można rozciąć tylko ten ostatni. Operację tę dla odróżnienia od hernio-laparatomii, nazywają laparotomią, co nie jest zupełnie słuszne: rozciąwszy ściankę brzuszno, nie dostajemy się tu wprost do jamy otrzewno (laparotomia w ścisłym znaczeniu) lecz tylko do wnętrza worka przedotrzewnowego. Operacja ta, stosowana i w przepuklinach śródściennych, wykonywa się w sposób następujący: cięcie skórno prowadzi się na 2—3 cm. powyżej i równoległe do więzu Poupart'a, zaczynając się w pobliżu kolca biodrowego górnego, powinno się ono kończyć przy pier-



ścieniu pachwinowym zewnętrznym. Rozciąwszy warstwami powłoki brzuszne, dochodzimy do worka przedotrzewnowego, oddzielamy go, o ile można najwięcej i następnie przecinamy. Znalazłszy pierścień zaciskający, postępujemy jak wyżej. Względnie do położenia guza i kierunku cięcia w poszczególnych wypadkach może ulegać zmianom.

Laparotomię w ścisłym znaczeniu wykonano w 3 wypadkach. Raz wykonano ją sposobem pierwotnym (Orłowski — wypadek przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowe ściśle anatomicznie nie sprawdzony); dwa razy — sposobem wtórnym (Hürlimann, Werner). W wypadku Orłowskiego nie wyczuwano zupełnie guza przez powłoki brzuszne, ponieważ worek przedotrzewnowy leżał ze kością łonową. — Operator poprowadził cięcie pionowe w prawej okolicy pachwinowej po nad więzłem Poupart'a i otworzył jamę brzuszną. Wyciągając kolejno pętlicę jelita, natrafił na miejsce uwięźnięcia i wymacał, że takowe stanowiło ujście worka leżącego po za kością łonową. Otwór ten był tak szeroki, że udało się wyciągnąć jelito bez nacinania. Wydobyto przez ranę brzuszną kiszka okazała się tak zmienioną, że trzeba było zrobić odbyt sztuczny. Worka zewnętrznego nie rozcinano zupełnie, a nawet nie przekonano się na nie szczęście, ze strony jamy brzusznej o istnieniu takowego. — W dwóch innych wypadkach wykonano laparotomię sposobem wtórnym (Nachoperation), gdy robiona poprzednio herniotomia niedrożności nie usunęła. Hürlimann poprowadził cięcie w ten sposób, że kąt, wytworzony przez linię białą i więz Poupart'a, rozdzielił na dwie równe części. Badając następnie okolice przepukliny pachwinowej, wyczuł tu obecność worka przedotrzewnowego i znalazł otwór brzuszny. Pomimo że ostatni przepuszczał dwa palce swobodnie, pętlicy nie można było wyciągnąć z powodu jej zrostów ze ścianką worka wewnętrznego. W obec tego Hürlimann wprowadził obok jelita lewy palec wskazujący przez otwór brzuszny do worka wewnętrznego, oddzielił nim zrosty i prawą ręką pociągając pętlicę, wydobyl ją do jamy brzusznej, a potem na zewnątrz. W skutek procesu zapalnego, ścianki kiszki tak stwardniały i skurczyły się, iż światło zamknęło się prawie zupełnie. Nie chcąc robić rezekcji kiszki, operator siłą przepchał zawartość przez miejsce zwężone i jelito wpuścił do jamy brzusznej. Nastąpiło wyzdrowienie.



Drugą laparotomię wtórną wykonał Werner w wypadku przepukliny udowo-przedotrzewnowej. Guz udało się wyczuć nad gałęzią poziomą kości łonowej. Cięcie pionowe w regio hypogastrica. Wyciągając jelito, W. natrafia na przeszkodę. Palec wprowadzony do jamy brzusznej, znajduje zaciskający pierścień brzuszny po za i nad gałęzią poziomą kości łonowej. Po nacięciu pierścienia W. naddarł go jeszcze i kiszek nie wyciągał, przypuszczając że w ten sposób wytworzy się anus praeter naturalis. — Oględziny pośmiertne wykazały zgorzel kiszek, leżących w worku wewnętrznym.

Laparotomia ma tę złą stronę, że w razie zgorzeli jelita możemy je przerwać, wyciągając z otworu brzuszego i zawartość wylać do jamy otrzewnej. Ponieważ przystępując do operacji nie zawsze możemy być pewni, że znajdziemy jelito całe, powinniśmy przeto dać pierwszeństwo hernio-laparotomii przed laparotomią w ścisłym znaczeniu.

Na wzmiankę zasługuje jeszcze rękoczyn, wykonany przez Trendelenburga. Zrobiwszy herniotomię wewnętrzną i rozciąwszy całą przednią ściankę kanału pachwinowego, spostrzegł on, że otwór brzuszny znajduje się w pobliżu pępka. Ponieważ wydało mu się nieodpowiedniem, rozcinać ściankę brzuszną na znacznej przestrzeni; zrobił przeto cięcie na linii białej i od strony jamy brzusznej wyciągnął kiszkę z worka wewnętrznego. W ten sposób na jednym posiedzeniu wykonał odrazu herniotomię i laparotomię. Operacja taka, oprócz niepotrzebnego dziurawienia brzucha aż w dwóch miejscach, ściąga przeciwko sobie jeszcze ten sam zarzut, któryśmy tylko co uczynili laparotomii—możność wylania się kału do jamy brzusznej.

Podsumowawszy wszystko cośmy wyżej powiedzieli, okazuje się, że w razie uwięźnięcia przepukliny przedotrzewnowej za najodpowiedniejszą uważamy hernio laparotomię lub laparotomię niezupełną (t. j. rozcięcie samego tylko worka wewnętrznego). Operując w ten sposób, mamy zupełnie dostępne pole operacyjne, możemy bezpiecznie wykonać nacięcia i łatwo odprowadzić trzewia. Nadto mamy tu możliwość wyluszczyć worek wewnętrzny i zaszyć otwór brzuszny. Zwłaszcza ostatni względ wydaje mi się rzeczą dość ważną. W obec twardości i niepodatności pierścienia nie zawsze można liczyć na to, że ulegnie on zamknięciu wskutek zlepienia zapalnego.



Zaszywano zwykle otwór brzuszny, nakładając parę szwów węzłkowych. Krönlein dla dokładniejszego zaszywania nałożył szew podwójny: naprzód zrobił 4 szwy węzłkowe, następnie przeprowadził jeszcze podwiązkę podwójną w odległości 2 cm. od brzegu pierścienia i zawiązał ją, jak się zawiązuje około szypuły.

W celu zamknięcia otworu brzuszego Matlakowski posilkował się siecią. Usunąwszy tę część jej, która leżała w worku przepuklinowym i była włóknisto zwyrodniona, pozostałej części nie wpuścił swobodnie do jamy otrzewnej, lecz pomieścił w otworze brzuszny. Wyprowadzone przez ranę na zewnątrz podwiązki utrzymywały niejako kikut w tem położeniu. Pominąwszy to, że wyprowadzenie podwiązek nazewnątrz obecnie zarzucono, samo przymocowanie i przyrośnięcie sieci do okolicy pachwinowej nie zupełnie dogodnie, gdyż może się stać powodem nowych zaburzeń.

W razie objawów zapalnych ze strony otrzewnej podczas operacyi otworu nie zaszywają, lecz wstawiają weń gruby sączek (Löbker).

Worek przedotrzewnowy z powodu mocnych zrostów z otrzewną ścienną i powięzią poprzeczną rzadko tylko udało się wyłuszczyć całkowicie; przeważnie usuwano go częściowo, niekiedy zaś ograniczano się do wyłuszczenia tylko worka zewnętrznego.

Nacięcia pierścienia brzuszego wykonywano zwykle ku górze. Tylko Werner (h. cruro-prop.) nacinał ku górze i na wewnątrz.

W razie przesunięcia jądra do kanału pachwinowego, należy je usunąć wraz z odpowiednią częścią powrózka nasiennego. W ten sposób sprzyjamy gojeniu się rany, zapobiegamy tworzeniu się przepukliny i oszczędzamy choremu cierpienie, jakiego później mogło spowodować uciskanie jądra paskiem i bliznowatemi ściągającymi się tkankami. Można by było wprawdzie wpuścić takie jądro do jamy brzusznej, lecz tu może ono spowodować zrosty, które później dadzą powód do nowych zaburzeń. Zresztą zatrzymane w swym rozwoju jądro, jak dowiodły prace Godard'a, nie ma prawie żadnego znaczenia czynnościowego, co jeszcze bardziej przemawia na korzyść kastracyi.

Chociaż nie uważam za odpowiednie opisywać tu, jak należy postępować z siecią i jelitami znalezionymi w worku



przepuklinowym, chciałbym jednakże zwrócić uwagę czytelnika na jeden szczegół. Chcę mówić o postępowaniu z jelitem zmartwiałym. Pytanie, czemu dać pierwszeństwo, pierwotnej rezekcyi, czy odbytowi sztucznemu, stoi obecnie na porządku dziennym. Juillard i Riedel przemawiają za odbytem z tą różnicą, że pierwszy radzi robić rezekcyję kiszki po upływie 2 — 3 tygodni; podczas gdy drugi zaleca ją wykonać zaraz po upływie 24 godzin. Tymczasem Kocher robi rezekcyję zaraz od razu, opróżniwszy tylko dokładnie przedtem jelito. Nie mogę tu przytaczać wszystkich za i przeciw, które w tej kwestyi podają różni chirurdzy. — Wspomnę tylko, iż bardzo wielu przechyla się na stronę Kochera. Jakkolwiek bądź pytanie to rozstrzygnięte będzie w przyszłości, obecnie jednakże chirurg często zmuszony jest uciekać się do robienia odbytu sztucznego. Jeżeli w przepuklinach zwykłych uważamy tę operacyję za najodpowiedniejszą, to tem bardziej musi to stosować się do przepuklin przedotrzewnowych. Oprócz osłabienia chorego i braku odpowiedniej pomocy, samo zbyt długie trwanie operacyi każe nam w wielu podobnych wypadkach dać pierwszeństwo sztucznemu odbytowi przed rezekcyją kiszki.

Chciałbym jeszcze rzec słów parę odnośnie wykonania samej operacyi, chociaż poglądy swe oprę nie tyle na faktach, ile na rozumowaniu. Zwykle robiąc odbyt sztuczny, przyszywamy otrzewną jelita do skóry. Postępowanie takie, które nawet w przepuklinach zwykłych sprzyja czasami wytworzeniu się ropnych zatok w kierunku do jamy brzusznej, zdaje mi się zupełnie nieodpowiedniem w przepuklinach przeotrzewnowych. Przyszywając kiszkę do skóry, pozostawilibyśmy tu po za ścianką brzuszną worek wewnętrzny, ny, ścianki którego, pomimo najtroskliwszego oczyszczenia od kału i tkanek zmartwiałych, mają skłonność do ropienia. Ropienie to nie tylko nie pozwoli wytworzyć się mocniejszym zrostom pomiędzy pierścieniem i kiszką, lecz może przejść na otrzewną i spowodować ogólne peritonitis. To też, zdaniem mojem należałoby tak postąpić: wyciągnąć kiszkę na tyle, by końce jej wystawały po na poziom skóry; następnie przyszyć otrzewną jelita do pierścienia brzusznego i cały worek przedotrzewnowy wypełnić workiem Mikulicza, koniec którego wyprowadzić obok kiszki. Do skóry można kiszki wcale nie przyszywać, lub też przymocować ją paroma tylko ściegami. Ażeby worek Mikulicza nie zawałał się



kałem od zewnątrz, należy w światło doprowadzającego odcinka kiszki wstawić rurę gumową, okręconą gazą jodoformową, a nadto zabezpieczyć worek od zewnątrz za pomocą kawałka ceratki. Postępując w ten sposób, przeszkadzamy z jednej strony nagromadzeniu się i rozkładowi płynu w worku wewnętrznym z drugiej zaś strony ułatwiamy sobie późniejsze wykonanie rezekcyi. Nawet w tych razach, gdy wykonano rezekcyję kiszki z powodu jej przedziurawienia, zamiast zupełnego zeszcicia rany, uważałbym za odpowiednie zaszyć tylko otwór brzuszny, cały zaś worek wewnętrzny wypełnić workiem z gazy jodoformowej.

---

W ciągu niniejszej pracy zaznaczyliśmy wielokrotnie ścisły związek, jaki zachodzi pomiędzy h. properitonealis Krönlein'a i h. interstitialis Goyrand'a zarówno pod względem pochodzenia, jak i objawów. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na trzecią odmianę przepuklin pachwinowych, pokrewną dwóm pierwszym. Odmianę tę opisał Küster<sup>40)</sup> pod mianem h. inguino-superficialis. Powstaje ona wskutek tego, że kanał pachwinowy nie przebiega ukośnie, jak to ma miejsce w warunkach prawidłowych, lecz przebija ściankę brzuszną wprost od tyłu ku przodowi, tworząc jakoby dziurę w powłokach brzusznych. W podobnych wypadkach można jest zupełnie próżna; natomiast worek przepuklinowy, całkiem pozbawiony tych powłok, jakie tworzą fascia superficialis, cremaster i fascia infundibuliformis, leży zupełnie powierzchownie tuż pod skórą. Obok trzewi worek zawiera jeszcze niedokształcone jądro, leżące pod skórą przed pierścieniem pachwinowym zewnętrznym. Brama przepuklinowa stale bywa szeroka. Sznurek nasienny dwa razy spostrzegano na zewnętrznej stronie worka i raz—na wewnętrznej. Za przyczynę powstawania podobnych przepuklin Küster uważa także zatrzymanie jądra w rozwoju i nieprawidłowe przyczepienie jądrovodu Huntera do przedniej ścianki brzusznej, t. j. te same przyczyny, za pomocą których tłómaczą powstawanie przepukliny śródściennej i przedotrzewnowej. Tu muszę nadmienić, że h. inguino-superficialis Küstera nie przedstawia nic nowego. Czytelnik przypomina sobie, żeśmy na początku niniejszej pracy wspominali o klasyfikacyi przepuklin pachwinowych, podane przed 36 laty przez Schindler'a i Stendner'a. Otóż pod mia-



no przepukliny śródściennej Goyrand'a podciągano tam trzy różne odmiany: *h. interstitialis muscularis*, *h. extra-peritonealis* i *h. inguino-subcutanea*. Dziś pojęciu o przepuklinie śródściennej odjęto cechę ogólną, jaką z niem dawniej łączono. To, co ongi zwano *h. interstitialis muscularis*, obecnie zwiemy—*h. interstitialis Goyrandi*; zamiast nazwy *h. extra-peritonealis*, którą zmieniano wielokrotnie, obecnie ustalono nazwę *h. properitonealis*; wreszcie Küsterowi podobało się starą herniam instersitalem subcutaneam ochrzcić mianem *h. inguino-superficialis*. Rzeczywiście opisana przez Boyer'a *h. interstitialis subcutanea* posiada te same cechy, które Küster podaje dla *h. inguino-superficialis*. To, że Boyer i Langenbeck przypuszczali, iż przepukliny tego rodzaju nie posiadają worka, lecz trzewia leżą w nich wprost pod skórą, godzi się w zupełności z ówczesnymi pojęciami o przepuklinie oraz ze spostrzeżeniami Küstera. Ten ostatni mianowicie powiada, że w przepuklinach pachwinowo-powierzchnowych worka przepuklinowego nie pokrywa żadna z warstw ścianki brzusznej, za wyjątkiem skóry, tuż pod którą worek leży. Nic dziwnego, że w takich warunkach Boyer nie spostrzegł cienkiej ścianki worka i sądził, że w tego rodzaju przepuklinach worek pęka i trzewia wydobywszy się z niego, układają się swobodnie pod skórą.

Na tem kończę opis przepukliny przedotrzewnowej, prowadzony w związku z przepuklinami jej pokrewnymi. Po dwakroć już przedemną podnoszono tę kwestyję w literaturze naszej; to też mnie pozostało tylko uzupełnić, co poprzednicy moi podali wcześniej do świadomości ogółu. Uczyniłem to, spożytkowawszy źródła, jakie mogłem otrzymać. Na nieszczęście w wielu razach zamiast oryginału musiałem posiłkować się tylko streszczeniami. Wprawdzie te ostatnie prawie zawsze brałem z dwóch źródeł (Krönlein i Wagner), które się wzajemnie uzupełniały, jednakże najlepsze streszczenie nie dorówna oryginałowi. Kto zna jednakże ubóstwo naszych bibliotek, zwłaszcza pod względem rzeczy starszych, ten usprawiedliwi mnie zupełnie. W pracy niniejszej zrobiłem silniejszy nieco nacisk na część anatomiczną, najmniej dotąd uwzględnianą przez wszystkich, którzy pisali o przepuklinie przedotrzewnowej. Mówiąc o tem, co już zrobiono, starałem się zwracać uwagę czytelnika na to, na co wypadaloby pilniej baczyć w przyszłych spostrzeżeniach. Obecne wiadomości o przepuklinie przedotrzewnowej



zawierają wiele braków, które przyszłość dopiero może dopełnić. Otóż ze względu na to, każdy wypadek odpowiedni, byle sumiennie spostrzegany, ma pewną wartość dla nauki i powinien być ze szczegółami notowany.

Aczkolwiek starałem się, o ile mogłem, być wszędzie zrozumiałym, nie wiem, czym to w zupełności osiągnął. — Złazsza część anatomiczna, jako bardziej zawiła, co wypływa z samej istoty rzeczy, może nastreczyć czytelnikowi niejakie trudności w zrozumieniu; obawiam się tego tem bardziej, że, jak sam przyznaję, wypadłoby tam może układ treści nieco zmienić. To też ze względu na to, jako też w celu oszczędzenia zmudnych poszukiwań przyszłym pracownikom, którzy zechcą zająć się tą kwestyją, obok spostrzeganego przez siebie wypadku podaję streszczenia wszystkich innych, które zdołałem zgromadzić \*). Nadto zwracam uwagę czytelnika na sprostowania, pomieszczone w odpowiednich miejscach pisma.

(Opisy wypadków w N-rze następnym).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija doświadczalna.

62. ARLOING M. S. **Przyczynek do rozróżnienia doświadczalnego zolżów i gruźlicy ludzkiej.** — Essai sur la differentiation experimentale de la scrofule et de la tuberculose humaines. — *Revue de med.* 1887 — N. 2.

Przed niedawnym czasem zolży i gruźlica uważane były za dwie oddzielne formy chorobowe, obecnie coraz więcej ujawnia się dążenie do zlania tych dwóch form w jedną. Lecz podczas kiedy jedni dowodzą, że gruźlica jest ostatnim wyrazem zolżów, drudzy uważają zolży za gruźlicę umiejscowioną, gotową rozszerzyć się po całym ustroju przy pewnych warunkach. Teoryja unitarna osnutą została na tle badań anatomicznych, poszukiwań laseczników Kocha i doświadczeń ze szczepieniem.

\*) Szczególniej radziłbym czytelnikowi przejrzeć wypadki Löbker'a, Orłowskiego, Werner'a, po części zaś Nussbaum'a i Terrier'a. Źródła oryginalne do tych wypadków otrzymałem dopiero po wydrukowaniu pierwszej części tej pracy. To też dwóch pierwszych wypadków w części anatomicznej i statystyce wcale nie pomieściłem, ponieważ o nich dowiedziałem się zaledwie po wydrukowaniu tej części. Wypadek Werner'a znany mi był tylko z lichego streszczenia i dla tego bardzo mało go uwzględniłem. Odnośnie pracy Nussbaum'a i Terrier'a czerpałem wiadomości ze streszczeń wcale nie złych, co dało mi możność uwzględnić je dostatecznie.



Autor ostrzega, że w danej sprawie należy być ostrożnym z wyprowadzaniem wniosków ostatecznych, że prace wykonane dotychczas w tym kierunku odznaczają się brakiem ścisłości, który szczególniej przejawia się w doświadczeniach ze szczepieniem. Szczepiono bez wyróżnienia produkty gruźlicy płucnej mózgowej lub kostnej, gruczołów szyjowych, zapalenia stawów, ropni zimnych lub tocznia i t. p. jako grunt do szczepień brano bez wyróżnienia króliki, świnki morskie, psy, nie zastanawiając się czy zwierzęta te są jednakowo wrażliwe na sprawę gruźliczą, wreszcie sam sposób szczepienia był bardzo rozmaity; a pomimo tego każdy czuł się upoważnionym do wyprowadzania wniosków ogólnych. Autor ma zamiar skutecznie cały szereg ścisłych doświadczeń w celu określenia wzajemnej zależności zółzów i gruźlicy, i przedstawia nam pierwszą część swej pracy, w której zwraca uwagę na znaczną różnicę, jaka występuje przy szczepieniu tych samych produktów chorobotwórczych królikom i świnkom morskim.

Autor szczepił produkty typowej gruźlicy z jednej i zółzów z drugiej strony królikom i morskim świnkom. Produkty gruźlicze wywoływały ogólne zakażenie zarówno u królików jak i u morskich świnek; sok zaś wyciśnięty z gruczołów zółzowatych po zaszczepieniu u królików nie sprowadzał gruźlicy, podczas gdy u świnek morskich występowały objawy gruźlicy ogólnej. Z tego autor wnosi, że albo zółzy są specyficznie różne od gruźlicy, albo też są one gruźlicą osłabioną, która jest w stanie przyjąć się u morskich świnek, jako więcej wrażliwych na jad gruźliczy.

Dalej autor zaszczepił sok z gruczołów osobnika zółzowatego królikom i świnkom morskim, i u wszystkich zwierząt rozwinęła się gruźlica ogólna. Wywiady wykazały, że osobnik, którego wycięte gruczoły użyte były do doświadczeń, a który klinicznie uważany był za zółzowatego, po operacji porażony został gruźlicą opon mózgowych. W danym więc wypadku była gruźlica umiejscowiona, błędnie uważana za zółzy, co wykryło doświadczenie i potwierdziła klinika.

Wychodząc z zasad ogólnych, jeżeli jad zółzów jest osłabionym jadem gruźlicy, to hodowany kilkakrotnie na gruncie przyjaznym, jakim jest ustrój świnki morskiej, powinien się wzmacnić i być w stanie następnie spowodować gruźlicę ogólną u królika. Tak się ma w rzeczy samej z gruźlicą miejscową kości—która zaszczepiona królikowi nie jest w stanie wywołać gruźlicy ogólnej, lecz przeprowadzona np. dwukrotnie przez ustrój świnki morskiej po zaszczepieniu królikowi, powoduje sprawę ogólną. Jednakże z jadem zółzów doświadczenie to nie udaje się. Po dwukrotnem przeprowadzeniu jadu zółzów przez ustrój świnki morskiej, pod postacią gruźlicy ogólnej, zaszczepienie produktów tej ostatniej królikowi, pozostaje bez skutku pożądanego. Ztąd autor wnosi, że jakkolwiek pomiędzy jadem zółzów i gruźlicy bez zaprzeczenia istnieje pewne pokrewieństwo, jednakże i różnica jest znaczna. Bliższe określenie tej różnicy będzie przedmiotem następnych prac autora.

Wł. Zawadzki.



## II. Medycyna wewnętrzna.

63. John CURNOW. **Leczenie duru brzuszego zimnemi wilgotnemi okładami i alkoholem.** The treatment of typhoid fever by the cold wetpack and alcohol. (*The Lancet* N. 1. 1887).

Opierając swoje spostrzeżenia na 300 przeszło przypadkach duru brzuszego, zebranych w ciągu 5-ciu lat ostatnich, D-r Curnow przyszedł do przekonania że zimne okłady daleko większą korzyść przynoszą, aniżeli zimne kąpiele, na co w zupełności zgadza się i D-r Broadbent.

Zastosowanie okładów natychmiast winno mieć miejsce, jeżeli gorączka podnosi się dosyć wysoko, t. j. przechodzi po za 38,5° C. Sama czynność odbywa się w sposób następujący: Kawałkami płótna podwójnie złożonemi i zmoczanemi w zimnej wodzie okłada się piersi i brzuch, zaś głowa i kończyny pozostają swobodne. Jeżeli okłady zaczynają wysychać, należy natychmiast zastąpić je innemi i powtarzać to dotąd, dopóki temperatura nie spadnie do 38,5 lub mniej. Gdy to nastąpi, okładania się wstrzymują, a chorego wyciera się mocno na sucho i pozostawia w spokoju dopóki temperatura nie podniesie się znowu do wysokości 39,5° C. U kilku chorych w ciężkich bardzo przypadkach zimne okłady były stosowane bez przerwy w ciągu dni 8, z małemi przerwami w ciągu dwóch tygodni, co dowodzi, że i dłużej mogą być stosowane. Oprócz 2 lub 3 gran siarczanu chininy dwa lub trzy razy dziennie — żadnych innych wewnętrznych środków chorym nie przepisywano.

Oprócz okładów D-r Curnow daje chorym jeszcze wódkę, dzięki której — jak zapewnia — wielu chorych zawdzięcza swoje życie.

Wódkę przepisuje w sposób następujący:

Do trzech lub czterech łyżek mleka lub mocnego buljonu podawanego choremu co 20 minut lub co pół godziny dolewało wódki (nigdy wódki nie daje samej) w takiej ilości, aby cała ilość dzienna wynosiła 12—20 uncyj lub nieco więcej. W razie, gdy chory nie chciał przyjmować mleka lub buljonu, a puls był słaby i drobny — dawano łyżkę stołową szampańskiego z dodatkiem wódki, tak że w ciągu choroby każdy chory zażywał 350 do 400 unc. wódki.

Następnie autor przytacza cztery przypadki przebiegu duru brzuszego pod wpływem leczenia zimnemi okładami i wódką i kończy zapewnieniem, że powyższy sposób leczenia duru brzuszego wydał mu rezultaty, które przeszły wszelkie jego oczekiwanie — albowiem w ciągu ostatnich lat siedmiu, to jest z 400 przeszło przypadków (w ciągu ostatnich lat pięciu zebrał przeszło 300), zmarło zaledwie ośm osób, w tej liczbie 4 przypadki śmierci spowodowane krwotokami, 2 — przedziurawieniem kiszki i następczem zapaleniem otrzewnej, jeden spowodowany zatorem żył podczas recydywy i jeden — zapaleniem płuc.

*Drzewiecki.*



64. MATHIEU. **Dur wątrobiany niezłośliwy, powrót, wyzdrowienie.** *Revue de Med.* Jul. 1886.

Młody człowiek lat 23 po kilku dniach ogólnego niedomagania raptownie dostał wymiotów, bólu głowy i dreszczy powrotnych. Bezsensowność i zawrót głowy. Status typhosus. — Różyczki ani wzdęcia brzucha nie spostrzega się. Ciepłota 40°. Kilkakrotne krwawienie z nosa. Piątego dnia choroby zjawiała się wyraźna żółtaczka. Wymioty żółciowe. Po środku przecyszczającym wypróżnienie bezbarwne. Wątroba nie przedstawia nic osobliwego. Sledziona powiększona. W moczu niewielka zawartość białka. Krwawienie obfite z nosa powtarza się. Wybroczyny krwawe podskórne na goleniach. Dziewiątego dnia choroby ciepłota stopniowo spadła do 37° C. Polepszenie ogólne trwało przez 5—7 dni. Chory zaczął się podnosić. Osmnastego dnia choroby wszystkie objawy powróciły na nowo prawie z pierwotną siłą: ogólne osłabienie, ból głowy, wymioty; żółtaczka już nieco osłabiona zwiększyła się znów, krwawienie z nosa, ciepłota 40°. W przeciągu tygodnia wszystkie objawy stopniowo zmniejszały się i po 35-ciu dniach choroby chory był zupełnie zdrow.

Autor nie był w stanie podciągnąć spostrzeganych objawów pod żadną z dotychczas znanych postaci chorobowych klinicznych, uważa chorobę przez siebie spostrzeganą za zakaźną z umiejscowieniem głównem w wątrobie i za przykładem Landouzy'ego skłonny jest nazwać ją durem wątrobianym niezłośliwym. Większa ilość spostrzeżeń określi właściwą przyrodę cierpienia, które według autora dotychczas zostaje w większości wypadków nierozpoznane i zamieszczone w dziale żółtaczki nieżytowej (Chaffard) lub żółtaczki nieżytowej epidemicznej (Kelsch).

*Przypisek Sprawozdawcy.* Dwa, bardzo zbliżone do wyżej przedstawionego obrazu, wypadki miałem sposobność spostrzeżać u kobiet w wieku lat 25 i 30, jeden w Grudniu roku zeszłego w praktyce prywatnej, drugi w Kwietniu roku bieżącego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Choroba trwała około miesiąca z ogólnymi objawami tyfusu o dwóch nasileniach z tygodniową przerwą. Żółtaczka bardzo wyraźna, bolesność wątroby, znaczne powiększenie sledziona i bolesci w brzuchu. Wymioty częste żółciowe. Stolec bezbarwny, biegunki nie było. Obfite powtarzające się krwawienie z nosa. W moczu stała obecność białka. Objawy mózgowe i ogólna niemoc. Środki alkaliczne pozostawały bez wpływu. Chinina podawana do wewnątrz po 5 gr. trzy razy dziennie, usuwała wymioty dokuczliwe i krwawienie z nosa, i stopniowo sprowadziła wyzdrowienie zupełne. W obudwu wypadkach rozpoznanie postawione nie było. — Przebieg i całość spostrzeganych objawów nasuwały mi myśl, że się znajduję w obec jakiejś nieznannej choroby zakaźnej.

*Wł. Zawadzki.*

65. WEIL A. **O osobliwej chorobie zakaźnej ostrej.** *Deutsch Arch. f. Klin. Med.* 1886. 39.



Autor przedstawia cztery przypadki nieznanej choroby ostrej, której przebieg da się streścić mniej więcej tak:

Początek ostry, bez zwiastunów, w wyjątkowych wypadkach dreszcze silne. Chorzy uskarżają się na brak apetytu, uczucie silnego znużenia, silne bóle w krzyżu i kończynach.— Silne osłabienie zmusza chorych położyć się do łóżka na drugi lub trzeci dzień choroby. Występuje ból głowy, zawroty, brak snu, bredzenie i w ogóle *status typhosus*. Język obłożony, wymioty, rozwolnienie lub zaparcie stolca, bóleści mniej lub więcej silne. Żółtaczka nieznaczna skóry i galki ocznej. Nieznaczne powiększenie wątroby i znaczniejsze powiększenie śledziony. W moczu białko i pałeczki. Stan gorączkowy.

Od piątego do ósmego dnia stan widocznie polepszał się, wszystkie objawy chorobowe stopniowo zmniejszały się. Gorączka spadała, żółtaczka traciła swą wyrazistość, objawy mózgowie słabły, objętość śledziony zmniejszała się. Stan taki trwał od jednego do siedmiu dni, po których gorączka znów wzmała się, zjawiała się silniejsza żółtaczka, powiększenie śledziony i białko w moczu. Polepszenie ostateczne zaczynało się na dziesiąty, czternasty, dwudziesty czwarty dzień. W jednym wypadku polepszenie pierwotne zatrzymało się do końca. U wszystkich chorych wyzdrowienie ciągnęło się powolnie i do zupełnego powrotu do sił upływało wiele czasu.

Autor sądzi że miał do czynienia z jakąś nową chorobą zakaźną. Formy kliniczne—jak gorączka tyfoidalna, tyfus powrotny żółtaczkowy, tyfus żółciowy Griesingera, ostry zanik żółty wątroby nie odpowiadają tym objawom jakie były spotrzegane w danych wypadkach.

*Wl. Zawadzki.*

66. D-r HANAU. (Zürich). **Umiejscowienie i szerzenie się gruźlicy w płucach.** (*Zeitschr. f. Klin. Med.* XII B. 1, 2 H.).

### 1. Pierwotna gruźlica wierzchołkowa.

Powszechnie znany fakt częstego poczynania się pierwotnej gruźlicy płuc od wierzchołków objaśniano w sposób następujący:

1) Wierzchołki wskutek nieznacznego udziału w ruchach oddechowych niedostatecznie są przewietrzane i dla tego wszelkie sprawy zapalne wierzchołkowe przewlekają się.

2) Wierzchołki są częstym siedliskiem spraw zapalnych, usposabiających do gruźlicy (Ziegler).

3) Wierzchołki, jako szczyty płuc, są najmniej ukrwione (Rindfleisch).

Hanau roztrząsa trzy te punkty kolejno:

Ad 1) Jakkolwiek tradycyjalnie niemal jedni za drugimi prawią o niedostatecznym przewietrzaniu wierzchołków płuc, jako o momencie usposabiającym do gruźlicy, jeden tylko Rühle postarał się uzasadnić to twierdzenie. Autor ten wskazuje na niedostateczny rozwój mięśni wdechowych górnych przy tak zwanej klatce paralitycznej na zapadnięcie okolicy nadobojczykowej



przy głębokim wdechu, z czego wnosić można o nieznacznym udziale wierzchołków przy wdechu, w zależności od ucisku przez powietrze atmosferyczne tej części płuc, która znajduje się zewnątrz klatki piersiowej (wierzchołek); dalej mówi R. o wypełnianiu dołu nadobojczykowego przy głębokim wydechu, co wskazywać może na to, że powietrze wydalone przy wydechu z dolnych odcinków płuc, przechodzi do wierzchołków, niosąc ze sobą wydzieliny oskrzeli, ciała z zewnątrz (pył) i t. p. Wszystko to zatrzymuje się w wierzchołkach, mało mając widoków na wydostanie się ztąd.

Na zasadzie licznych oględzin zwłok ludzi starych H. twierdzi, że ogniska pylicowe (anthracosis, chalicosis) napotykają się przedewszystkiem w wierzchołkach. Kussmaul, Zenker, Friedreich, Merkel z Nürnbergu i inni zgadzają się ze zdaniem autora. (Te nieliczne wypadki pylicy, w których ogniska znajdowano w dolnych ustępach płuc (Seltmann), zdarzają się przy wdechaniu wielkich ilości pyłu; pył ten sprowadza nieżył oskrzeli i wydzielina wraz z pyłem, ulegając prawu ciężenia, spływa do dolnych płatów). Czy wobec umiejscowienia pylicy w szczytach wolno mówić o nieznacznym udziale wierzchołka przy wdechu, a względnie o niedostatecznym przewietrzaniu?

Gdyby szczyty były mało dostępne dla powietrza, można by się spodziewać w tych miejscach zapadu płuc, tymczasem bardzo często spotykamy się tutaj z rozedmą.

Takie rozważanie doprowadza autora do wniosku, że szczyty przy wdechu rozszerzają się dostatecznie, może więcej niż pozostałe części płuc.

O ile zaś zgodzimy się na nieznacznym udział wierzchołków przy wydechu (porów. Rühle), (co zależy od niedostatecznego rozwoju mięśni wydechowych górnej części klatki piersiowej), umiejscowienie gruźlicy pierwotnej w wierzchołkach stanie się zupełnie zrozumiałem: zarodniki względnie prątki gruźlicze osiedlają się w tych częściach płuc, dokąd z łatwością dostać się mogą i z kąd im się trudno wydobyć \*).

Ad 2) W jaki sposób sprawy zapalne usposabiać mogą do gruźlicy?

Znajdujemy następujące wyjaśnienia: a) prątki gruźlicze łatwiej dostają się do ustroju przez błonę śluzową chorobowo

\*) Tak rozumuje Hanau. Teoryja autora nie wyjaśnia przyczyny zapadania okolicy nadobojczykowej przy wdechu, co więcej — jedno drugiemu przeczy. A fakt zapadania nie ulega najmniejszej wątpliwości. Nam się wydaje, że umiejscowienie w szczytach ognisk pylicowych i gruźliczych zupełnie wystarczająco objaśnia stara teoryja niedostatecznego przewietrzania wierzchołków: przy wdechu pył, zarodniki bakteryj, same bakteryje i t. p. dostają się do płuc, — w bardzo nieznaczej ilości do górnych ustępów, o wiele w większej do dolnych; przy wydechu, szczyty nie są w stanie pozbyć się ciał obcych, za to z dolnych części płuc ciała te zostają wydalone po części na zewnątrz, po części do szczytów.

(Sprawozdawca).



zmienioną, b) wytwory zapalne stanowią grunt, sprzyjający rozwojowi prątków, c) Ziegler wskazuje na zmniejszoną żywotność „zarłocznych ciałek białych t. zw. phagocytów.

Ad a) Obrażenie, jako moment sprzyjający osiedlaniu się prątków pochodzących z wewnątrz (entogene), uważać należy za zbyteczne, co się zaś tyczy prątków z zewnątrz, to dla nich — o ile mogą przenikać przez niezmienny przyblonek cylindryczny przewodu kiszkiowego — czemóżby komórki pęcherzyków płucnych miały stanowić zapórę? \*).

Ad b) Szczepienia gruźlicy na martwej glebie trudniej się udają, niż na żywej.

Ad c) Dotąd nie wiadomo na pewno, czy rzeczywiście ciała białe krwi odgrywają taką rolę w sprawach chorobowych, jak tego chce Mieczników.

Ad 3) Jakkolwiek wiadomo, że przy zwążeńiach tętnicy płucnej często występuje gruźlica płuc (Klebs), nie mniej jednak tlómaczenie Rindfleisch'a pozostaje niewystarczającym. — Ciśnienie w tętnicy płucnej odpowiada mniej więcej 50 mm. rtęci. Czyżby tedy przy takim ciśnieniu prąd krwi nie zdołał dotrzeć do wierzchołka?

Dalej — przecież nie niustannie ludzie stoją, chodzą lub siedzą; — wreszcie płuca niedokrewne u osobników dotkniętych rozedmą, bardzo rzadko — wyjątkowo niemal podlegają gruźlicy.

Tak tedy Hanau odrzuca wszystkie dotąd istniejące wyjaśnienia przyczyny częstego umiejscowienia gruźlicy pierwotnej w wierzchołkach, a natomiast buduje nową teorię (vid. ad 1), która — mniemamy — może mieć zaledwie pozory słuszności.

## 2. *Przywilej (immunitas localis), jaki mają pewne płuca względem gruźlicy.*

Za tak uprzywilejowane płuca uważać możemy: płuca garbatych—uciśnięte; marskość płuc przy istniejącej pylicy, wreszcie rozedma płucna.

Płuca pierwszych nie są w stanie wciągnąć w siebie prątków wskutek zmniejszenia prężliwości. Płuca marskie—bliznowato zmienione—stają się poprostu niedostępnymi dla zarodników czy prątków gruźliczych. Pylicę możemy więc uważać za chorobę, zabezpieczającą do pewnego stopnia od gruźlicy. To stwierdzają liczni lekarze górniczy (Seltmann i inni). Oczywiście może się to tyczyć tej tylko pylicy, która powstaje w górach. Rzecz ta przedstawia się zupełnie odmiennie, kiedy mowa o pylicy powstającej w wielkich miastach. W tym ostatnim razie wraz z cząstkami pyłu wciągamy w płuca zarodniki gruźlicze — miejski pył to wyborny wózek (vehiculum) dla prątków.

\*) Autor widocznie zapomina o tem, że do powstania gruźlicy drogą przewodu pokarmowego niezbędnymi są obrażenia błony śluzowej tegoż przewodu. (Sprawozdawca).



Szczyty płuc, dotknięte rozedmą, stale są rozciągnięte i z tego względu podczas wdechu mało aspirują, co dowodnie wykazuje Merkel, który w miejscach uległych rozedmie, stale nie znajdował pyłu (siderosis).

### 3. Szerzenie się gruźlicy w płucach.

Ziegler, a pono przed nim Virchow wykazali, że szerzenie gruźlicy w płucach odbywa się drogą samozakażenia—przez aspirację mas zakaźnych.—Jako materjał zakażający służą albo gruczoly oskrzelowe przez sprawę gruźliczą zmienione, albo też masy serowate, z jam gruźliczych pochodzące. Z pierwszym sposobem samozakażenia spotykamy się przeważnie u dzieci, u których po chorobach ostrych często występuje gruźlica. J. Michaël tak fakt ten objaśnia: gruczoly limfatyczne, zawierające od dawna prątki gruźlicze, wskutek obrzmiewania, towarzyszącego danej sprawie, zapalnej pękają. H. zajął się wskazaniem i wyjaśnieniem umiejscowienia w płucu gruźlicy wtórnej, powstałej przez aspirację prątków i zarodników swoistych z ognisk już oddawna istniejących w płucach.—W formach o przebiegu ostrym—*phthisis florida*—ogniska gruźlicze wtórne (świeże) znajdujemy w dolnych przednich odcinkach płuca, w gruźlicy zaś o przebiegu przewlekłym z ogniskami świeżymi spotykamy się zazwyczaj w górnych odcinkach płuc.

Fakty te tak autor objaśnia: w pierwszym razie to jest w gruźlicy ostrej—wytwarza się znaczna ilość pierwiastków zakażających, które ulegając powszechnemu prawu ciężenia, opuszczają się ku dołowi, a przez kaszel zostają wepchnięte do przednich ustępów. W gruźlicy o przebiegu przewlekłym, w którym wytworów gruźliczych o wiele mniej, cząstki zakażające zostają uniesione przez prąd powietrza, powstający przy kaszlu, do górnych płatów.

### 4. Szybki postęp gruźlicy po porodzie.

Czy gruźlica zatrzymuje się w swym przebiegu w czasie ciąży, stanowczo orzec niepodobna, szybki atoli jej rozwój po rozwiązaniu nie ulega wątpliwości. Fakt ten zazwyczaj objaśniano osłabieniem ustroju wskutek porodu. H. przytacza 3 przypadki, w których oddawna istniejąca gruźlica po porodzie szybko ogarnęła znaczne przestrzenie płuc.—Gdyby szybki postęp gruźlicy po porodzie zależał od wyniszczenia, powinniśmy znajdować gruźlicę prosówkową w wielu narządach. Tymczasem we wszystkich 3-ch przypadkach spotykał się autor z licznymi świeżymi ogniskami gruźliczymi tylko w płucach i w przewodzie pokarmowym. Świeże ogniska płucne oddzielone były od starych pasmem tkanki płucnej zdrowej. W przypadkach, w których jeden z wierzchołków był przeważnie zajęty przez starą sprawę gruźliczą, świeże ogniska znajdowano w innych częściach odpowiedniego płuca.

Na mocy tych danych przychodzi autor do wniosku, że i tu mamy do czynienia z samozakażeniem, powstającym przez aspirację mas, ze starych ognisk pochodzących. Aspiracja ma się odbywać przy głębokich wdechach, bólem porodowym



towarzyszących.— Jakgdyby na poparcie twierdzenia autora opisuje Klebs jeden przypadek gruźlicy prosówkowatej, powstałej wskutek ćwiczeń gimnastycznych.

W taki sam sposób objaśnia Hanau gruźlicę pochodzenia urazowego i tu przed wybuchem gruźlicy znajdowały się zapewne w płucach ogniska gruźlicze, niedostępne dla metod fizykalnego badania.

Co się tycze umiejscowienia tak powstałych świeżych ognisk gruźliczych, to w jednym przypadku znaleziono je w dolnych tylnych ustępach dolnego płatu. Autor tak to objaśnia: chora w czasie porodu leżała na grzbiecie; wskutek tego wydzielina spływała ku tyłowi i dołowi, a ponieważ w danym razie poród odbył się szybko, za mało było wdechów na to, aby spływającą płwocinę wepchnąć do przednich części.

W drugim wypadku, dotyczącym młodej pierwiastki, wtórne ognisko znaleziono w tylnych ustępach górnego płatu. Zależać to mogło od silnych licznych wydechów pierwszy raz rodzącej.

W trzecim nakoniec wypadku, w którym poród był bardzo trudny, długotrwały, w którym ruchy wdechowe i wydechowe były bardzo silne, znaleziono w myśl teorii autora liczne świeże ogniska, rozrzucone na całej przestrzeni odpowiedniego płuca.

*Chelmoński.*

### III. Chirurgija.

67. Prof. R. v. MOSETIG-MOORHOF.—**Terapija przy oparzeniach.** (*Wiener Med. Presse.* N. 2 i 3. 1887).

Za punkt wyjścia dla leczenia oparzeń stawia prof. M. teorię, wypowiedzianą jeszcze przez Dupuytrena, że śmierć przy oparzeniu powstaje w skutek silnego bólu, a zarazem w skutek nadzwyczajnego pobudzenia organów krążenia i oddychania. Jako przyczynę podrażnienia systemu nerwowego M. przyjmuje nagły brak znacznej ilości ciałek krwi dostarczających tlen i trujące działanie produktów rozpadowych, znajdujących się w krwiobiegu.

Przebiegając środki używane dla izolowania miejsc oparzonych od drażniącego działania powietrza, jako to: pokrywanie ceratką, watą, collodio elastico, lnianym pokostem i trzymanie chorego w ciągłej wannie, uważa M. wszystkie te środki za niedostateczne, gorąco powstaje przeciwko ulubionemu i powszechnie używanemu mazidłu z oleju lnianego i wody wapiennej, utrzymuje stanowczo, że przynosi ono tylko szkodę, nie usuwając drażniącego wpływu powietrza, a przeciwnie dostarczając, w skutek rozkładu oleju, produktów szkodliwych dla ran.

Wszystkim wskazaniom zadosyć czyni podług M. jodoform używany w postaci gazy. M. utrzymuje, że przy zastosowaniu gazy jodoformowej ból znika prawie natychmiastowo, a rana znajduje się w możliwie korzystnych warunkach dla zagojenia.



Sposób stosowania opatrunków jodoformowych ma być podobny M. koniecznie następujący: na ranę poprzednio starannie oczyszczoną kładzie się kilka warstw gazy jodoformowej, pokrywa się ceratką i ta dopiero szczelnie zakrywa się watą, przyczem przy bandażowaniu wywiera się mierny ucisk. Konieczność używania ceratki na gazę jodoformową motywuje M. tem, że opatrunek taki, by nie drażnił rany, nie powinien wysychać. Wydzielina rany przeciska się tylko bokiem pod ceratką i zostaje wessana przez watę. Opatrunek taki ma pozostawać bez zmiany do dwóch tygodni, jeżeli tylko podniesienie ciepłoty i inne dane nie wskazują na zatrzymanie się wydzieliny pod opatrunkiem. Przy oparzeniach na twarzy, gdzie podobnego opatrunku nie można zastosować, M. radzi używanie maści jodoformowej w stosunku 1:5.

Blizny pozostałe po oparzeniu, przy użyciu jodoformu mają być zupełnie równe i gładkie. Co do możności zatrucia jodoformem przy zastosowaniu go na dużą powierzchnię ciała, to takową M. odrzuca stanowczo, utrzymując, że miazdra (corium) zniszczona przez oparzenie nie zdolną jest do wysiania. Tym sposobem M. leczyl 48-miu chorych, przy czem ani razu nie było objawów zatrucia.

Pisarzewski.

#### IV. Akuszeryja i Gynekologija.

68. Max RUNGE. **O leczeniu zakażenia połogowego** (w klinice położniczej w Dorpacie). Ueber die Behandlung der puerperalen Sepsis. — (*Sammlung klinischer Vorträge Nr 287*).

Autor miał sposobność w ostatnich czasach spostrzegać znaczną ilość lżejszych i cięższych przypadków zakażenia połogowego w klinice w Dorpacie; z których tylko jeden śmiercią się zakończył.

Przypadki te dostarczyły materiał do wystudjowania metody leczenia, która okazała się skuteczniejszą od wszystkich dotychczas stosowanych.

Najskrupulatniejsza antyseptyka rąk i narzędzi podczas porodu jest najważniejszym momentem dla zapobieżenia zakażeniu połogowemu i czyni zbytecznymi, zdaniem autora, niektóre inne rękoczyny po porodzie i podczas połogu, które są mniej skutecznymi, a często szkodliwymi. Oczyszczenie części sromowych w początku porodu, szczególnie w klinikach i u kobiet z niższych warstw społecznych, jest prawie nieodzownem. Przestrzykiwania pochwy podczas porodu, są tylko dopuszczalne przy przeciągających się porodach i przy podjęciu operacyj położniczych. Przestrzyknięcie macicy po prawidłowym porodzie jest zupełnie niewłaściwem \*); dozwolonem ono jest, gdy ręka

\*) Patrz szczególnie: M. Hofmeier. Zeitschr. für Geb. und Gyn. Tom V. str. 175.



lub narzędzie były wprowadzone do macicy, a nie powinno być zaniechanem w żadnym przypadku, gdy płód lub części jaja płodowego uległy gnicciu.

Ze przestrzykiwania pochwy i macicy wykonane wprawna ręką nie są niebezpiecznymi, niepodobna zaprzeczyć, lecz konieczność ich po prawidłowym porodzie, nie jest usprawiedliwioną. To też autor od pół roku zaniechał takowe w swej klinice, czego bynajmniej nie żałuje.

Jeżeli położnica dostaje gorączki, a źródłem jej jest miejscowe cierpienie narzędzi płciowych, w takim razie usprawiedliwione jest przestrzyknięcie pochwy; przestrzykiwania zaś macicy będą dopiero wtedy usprawiedliwione, gdy błona wewnętrzna macicy jest siedliskiem cierpienia, a odchody są cuchnące i pochodzą z wnętrza macicy.

Przy bolesności macicy należy przestrzykiwania wykonywać z największą ostrożnością. Autor przekłada peryjodyczne przestrzykiwania nad ciągłymi (permanente Uterusirrigation) i wykonywa je przy pomocy elastycznej rurki lub zgłębnika podług Bozeman-Fritscha. Do przestrzykiwań używa autor wyłącznie 5% chłodny roztwór kwasu karbolowego.

Przestrzykiwanie macicy jest rękoczynem nie pozbawionym niebezpieczeństwa. Wykonywać je winien tylko lekarz obeznany z techniką i tylko wtedy, gdy jest wskazanem i koniecznem. Bez koniecznej potrzeby masami (Kritiklos ausgeführte Massenirrigationen) lub niezręcznie wykonane przestrzykiwanie macicy, pociąga za sobą, jak już dziś wiemy, złe następstwa i nie tylko nie zmniejsza, lecz owszem zwiększa śmiertelność w zakładach położniczych \*).

Miejscowe leczenie zakażenia połogowego jest w stanie powstrzymać dalsze wessanie zarodków zakażających. Jeśli zaś nastąpiło wessanie niewielkiej ilości zarodków, w takim razie często ustrój sam pomaga przez powolne ich wydalenie. Jeśli zaś przed rozpoczęciem miejscowego przeciwnilnego leczenia nastąpiło wessanie znacznej ilości zarodków zakażających, w takim razie walka z nieprzyjacielem jest trudniejszą.

Nie mamy środka, któryby był w stanie zabić drobnoustroje lub ich produkty sprowadzające zakażenie połogowe, przeto zadaniem naszym być winno podnieść odporność u s t r o j u dopóki mu się nie uda wydalic wessany jad.

Dla dopięcia tego celu starać się należy w pierwszej linii o podtrzymanie głównych czynności ustroju, a przedewszystkiem snu i trawienia. Dopóki czynności te są utrzymane, dopóty o niebezpieczeństwie i mowy być nie może. Z tych to powodów każde postępowanie lecznicze ujemnie wpływające na trawienie, musi być zaniechanem.

Spostrzeżenia autora przekonały go, że odporność ustroju przy zakażeniu połogowem najlepiej da się podnieść, gdy w i e l-

\*) Patrz. Fehling. Jahrsbericht der Kön. Hebamenschule zu Stuttgart 1879 str. 42. Breisky. — Zeitschrift für Heilkunde. Prag 1880, Fischel. — Archiv für Gynekologie. Vol. XX, zeszyt I.



kie dawki napojów wysokokowych połączymy z użyciem letnich kąpiei. Najbliższym wynikiem tego leczenia w większej ilości przypadków autora była możliwość dostarczenia ustrojowi w obfitej ilości pokarmów, a u chorych szczególnie niespokojnych, spowodowania snu.

Koniecznym warunkiem wpływającym na dobre wyniki z tego leczenia jest zaniechanie wszelkich leków przeciwgorączkowych, a szczególnie wszelkich dawek chininy, kwasu salicylowego.

Alkohol odgrywa od kilku dziesiątków lat ważną rolę w leczeniu zakażenia połogowego, zmniejsza on nie tylko ciepłotę ciała, lecz zarazem przeszkadza rozpadowi ciał białkowych; jest on nie tylko środkiem odżywczym, lecz posiada wysoką wartość jako pobudzający czynność serca przy zmniejszeniu jego siły i przy grożącym zapadzie, często się przy zakażeniu połogowym przytrafiającym.

Wyniki otrzymane przez autora są zupełnie zgodne z wynikami otrzymanymi przez innych. Autor jednak sądzi, że napoje wysokokowe winny być dostarczone w większej ilości, aniżeli jak to dotychczas ma miejsce. Lekarz winien często zmieniać postać wysokoku i przez różne dodatki i przez umiejętne namawianie przełamać opór, na jaki się często natrafia ze strony położnic, szczególnie do napojów nie przyzwyczajonych. — Autor najczęściej podaje koniak z żółtkiem od jaja w postaci starej mikstury Stockes'a co godzina po 1 lub 2 łyżki.

Rp: Spir. Vin. Cognac.

Aq. destillat. aa. 60,0.

Vitell. ovis unius.

Syr. Simplicis 25,0.

Lub też koniak z mlekiem i kawą, a jednocześnie ciężkie wina (Portwein, Madeira, Scherry, Marsala, Tokay, Burgundzkie). Ilość napoju wysokokowego, który należy podawać bez przerwy dniem i nocą, zależy od natężenia choroby i od przyzwyczajenia chorej do napojów. Jak wielkie ilości były podawane chorym położnicom pokazują dwa następujące przykłady: Jedna estlandka wyżyła w ciągu 12 tu dni 12 butelek Portweinu i około 1200 gramów koniaku; młoda Niemka nigdy wina nie pijąca wyżyła w ciągu 7-miu dni 10½ butelek ciężkiego wina i około 2-ch litrów koniaku. Na uwagę zasługuje to, że autor nigdy nie zauważył objawów otrucia.

Za pomocą samego wysokoku nie osiągamy jednak w większej ilości przypadków tego, co osiągnąć zamierzamy; koniecznym jest stosowanie letnich kąpiei.

Kąpiele odgrywają od dosyć dawna ważną rolę w leczeniu gorączki połogowej. Osterloh \*) szczególnie zwrócił uwagę na znakomity ich wpływ, który następnie stwierdził Schröder, Spiegelberg i Säxinger w Tubindze \*\*).

\*) Deutsche Zeitschrift für prak. Med. N. 9, 1875.

\*\*) Mittheilungen aus der geburts. Klinik zu Tübingen von D-r Johan von Säxinger. 1884, str. 146.



Kąpiele były jednak stosowane jedynie w celu zniesienia ciepłoty ciała. Nie brakło też głosów, które uznały kąpiele za obosieczny, a nawet niebezpieczny środek sprowadzający osłabienie serca, skłonność do zapadu i umożliwiający oderwanie się skrzepów z żył.

Autor też z początku z trudnością decydował się na stosowanie kąpiele; przekonał się jednak następnie, że przy odpowiednim użyciu takowych i współczesnem podawaniu napojów wysokokowych nie wywołują one żadnych złych następstw. Autor powołuje się pod tym względem na około 400-tu kąpiele stosowanych już to w jego klinice, już w praktyce prywatnej. — Ani w jednym przypadku, gdzie stosowane były kąpiele nie nastąpiło śmiertelne zejście.

Autor przy podawaniu kąpiele nie kieruje się tyle natężeniem gorączki; widzi on w kąpielach środek, który korzystnie wpływa na stan ogólny i pewne czynności chorych położnic. — Utratę chęci do jadła i rozpoczynającą się śpiączkę uważa autor za pierwsze wskazanie do użycia kąpiele. Często słabe tętno przy wysokiej lecz równomiernej ciepłocie ciała, wielki niepokój i bredzenia czynią kąpiel bardzo pożądaną. Przy wyraźnym zapadzie i grożącym upadku sił zdradzającym się nierównomierną ciepłotą ciała i zlem tętnem, kąpiele są przeciwwskazane. Świeży przerzut (metastasis) szczególnie w płucach wymaga wielkiej ostrożności. Przy skrzepach w żyłach udowych nie łatwo się autor decyduje na poruszanie chorych nie dające się uniknąć przy kąpielach.

Współczesne podawanie napojów wysokokowych lub jeszcze lepiej dostarczanie ich przed stosowaniem kąpiele, jest koniecznym warunkiem, bez którego może w rzeczy samej powstać podczas kąpiele zagrożające życiu osłabienie serca.

Pod wpływem kąpiele wykonanej w odpowiednich warunkach i przy właściwych wskazaniach następuje wyraźne polepszenie: tętno staje się pełniejszym, jego częstość zmniejsza się regularnie o 10 do 20 uderzeń na minutę, oddech staje się głębszym, bezsenność znika, chore przestają bredzić i są spokojniejsze. Ważnym bardzo warunkiem jest zwiększenie chęci do jadła. Oprócz tego ciepłota ciała stale zostaje na kilka godzin niższą, co też nie może być uważane jako niepożądane poboczne działanie kąpiele. Słowem otrzymuje się po kąpielach prawie te same skutki, jak przy durzycy.

Ciepłota kąpiele stosowanych przez autora wynosiła 22 do 24° R.; najlepiej zacząć od 24° a zniżyć do 22°; w razie śpiączki właściwemi będą 1 lub 2 zlewania głowy. Trwanie kąpiele zależy od stanu sił, powinno jednak być krótkie 5 do 10 minut. Ilość kąpiele zależeć winna od natężenia choroby. Największa ilość kąpiele w przypadkach autora wynosiła w ciągu doby 3; najczęściej wystarczy 1 lub 2 kąpiele, a nawet jedna kąpiel co drugi dzień.

Największa ilość kąpiele u jednej chorej wynosiła 11-cie w ciągu około 3 tygodni; w większości przypadków wystarczy 3 do 4 kąpiele.



Niejednokrotnie podczas kąpeli, a częściej bezpośrednio po kąpeli zdarzał się napad. Skrócenie czasu kąpeli, spora dawka napoju wysokowego, a w konieczności podskórne zastrzyknięcie eteru lub kamfory, szybko zawsze usuwały objawy napadu. Zarzut, jakoby kąpiele w praktyce prywatnej z trudnością dały się przeprowadzić, niezem nie jest usprawiedliwionym; kąpiele są zdaniem autora zawsze łatwiejsze do wykonania, aniżeli ciągle przestrzykiwania macicy przez niektórych stosowane i w praktyce prywatnej.

Co się tyczy żywienia chorych, to ponieważ po kąpielach chore prawie zawsze nabierają chęci do jedła, należy im dostarczyć większą ilość pożywienia. Autor podawał obficie mleko, jaja, buljon i codziennie skrobane lub drobno siekane mięso w mniejszych lub większych ilościach; wszystkie chore z wyjątkiem dotkniętych uporczywymi wymiotami, co się zdarza przy najcięższych postaciach połogowego zapalenia otrzewnej, dobrze znosiły podawane im pokarmy.

Kiedy przystąpić należy do ogólnego leczenia zakażenia połogowego za pomocą powyższej metody?

Autor z początku przystępował do podawania napojów wysokowych i kąpeli dopiero wtedy, gdy leczenie miejscowe nie przyniosło pożądanego skutku i gdy wystąpiły wyraźniejsze objawy ogólnego zakażenia, co zwykle następowało dopiero po kilku dniach. W przypadkach późniejszych współcześnie z leczeniem miejscowym podawał napoje wysokowe, a później dopiero kąpiele. Autor na mocy własnego doświadczenia radzi wcześniej przystępować do leczenia ogólnego, a nie czekać, aż dopiero życiu chorych grozi widoczne niebezpieczeństwo.

Czy należy stosować kąpiele w przypadkach, gdy zakażeniu towarzyszy zapalenie żył (phlebotrombotische Form)? Obawa oderwania się skrzepów i powstawania przerzutów w oddalonych narządach w następstwie kąpeli, a raczej ruchów ciała niedających się uniknąć przy zastosowaniu kąpeli, jest zupełnie usprawiedliwioną i nakazuje ostrożność. Dodać jednak należy, że postać ta jest w ogóle mniej groźną i rzadziej wymaga energicznego leczenia za pomocą kąpeli. Gdyby jednak i przy tej postaci wystąpiły groźne objawy: brak łaknienia, śpiączka, suchy język i inne objawy tak zwane tyfoidalne, należy śmiało przystąpić do kąpeli. Podobny przypadek był obserwowanym w klinice autora. Po kąpielach kilkakrotnie stosowanych, nie zauważono pogorszenia; chora po 3 tygodniach wyzdrowiała.

Autor w końcu swej pracy podaje historję choroby 8-iu ciężkich przypadków zakażenia połogowego, zakończonych przy powyższem leczeniu wyzdrowieniem. Czy szczęśliwy przebieg i zejście tych przypadków przypisać należy leczeniu za pomocą napojów wysokowych i kąpeli, na to ścisłych dowodów naturalnie nie podobna przedstawić. Jakimkolwiek byśmy momentom przypisywali szczęśliwe zejście, nie ulegającym wątpliwości faktem jest, że napoje wysokowe i kąpiele w najkorzystniejszy sposób wpływały na czynności ustroju chorych położ-



nie, a przedewszystkiem na sen, łaknienie i czynności trawienia, a tem samem widocznie podwyższały odporność ustroju. — Autor porównywa leczenie powyższe z dawniejszem, które podczas jego asystentury tak w Strassburgu jak i w Berlinie stosowanem było w zakażeniu połogowem. Polegało ono również na leczeniu miejscowem za pomocą przestrzykiwań macicy, na podawaniu napojów wysokowych, lecz w małych dawkach i dopiero w późniejszych okresach choroby. Główną jednak rolę odgrywały leki przeciwgorączkowe, a przedewszystkiem chinina sposobem Liebermeistra w wielkich dawkach, kwas salicylowy, jako też nowsze leki. Autor już dawniej stwierdził \*) dla zakażenia połogowego zapatrywania Frantzla, Unverrichta i Naunyna tyżące się stosunku gorączki do cierpień zakaźnych. Podług przekonania autora natężenie gorączki w zakażeniu połogowem podobnie jak i w innych cierpieniach zakaźnych nie może być miarą natężenia sprawy zakaźnej, tylko jakoś tętna i ogólny stan są barometrem ciężkości przypadku. Leki przeciwgorączkowe nie tylko nie przynoszą pożytku w leczeniu zakażenia połogowego, lecz są pod niektórymi względami szkodliwymi. Odnosi się to szczególnie do chininy i kwasu salicylowego, które psują trawienie, pozbawiają łaknienia, sprawiają szum w uszach i inne oboczne przykre przypadłości. Autor z zadowoleniem zaznacza kontrast, jaki zauważyć można między zachowaniem się położnic leczonych napojami wysokowymi i kąpielami, a dawniejszym sposobem za pomocą chininy lub kwasu salicylowego. To też na zeszłorocznym kongresie niemieckich ginekologów w Mnichowie (Monachium), na którym autor zdawał sprawę ze spostrzeżeń swych w klinice dorpackiej, jakkolwiek w dyskusyi poglądy się w niektórych punktach nie schodziły, w jednym jednak punkcie panowała jednomyślna zgodność: „Leki przeciwgorączkowe przy cierpieniach zakaźnych połogowych winny być porzucone.“

*Arnstein.*

69. D-r H. FRITSCH. **O stosowaniu gazy jodoformowej w ginekologii.** (Ueber die Verwendung der Jodoformgaze in der Gynäkologie. Samml. Klin. Vorträge, herausgegeben von R. v. Volkmann, N. 288).

Z pomiędzy wielu antyseptyków, zalecanych w ostatnich czasach, jodoform wszedł w powszechne użycie. Z korzyścią posilkuje się też nim ginekologija. Najczęściej stosuje się on pod postacią gazy jodoformowej. Gaza może zawierać do 50% jodoformu; zwykle atoli używa się 10-cio procentowej. Gdy gaza za mało jest nasyconą jodoformem, trzeba ją albo natrzeć sproszkowanym jodoformem, albo połączyć z roztworem jego w eterze, lub zawiesiną w glicerynie. Do tamponów radzi Fritsch używać li tylko gazę jodoformową; jest to jedyny materiał, skutecznie zapobiegający gniciu. Tampon zmaczany nawet w 5% roztworze kwasu karbolowego zaczyna prędko cuchnąć, a po za nim znajdująca się krew i wydzielina wkrótce podle-

\*) Archiv für Gynec. Tom 25, str. 8.



gają gniciu, tak że po 24 godzinach trzeba takowy usuwać; gdy tymczasem tampon z gazy jodoformowej w aseptycznie przebiegających wypadkach można pozostawiać na 10 i więcej dni. — Autor zaleca następujący sposób przyrządzania tamponów: wycina się z gazy jodoformowej paski około 2 metrów długości, a 5 cm. szerokości; pasek taki, mocno złożony na podobieństwo wachlarza (fächerartig), zakłada się do pochwy albo za pomocą palców lub pinety; koniec zaś paska zwiesza się ze szpary sromnej. Sposób ten przedstawia te korzyści, że aby usunąć tampon, dostatecznie pociągnąć tylko za wolny koniec paska, co może wykonać nawet sama chora.

Często przy leczeniu raka macicy musimy ograniczać się na niesieniu paliatywnej tylko pomocy. Zwykle stosuje się w tych razach przepłókiwania płynami przeciwgnilnymi, jako też ściągającymi, gdy się ma do czynienia ze zbyt obfitą wydzieliną, lub krwawieniem. W razie ustania tego ostatniego, lekarz, po założeniu tamponu napojonego roztworem półtora-chlorku żelaza, nie obawia się powtórnego zjawienia krwotoku. Lecz najpóźniej po 48 godzinach trzeba taki tampon usunąć, albowiem zaczyna on cuchnąć. Gdy zaś mimo to, pozostawimy go na 3 — 4 dni, narażamy chorą na znaczne bóle, ponieważ tampon twardnieje, zwiększa swą objętość przez skrzepy krwi; zjawiają się przytem zapalenie i nadżarcia błony śluzowej pochwy i ostatecznie krwotok z łatwością powraca. Autor nie widzi racyi w przepłókiwaniach, albowiem gdy chora leży, część płynu i wydzielina zatrzymuje się w pochwie, a nawet przy wąskiej pochwie lub zatokowatym braku, powstałym z rozpadu raka, następuje to i wtedy, gdy chora chodzi; dla tego też zamiast przepłókiwań zaleca autor w tych razach postępowanie, zmierzające do ograniczenia wypływu (die trockene Carcinombehandlung). Celowi temu najzupełniej odpowiadają tampony z gazy jodoformowej.

Korzyści, wynikające z ich użycia, następujące: a) wypływ tampony takie kompletnie wsysają; b) opatrunek można rzadko zmieniać (co 4—6 dni), szczególnie po wyskrobaniu raka często zmieniany opatrunek drażni ranę i może spowodować krwotok; c) czyni się dla chorej leczenie możliwie przyjemnem; d) zapobiega się gniciu i cuchnięciu. Najlepiej zakładać tampony przy bocznem Sims'owskiem położeniu chorej i po wprowadzeniu wziernika Sims'a. Całą część pochwową macicy i sklepienia pochwy, a gdy istnieje jama powstała z rozpadu lub wyskrobania i przypalenia raka, to i ją szczelnie obtyka się tamponami, odpowiednio przygotowanymi z pasków gazy jodoformowej. Tampony wprowadza się za pomocą kleszczyków, zondki, lub zondy macicznej (Uterusstäbchen) przez autora wymyślonej. Końce tamponów zwieszają się na zewnątrz szpary sromnej. Można też wprowadzać paski gazy, niekoniecznie złożone w powyżej opisany sposób, jeżeliby przez to tampon miał zbyt wielką objętość, co mogłoby spowodować skurcze pochwy i tłoczni brzusznej. Jeżeli zachodzi potrzeba, prócz przeciwgnilnego, użyć środek ściągający, można wówczas zma-



czać tampon i posypać pomiędzy jego warstwy proszek składający się z równych części garbniku i jodoformu. Działanie tamponów tą mieszaniną osypanych, jest wysmienite. Można też proszkiem tym osypać owrzodzenie lub ranę, a następnie założyć tampon. Proszek zasypuje się łyżeczką lub trzonkiem noża; gdy zaś jama jest głęboka, lub pochwa wązka, wsuwa wtedy autor lejek szklany, odpowiednio zgięty; aż do dna jamy; następnie wsypuje węń proszek i wypcha ten ostatni za pomocą galki z waty namotanej na koniec giętkiej pałeczki. — W każdym razie założenie tamponu nasyczonego mieszaniną garbnika z jodoformem jest łatwiejsze. W następczem leczeniu pożytecznie, szczególnie przy skłonności do krwotoków, napaść tampony mieszaniną tanniny i jodoformu po 10,0 na 200,0 gliceryny. Można też stosować i inne mieszaniny ściągające przeciwgnilne, lecz najlepsze skutki autor spostrzegł przy stosowaniu tamponów zawierających jodoform i tanninę.

Autor w wielu wypadkach wypełniał paskami gazy jodoformowej jamę maciczną, po uprzednim oczyszczeniu jej i przemyciu, jako to: po usunięciu resztek błon płodowych lub łożyska, po poronieniu lub porodzie, przy zapaleniu błony śluzowej macicy, nawet połogowem; po usunięciu zgnitych wewnątrzmacicznych polipów, lub gdy doszczętne usunięcie takowych było nie możliwe ze względu na osłabienie chorej, lub możliwość przedziurawienia ścianki macicy. Gaza w tych razach była niezmiernie pożyteczną, ponieważ prócz działania przeciwgnilnego i krew tamującego, wysyła wydzielinę najzupełniej, dzięki swej włosowatości; prócz tego utrzymywała macicę rozszerzoną, a przez to zapobiegała przegięciu się jej i umożliwia w razie potrzeby stosowanie przepłókiwań jamy macicznej. Można także, nasycić tampon rozmaitemi lekami, a działanie ich będzie długotrwałe i będzie rozszerzać się na wszystkie miejsca błony śluzowej. Nie zawsze atoli możliwe jest utrzymanie tamponu w jamie macicznej; niekiedy powoduje on skurcze macicy, a czasami następczo nieznaczne krwawienie. Nie mniejsze korzyści przedstawia tamponowanie gazą kanału szyjki macicznej przy wielu cierpieniach, szczególnie przy krwawem rozszerzaniu wązkiej zewnętrznych ust macicznych pasek gazy wprowadzony do kanału szyjki nie dozwala ranom zrosnąć się, może zaś pozostawać na miejscu przez 5—6 dni, jeżeli temu nie przeszkodzą krwotok lub skurcze macicy.

Już od 3-ich lat autor zastępuje paskami gazy jodoformowej dreny i wypełnia nią, czy to rany jamiste w pochwie, czy też jamy ropni; najwybitniejsze atoli skutki otrzymywał przy stosowaniu pasków z gazy jodoformowej na powierzchne rany w jamie otrzewnej, a szczególnie w jamie miednicy. Przy stosowaniu zaś gazy jodoformowej nie tylko że czyni się zadość wymaganiom antyseptyki i przebieg pooperacyjny bywa bezgórączkowy, lecz gojenie następuje szybko, wydzielinę rany gaza wysysa zupełnie i wydziela ją na zewnątrz.

Choćby nawet w jamie otrzewnej pozostało trochę wydzieliny, to ta, będąc aseptyczną, nie wyrządza ustrojowi szkody.—



Autor zwraca jeszcze uwagę na to, że naokoło gazy jodoformowej, znajdującej się w jamie otrzewnej, jako naokoło ciała obcego, powstają szybko zrosty; przeto gaza, a z nią razem powierzchnia ranna zostają otorbione i zarazem odgraniczone od reszty jamy otrzewnej.

Mikulicz również opiera się na tych samych zasadach i posilkuje się gazą jodoformową w celu wykluczenia „ognisk martwych“ z jamy brzusznej. Tylko autor przy używaniu wązkich pasków gazy może zaszywać ranę zewnętrzną, pozostawiając mały otwór, przez który wychodzą na zewnątrz końce tych pasków. Tym sposobem można przez małe otwory usuwać i zakładać owe paski.

Następnie autor przytacza wypadki, w których posilkował się z powodzeniem gazą jodoformową.

1. Ropień okołokatnicowy (paratyphilis). Cięcie skóry i otrzewnej równoległe do więzów Pouparta. Wypuszczenie cuchnącej ropy; przyszycie brzegów rany otrzewnej do brzegów jamy ropnia i wypełnienie tejże paskami gazy jodoformowej. Zaszycie rany zewnętrznej, z wyjątkiem niewielkiego otworu, przez który wychodziły końce pasków. Pierwsza zmiana opatrunku po 8 dniach. Przebieg bezgorączkowy.

2. Wielokomorowa torbiel więzów szerokiego macicy. Zawartość jej ropna. Zrosty z siecią i macicą. Zastosowano tampony z gazy jodoformowej. Wkrótce po operacji ciepłota spadła do normy. Na 7-my dzień pierwsza zmiana opatrunku. Wyzdrowienie w 3 tygodnie po operacji.

3. Jednokomorowa torbiel lewego więzów szerokiego macicy. Zrost z macicą. Zastosowano gazę jodoformową. W tydzień po operacji pierwsza zmiana opatrunku. Przebieg pooperacyjny wolny od gorączki.

4. Torbiel z obfitymi zrostami z siecią, kiszka i otrzewną ścienną. Zastosowanie gazy jodoformowej. — Pierwsza zmiana opatrunku na 8-my dzień. Przebieg wolny od gorączki.

5. Cięża zewnątrzmaciczna. Brzegi rany zewnętrznej i worka płodowego zeszyto; tym sposobem zamknięto jamę otrzewnej. Po usunięciu płodu wypełniono worek płodowy paskami gazy jodoformowej. Na 13-ty dzień po operacji pierwsza zmiana opatrunku, a na 14-ty chora podniosła się. Po 6-ciu tygodniach zupełne zagojenie rany. Przebieg bezgorączkowy.

6. Cięża zewnątrzmaciczna. Zrost worka płodowego z siecią. Po obnażeniu worka płodowego, przszyto doń brzegi rany zewnętrznej w celu oddzielenia jamy otrzewnej od świata zewnętrznego. Następnie otworzono worek płodowy; rozszedł się natychmiast straszliwy smród. Płód był zmacerowany i na części podzielony, a worek płodowy solami wapiennymi inkrurowany. Zastosowano gazę jodoformową. Cuchnienie z rany trwało jeszcze przez tydzień, jednak przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Żłogi wapienne wessały się. Chora na 18-ty dzień po operacji podniosła się. Zwraca autor uwagę, że po operacji ciąży zewnątrzmacicznej z pozostawieniem worka pło-



dowego, ani drenowanie, ani przepłókiwanie nie zapobiegłyby zatrzymaniu wydzieliny, albowiem kiszki wypełnione gazami, wywierają ciśnienie na ów worek i ztąd powstają w tym ostatnim fałdy, a z zagłębień pomiędzy niemi potworzonych, niezmiernie trudno usunąć wydzielinę i nie można zapobiedz jej rozkładowi, ponieważ płyn przeciwgnilny do tych miejsc nie dochodzi. Tymczasem tampony z gazy jodoformowej, razem wzięte, równają się objętości płodu, przeto nie pozwalają na tworzenie się owych fałd.

7. R-ak ciała macicy; kilka pętlic kiszek było tak do niej przyklejonych, że między nią a kiszkami istniało zbiorowisko ropy. Laparotomija i wycięcie macicy. Ze względu na istnienie na błonie surowiczej kiszek kilku miejsc krwawiących i ropiejących, zastosowano na te miejsca wachlarzowaty tampon z gazy jodoformowej, koniec zaś jego przez otwór utworzony w sklepieniu pochwy, wychodził do szpary sromnej. Przebieg pooperacyjny wolny od gorączki.

Na zakończenie zaznacza autor, że nigdy nie spostrzegł zatrucia jodoformem.

*Wł. Rodziewicz.*

70. D-r Charles CHARIER. **Przyczynek do nauki o użyciu makowca dla powstrzymania poronienia.** Contribution a l'etude de l'emploi du laudanum pour arreter l'avortement. (*These*, Paris 1886).

Makowiec już oddawna jest używanym w położnictwie. — Stoll i Van Swieten pierwsi zwrócili uwagę na dobre wyniki, jakie się otrzymuje przy podawaniu makowca dla powstrzymania poronienia. Dubois rozpowszechnił tę metodę leczenia we Francji.

Autor w pracy swej po kolei zastanawia się nad sposobem działania makowca na macicę, nad sposobem jego nżycia, nad wskazaniem do jego użycia, nakoniec nad wpływem jaki wywiera makowiec na ciężarną i płód. 34 spostrzeżeń klinicznych, oto materyjał, który służył autorowi za podstawę do niniejszej pracy.

**Sposób działania.** Macica, której nerwy tak czuciowe jak i ruchowe pochodzą od nerwów mózgodzeniowych i n. sympatycznego, ulega pod wpływem makowca tym samym zmianom czynnościowym, co i inne narządy, to jest po krótkim okresie pobudzenia następuje zmniejszenie kureczliwości i pobudliwości odruchowej. Tym sposobem działaniem makowca na macicę wytłómaczyć sobie można wpływ jego na objawy poronienia.

Makowiec przyszedłszy w zetknięcie z kiszką prostą, dostaje się za pomocą naczyń włosowatych do żył błony śluzowej kiszki prostej, a ztąd za pomocą licznych połączeń do żył innych narządów miednicy, a szczególnie macicy. W ten sposób zakończenia nerwowe macicy ulegają bezpośrednio wpływowi makowca, a następstwem tego jest zmniejszenie kureczliwości macicy. I zastrzykiwania podskórne morfiny i makowiec przy wewnętrznem użyciu wywiera ten sam skutek, lecz dopiero po



wessaniu do krwi; ztąd też makowiec w lewatywach działa daleko energiczniej i szybciej, ten sposób użycia jest bardzo prostym, zasługuje przeto na pierwszeństwo.

**S p o s ó b u ż y c i a.** W przypadkach zwyczajnych wystarcza 10 kropeł nalewki co godzina lub dwie podawanych, aż do ustania skurczów macicy. W przypadkach bardziej nagłych należy z samego początku podać 30 kropeł, a następnie po 10. Jeżeli wypadła podawać makowiec w ciągu kilku dni, wystarczy 15 do 20 kropeł rano i wieczorem.

Jako największą dawkę autor uważa 80 do 100 kropeł w ciągu pierwszego dnia, a 40 do 50 kropeł następnych dni.

Makowiec w dawkach umiarkowanych 10 do 15 kropeł działa dosyć energicznie, a nigdy nie wywołuje żadnych przypadłości trujących. Gdy po 40 do 50 kroplach kurcze macicy ustana, nie należy dalej podawać makowca; gdy zaś kurcze nie ustana, można bez wszelkiej obawy podać 80 do 100 kropeł. — Gdy przy tym sposobie podawania makowca wystąpią objawy otrucia, które nigdy nie są groźne, należy się wstrzymać z dalszym podawaniem.

**W s k a z a n i a.** Makowiec jest wskazanym, gdy podczas ciąży występują kurcze macicy w mniejszych lub większych odstępach czasu, gdy za pomocą badania palcem stwierdzamy rozszerzanie się ust macicznych, gdy z pochwy pokazują się plamy krwawe lub silniejsze krwawienie, słowem, gdy grozi poronienie. W przypadkach tego rodzaju pod wpływem makowca kurcze się uspokajają, krwawienie się powstrzymuje, usta maciczne już otwarte zamykają się i ciąża trwa nadal.

Często jednak pomimo użycia makowca objawy się wzmagają, poronienie następuje, co zmusza nas do wniosku, że nie zawsze przy poronieniu makowiec jest skutecznym i wskazanym. Skuteczność makowca zależy od przyczyn wywołujących poronienie, a przyczyny te są dwojakiego rodzaju: 1) przyczyny wywołujące kurcze macicy i 2) przyczyny spowodujące śmierć płodu.

W przypadkach, gdy poronienie następuje skutkiem przedczesnych kurczów macicy, a te są spowodowane przez mechaniczne uszkodzenia lub na drodze odruchowej przez rozmaite zboczenia w narządach miednicy lub przez wpływy psychiczne albo też pod wpływem indywidualnego usposobienia (habitualnie) bez widocznej przyczyny, makowiec w lewatywach daje znakomite wyniki. Kilkanaście obserwacji podanych przez autora, najzupełniej to stwierdza.

W przypadkach gdy poronienie jest spowodowane przez śmierć płodu, makowiec nie jest w stanie usunąć podrażnienia macicy wywołanego przez ciało obce, poronienie jest nieuniknionem. Lecz i w tego rodzaju przypadkach makowiec wstrzymuje poronienie na pewien przeciąg czasu, jak to pokazuje kilka spostrzeżeń autora.

I w przypadkach pierwszego rodzaju leczenie za pomocą makowca nie zawsze zostaje uwieńczone pomyślnym skutkiem.



Niekiedy bowiem akt poronienia następuje tak szybko, że zanim makowiec zdolał wywrzeć swe działanie już następuje poronienie.

Tylko więc w przypadkach takich możemy liczyć na makowiec, gdy kuczce macicy rozwijają się powoli, stają się coraz silniejsze, krwawienie jest niezbyt obfite, a usta maciczne rozszerzają się powoli.

W ogólności charakterem krwawienia, szybkością kuczów macicy, stanem szyi macicznej, objawami życia lub śmierci płodu winien się w każdym wypadku kierować akuszer.

Wpływa makowca na ciężarną, płód i okres położowy. Ciężarne nadzwyczaj dobrze znoszą makowiec. Wszyscy akuszerowie zgadzają się na to, że można nawet 60 kropel nalewki podawać ciężarnym bez wywołania objawów narkotyzacji. Niekiedy przy większych dawkach zauważyć można lekki ból głowy i senność.

Autor podał jednej chorej 55 kropel w ciągu nocy, innej 75 kropel między godziną 9-tą a 2-gą, innej znowu 100 kropel po 10 kropel co 2 godziny, jednej nakoniec 175 kropel w ciągu 3-ich dni. Ani razu nie widział objawu otrucia. W jednym tylko przypadku, gdzie chora przez pomyłkę w ciągu jednego dnia przyjęła 250 kropel, zauważył autor silne objawy otrucia.

Co się tycze wpływu makowca na życie płodu, to pod tym względem spostrzeżenia autora są bardzo pouczające. — W pierwszej seryi spostrzeżeń, w liczbie 13, makowiec był podawanym od rozpoczęcia się poronienia aż do ustania bólów i krwawienia. We wszystkich przypadkach stwierdzono bicie serca płodu w chwili, gdy chore opuszczały szpital.

Jeszcze bardziej są przekonywającymi liczne przypadki w których po leczeniu makowcem następował przedwczesny poród; w jednym przypadku chora przyjęła w ciągu 4-ich dni 140 kropel; w innym znowu w ciągu 7-miu dni 210 kropel; w przypadkach tych, jak niemniej w przypadku w którym chora przez pomyłkę przyjęła 250 kropli, dzieci rodziły się żywe, w kilku zaś przypadkach, w których rodziły się dzieci nieżywe lub krótko żyły, przyczyną śmierci płodu były: zbyt wczesny okres następnego porodu lub też cierpienie płodu, naprzykład przymiot.

W końcu autor zaznacza, że, w przypadkach przez się spostrzeganych, niezależnie od tego jaka była przyczyna poronienia, jaki skutek leczenia, w jakiej dawce był podawanym makowiec, połów zawsze przebiegał prawidłowo.

Autor wprowadza następujące wnioski:

1. Kobieta ciężarna znosi makowiec w wysokim stopniu, można jej podawać 80 do 100 kropel bez złych następstw.

2. Ilość makowca potrzebna do powstrzymania poronienia nie jest zawsze jednakową, raz musi być większą, drugi raz mniejszą.

3. Makowiec nie wywiera szkodliwego wpływu na życie płodu w łonie matki pozostałego lub też przedwześnie urodzonego.



4. Makowiec nie wywiera szkodliwego wpływu na przebieg połogu; nigdy nie jest przyczyną cierpień połogowych.

5. Gdy się nie ma pewności, że poronienie jest nieuniknionem należy próbować makowiec dla jego powstrzymania.

6. Makowiec powstrzymuje kurecze maciczne, działając bezpośrednio na nerwy macicy.

7. Najlepszym sposobem dla stosowania makowca są lewatywy.

*Feliks Arnstein.*

71. A. WARKAŁA. **O zamknięciu moczowód ze strony pochwy w celach dyjagnostycznych** (Podług prób na zwłokach). Ueber Absperrung der Harnleiter von der Scheide her zu diagnostischen Zwecken. (Nach Versuchen an der Leiche *Arch. f. Gynäk.* Bd. 29. Hft. 2, str. 289.)

Wiadomo że w chorobach dróg moczowych o dyjagnozie i prognozie danego wypadku chorobnego sądzimy przeważnie z wyników badania wydalonego moczu. Są jednak wypadki, w których musimy wiedzieć z góry, czy obie nerki są chorobą dotknięte, czy też jedna z nich jest zdrowa, a mianowicie, gdy podejrzewamy wodonercze, roponercze i zapalenie miedniczek nerkowych, spowodowane przez kamienie (Pyelonephritis calculosa), jako też gruźlicę i nowotwory nerki, gdyż przy tych chorobach wskazanem jest wycięcie chorej nerki, a w takim wypadku bardzo ważnem jest pytanie, czy druga nerka jest zdrowa i czy będzie ona w stanie zastępczo pełnić funkcję obu nerek. Tylko w takim przypadku znajdziemy punkt oparcia dla postępowania, gdy będziemy w stanie mocz otrzymać oddzielnie z każdej nerki i takowy zbadać. W rzadkich tylko i szczególnych wypadkach moczów chorej nerki zostaje zatrąkany przez kamień, przez co mocz ze zdrowej nerki spływa do pęcherza, jak to miało miejsce w wypadku Simon'a. Żądał G. Simon uważa spływanie normalnego moczu za oznakę istnienia kamienia w jednej tylko nerce. W innych wypadkach S. radzi po rozszerzeniu cewki moczowej u kobiety kateteryzować pod przewodnictwem palca, wprowadzonego do pęcherza, moczowód i zbadać mocz każdej nerki oddzielnie.

Tuchmann wprowadzał do pęcherza przyrząd podobny do używanego przy kruszeniu kamieni i zamykał nim ujście moczowodu; wymacawszy mianowicie dziobem przyrządu wzgórek moczowodu, zaciskał go ramionami tegoż. Silbermann opierając się na spostrzeżeniu, że nowotwór zamyka moczowód przy ujściu jego do pęcherza przez ucisk, przez co spływa do pęcherza tylko mocz z drugiej nerki, posługiwał się balonikiem gumowym, który doprowadzał do ujścia moczowodu za pośrednictwem cewnika i zapieśniał ręką. Hegar'owi udało się w jednym wypadku pomysłnie podwiązać moczowód ze strony pochwy. H. ściągnął zgrubiałą wskutek zapalenia i wymacalną w bardzo wąskiej pochwie moczowód za pośrednictwem podprowadzonego haczyka i podwiązał takowy za pomocą krzywej igły umocowanej w nadelhalterze. Weir poleca przyciskanie moczowodu do linii bezimiennnej (linea innominata) ze strony kiszki



odechodowej za pomocą sztabki, pomyślanej przez Davy'ego dla uciśnięcia tętnicy udowej przy wyłuszczeniu główki kości udowej. Poprzednio już Sands zalecał uciskanie moczowodów za pośrednictwem ręki. Poek uciskał na zwłokach moczowód pomiędzy poprzecznie ustawionym i podwójnie zgiętym cewnikiem wprowadzonym do pęcherza, a sztabką wprowadzoną do kiszki stolcowej i otrzymywał dobre wyniki, przyczem udało mu się wykazać znaczne zgrubienie moczowodu ze strony kiszki stolcowej powyżej uciśniętego miejsca, gdy jednocześnie wstrzykiwał do moczowodu wodę przez jego koniec nerkowy. Ebermann radzi zaciskać moczowód za pomocą dwuramiennego przyrządu, którego jedno ramię znajduje się w pęcherzu, a drugie w odbytnicy. Paul Müller podał swego pomysłu zaciskacz moczowodowy dla mężczyzny. Inne sposoby podobne są do metody Simona i mają za zasadę sondowanie moczowodów przez ujście takowych do pęcherza przy pomocy przyrządów oświetlających.

Technika endoskopii pęcherza po Rutenberg'u, którego wziernik pęcherzowy szczególnie poleca Winkler, została udoskonaloną przez Grünfelda. G. posługiwał się endoskopem okienkowatym, za pomocą którego przy napełnionym pęcherzu mógł oświetlać ujście moczowodów i kierując się wzrokiem wprowadzić do nich sondę. Newman oświetlał wnętrze wypełnionego pęcherza za pomocą małej lampki elektrycznej, a za pośrednictwem wziernika, którym posługiwał się jednocześnie jako dilatorem, badał wnętrze pęcherza i wprowadzał do moczowodu cewnik elastyczny. Emmet proponuje rozciąć przegrodę pęcherzo-pochwową i wprowadzić cewnik do ujścia moczowodów, które przez to stają się widocznymi, a następnie zamknąć za pośrednictwem szwów sztuczną przetokę pęcherzo-pochwową. -- Harrison pokazał na trupach mężczyzn, że przez cięcie kroczka można dojść do ujścia moczowodów, a mianowicie gdy otworzymy dno pęcherza i ręką ze strony odbytnicy wepchniemy ścianę pęcherza do rany, wówczas widać ujście moczowodów i można wprowadzić łatwo cewnik.

Czerny po rozpoznaniu napewno choroby jednej nerki, utworzył przetokę miedniczki nerkowej, przez co mocz tej nerki spływał na zewnątrz, gdy mocz z drugiej nerki spływał do pęcherza.—Pawlik dowiódł doświadczeniami na trupach i żywych, że można zondować moczowody u kobiety, bez operacyj przygotowawczych i przyrządów oświetlających, jedynie tylko za pośrednictwem wzroku. P. zwraca uwagę na anatomiczne właściwości przedniej ściany pochwy, ułatwiające prowadzenie zglębniaka. Powiada on, że „na (ruchomej) przegrodzie pęcherzo-pochwowej widać zwykle, poczynając od ujścia cewki moczowej dwie linie rozchodzące się, jedna na prawo, druga na lewo i zamykające pewną przestrzeń, którą czasami lekkie zagłębienie, przebiegające przed częścią pochwową, zamienia na trójkąt. Ten trójkąt bywa prawie pokryty przez trójkąt Lieutauda przy umiarkowanie napełnionym pęcherzu, a ujścia moczowodów znajdują się w jego obwodzie.“ P. po uwidocznieniu



przedniej ściany pochwy za pomocą wziernika Simon'a i napełnieniu opróżnionego naprzód pęcherza 150 ctm. sześcienn. wody, w położeniu, jakiego używają przy operacji wycięcia kamienia, wprowadza cewnik metalowy przez cewkę moczową do pęcherza i posuwa dziób takowego, poczynając od ujścia pęcherzowego cewki moczowej, po ścianie pęcherza na zewnątrz równoległe z rozchodzącymi się ramionami powyżej oznaczonego trójkąta na przedniej ścianie pochwy i kontroluje przebieg główki cewnika przez obserwowanie zagłębienia, które ona tworzy na przegrodzie pęcherzo-pochwowej. P. kładzie wielki nacisk na umiarkowane wypełnienie pęcherza, gdyż przez to wzgórciki moczowodów najbardziej stają się wydatnymi w większej swej części, a przeważnie przy ujściu moczowodów, co znacznie ułatwia odszukanie takowych.—Sposób Pawlika wymaga wielkiej wprawy. Sam P. powiada, że dopiero z czasem udało mu się poznać i przewyciężyć wszelkie przeszkody i trudności i że przy nieprawidłowych stosunkach ujścia moczowodów zachodzą trudności uniemożliwiające sondowanie takowych. Sam rękoczyn w pęcherzu nie jest wolnym od niebezpieczeństwa, gdyż może wywołać łatwo *fausse route*, przedziurawienie, zakażenie, a nawet krwawienia przy przekrwieniu błony śluzowej pęcherza. Co się tyczy sposobów uciskających, to przy nich powyższe objawy są jeszcze większe, oprócz tego samo wykonanie jest trudne, a rezultat często wątpliwy.

Sposób Hegar'a jest wprawdzie wolny od tych niebezpieczeństw, nie jest jednak dosyć wypróbowany, gdyż na żywej kobiecie był dopiero raz jeden stosowany. Hegar robił doświadczenia na trupach i powiada, że bez zbyt wielkiego niebezpieczeństwa daje się osiągnąć ta część moczowodu, która znajduje się najbliżej ujścia kanału jego do ściany pęcherza, a zatem tam gdzie moczowód na pewnej przestrzeni przebiega wzdłuż sklepienia pochwowego; więcej na bok i ku górze zachodzi wielka obawa zranienia większych naczyń. Doświadczenia na trupach dowiodły, że jeżeli na jakie  $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. od miejsca przyczepienia pochwy zrobić cięcie ukośne przebiegające na granicy między przednią i boczną ścianą pochwy, to łatwo jest osiągnąć do moczowodu. Wprowadziwszy zgłębnik do ujścia pęcherzowego moczowodu, łatwo go wyczuć można ze strony pochwy, a przez rzeźzone cięcie łatwo dostać się do zgłębnika, po zerwaniu luźnej tkanki palcem lub też tępem narzędziem. H. musiał koniecznie wprowadzać zgłębnik, gdyż bez tego nie można było wcale wyczuwać moczowodu. Również bez wielkiego wysiłku można było doprowadzić tępy haczyk pod zgłębnik resp. pod moczowód. W wypadkach chorobowych zastępuje zgłębnik sznurkowate zgrubienie moczowodu.

Singer także wpadł na myśl obkluwania, czasowego podwiązania, resp. zamknięcia światła moczowodu ze strony pochwy, zanim jeszcze poznał doświadczenia Hegar'a, od czasu gdy zwrócono uwagę na wymacalność moczowodów u kobiety. Z wymacalności zupełnie zgrubiałych moczowodów S. wnosi o chorobie ich, sięgającej co najmniej aż do miedniczki nerkowej, zaś



o obustronnym ich chorobowym stanie, gdy oba moczowody wyczuwają się jako chorobowo zmienione. Na odwrót, jeśli wyczuwamy tylko jeden moczowód, to nie można jeszcze wyłączyć choroby drugiej nerki, trzeba jeszcze w takim razie oddzielnie zbadać mocze tej nerki, której moczowodu nie możemy wymacać.— S. wylicza szereg okoliczności zarówno przy chorobach organów płciowych, jako też organów moczowych, z powodu których moczowód staje się niewyczuwalnym. Jeżeli więc w moczu znajdziemy domieszkę krwi, ciałałec ropnych, nabłonków miedniczek nerkowych, serowatych grudek obok objawów dowodzących odpowiedniej choroby nerki i miedniczki nerkowej, w takim razie przy wymacywaniu moczowodu zwrócimy zaraz uwagę na odpowiednią nerkę, a zarazem postaramy się przekonać czy choroba jest tylko jednostronna ażeby w danym wypadku mózł wykonać wycięcie nerki. W takich wypadkach najodpowiedniejszym postępowaniem będzie obklucie i czasowe zamknięcie za pomocą ligatury moczowodu wyczuwalnego ze strony pochwy.

Zachęcony przez Sängera, Warkalla wypróbował ten sposób na trupach, trzymając się przepisów jego, podług których trzeba wyraźnie oznaczyć moczowód wyczuwalny lub wyczuć się dający po uprzednim przygotowaniu, a następnie bez preparowania podwiązać go pod kierunkiem oka. Następnie Warkalla opisuje bardzo szczegółowo swe próby podwiązania na siedmiu trupach moczowodów, do których poprzednio zastrzyknął żelatynę celem uczynienia ich bardziej wymacalnemi; z prób tych widać, że z liczby 13-tu (w jednym wypadku jeden moczowód został zniszczony przy iniekcji), 10 zostało uwięzionych pomyslnym skutkiem, co równa się 77%. Próby nie uwięzione pomyslnym skutkiem, dają się częścią wytlómaczyć szczególnymi okolicznościami. Z 10-ciu pomyslnych prób w 2 igła przeszła przez pęcherz, w pozostałych zaś nitka przeszła przez luźną tkankę łączną pomiędzy moczowodem a pęcherzem. Większe naczynia w żadnym wypadku nie zostały uszkodzone. Z 3-ch nieudatnych prób, w 2-ch igła została przeprowadzoną zbyt płytko, a nitka znajdowała się przed moczowodem, w 1-m zaś pęcherz został przekłuty.

Na zasadzie tych prób W. dochodzi do wniosku, że podwiązanie moczowodów ze strony pochwy, podług myśli Sängera, w normalnych warunkach nie przedstawia zbyt wielkich trudności, i że nie trzeba wcale odpreparowywać moczowodów, jak to radzi Hegar. Co się zaś tyczy zamknięcia moczowodów za pomocą szczypeków z zasówką, to takowe próby nie dały żadnych pomyslnych wyników.

Przy podwiązaniu moczowodów trzeba zwrócić uwagę na następujące okoliczności: Przedewszystkiem trzeba wyczuć moczowody, ażeby można oznaczyć lapisem odpowiednie miejsce dla obklucia; w przeciwnym razie trzeba by się kierować stosunkami anatomicznemi. Ważnem jest miejsce w którym mamy podwiązać wymacalny moczowód. W. uważa za najodpowiedniejszy do podwiązania punkt moczowodu, znajdujący się



prawie na 0,5 ctm. poniżej linii poziomej, przechodzącej przez zewnętrzne ujście maciczne. Bliżej ujścia macicznego łatwo jest nakłuć pęcherz, wyżej zaś napotyka się większe naczynia krwionośne. Obrażenie przypadkowe cienkich gałązek spłotu żylnego, rozgałęziającego się z boku pochwy i macicy nie przedstawia niebezpieczeństwa. Oznaczywszy wymacalny moczowód, wkładamy igłę na 6 do 7 mm. na wewnątrz od oznaczonego punktu, a więc w odległości 5 mm. od przyczepu pochwy. Nie trzeba tylko wprowadzić igły zbyt głęboko, co zależy od wyboru odpowiedniej igły, gdyż za mało skrzywiona i długa igła łatwo przechodzi przed moczowodem. Za odpowiednią dla średnio szerokiej pochwy W. uważa igłę o promieniu skrzywienia 1,3 ctm. Ważnem jest ułożenie ciała. W ułożeniu używanem przy operacji kamienia łatwiej jest zranić pęcherz, niż w położeniu w raczka, gdyż przestrzeń zawarta między moczowodem a pęcherzem zmniejsza się w pierwszym wypadku, w drugim zaś zwiększa się. W tym celu pożądane jest umiarkowane napełnienie pęcherza; najlepiej opróżnić go zupełnie i następnie wstrzyknąć doń 150 grm. wody. Oprócz tego przy ułożeniu w raczka łatwiej jest obejrzeć przednie sklepienie pochwy, przez co operacja pod przewodnictwem oka staje się wygodniejszą. Rzadko wypadnie uciec się do narkozy i używać oddzielnego stołu operacyjnego.

Oto w krótkości sposób postępowania przy podwiązaniu resp. zamknięciu moczowodów w myśl metody Säuger'a: Wymacawszy za pośrednictwem palca wprowadzonego do pochwy moczowód, przy ułożeniu chorej na wznak i przekonawszy się o jego położeniu względnie do części pochwowej, wprowadza się wzdłuż palca umieszczonego w pochwie przyrząd zawierający lapis i oznacza się moczowód w miejscu znajdującem się na jakie 0,5 ctm. poniżej zewnętrznego ujścia macicznego. Następnie układamy chorą w raczka, uwidoczniamy za pomocą wzienika Simon'a przednią ściankę pochwy, jakoteż przednie sklepienie jej i odszukujemy poprzednio oznaczony punkt. Gdy punkt ten znajduje się w odpowiednim miejscu, o czem przekonywamy się przez ponowne macanie, wtedy wkładamy igłę opatrzoną nitką i umieszczoną w dostatecznie długim nadelhalterze, nieco powyżej tego miejsca na 6 do 8 mm. na wewnątrz od niego i wyprowadzamy ją w kierunku ukośnym do podłużnej osi ciała co najmniej na tyleż na zewnątrz od oznaczonego miejsca. Następnie zawiązujemy nitkę na węzeł i układamy chorą w wygodniejszej pozycji. Gdy przy ponownem badaniu wyczujemy rozszerzenie moczowodu powyżej podwiązanego miejsca, to mamy dowód, że jest on istotnie podwiązany. W przeciwnym razie możnaby powtórnie założyć ligaturę (w każdym razie już w narkozie), co zresztą rzadko się zdarzy.

W większości wypadków chorób nerek moczowód daje się wymacać. W przeciwnym razie trzeba uwzględnić stosunki anatomiczne, a w szczególności stosunek moczowodów do części pochwowej, w wypadkach W. boczna odległość takowych od przewodu pochwy wynosiła w przecięciu 1,3 ctm. Gdy



więc w odległości 0,5 do 0,6 ctm, od przyczepu pochwy na wysokości zewnętrznego ujścia macicznego wkłujemy igłę, to prawdopodobnie obejmiemy nią moczowód. Nakłucie pęcherza, które daje się uniknąć przy odpowiednim prowadzeniu igły, nie spowoduje zapewne szkody, a o obrażeniu większych naczyń w tem miejscu nie ma obawy. Sam moczowód przy nieco głębszem wprowadzeniu igły nie zostanie także przekłuty. Nie ma obawy, aby moczowód w miejscu podwiązaniem podlegał zgnieceniu, zapaleniu lub zgorzeli, o zbyt mocny ucisk nie ma obawy z tego względu, że przy podwiązaniu ujmujemy także pewną część tkanki łącznej, następnie zamykamy na krótki czas (10—15 minut), a wreszcie nie trzeba zaciskać nitki na moczowodzie tak mocno, jak przy podwiązaniu tętnicy. Zamiast zupełnego podwiązania dość jest poprostu ściągnąć oba końce nitki, ażeby moczowód stał się niedrożnym, o czem przekonał się W. przy swych doświadczeniach. Krukenberg wyraził obawę, że podwiązanie moczowodu może wywołać *nephritis*; trudno się na to zgodzić ze względu na krótkotrwałość takowego, przy czem nie może być mowy o szkodliwym zastojem moczu w nerkach. W ten sposób W. sądzi, że podwiązanie moczowodów ze strony pochwy jest daleko prostszem, niż sposoby wewnątrz-pęcherzowe i wyraża życzenie, ażeby w odpowiednich wypadkach próbowano stosować tę metodę na żywej kobiecie dla przekonania się, czy metoda ta zasługuje na dalsze stosowanie w praktyce.

*Stanisław Huzarski.*

**72. G. KOCH. O nagłych porodach i rozerwaniu sznurka pępkowego.** Ueber praecipitirte Geburten und Nabelschnurzerreissung. — (*Arch. f. Gyn.* Bd. 29. Hft. 2, str. 271.)

Na 3,775 porodów, jakie się odbyły w ciągu  $9\frac{1}{2}$  lat (od roku 1877 aż do połowy 1886) w miejskiej szkole akuszerki w Sztutgardzie, przypada 37 nagłych porodów, t. j. takich, przy których, podług określenia Winckel'a, rodzące wydają na świat dziecko niespodzianie, w niezwyklej pozycji, zewnątrz łóżka, a przeto w pierwszym i drugim okresie nie były wcale, lub też wyjątkowo tylko, badane wewnątrznie.

Powyższa liczba odpowiada stosunkowi procentowemu 0,98%. Winckel w Dreźnie przy 216 przypadkach podaje stosunek procentowy 1,7%, Hugenberger w Petersburgu przy 73 — 0,9%, Krassowski przy 20 — 1,0%, Matthaei w Marburgu przy 10—0,9%. Trzeba się zgodzić z Winckel'em na zasadzie tych cyfr, że podobna zgodność nie może być przypadkową i że niezależnie od czasu i miejsca istnieje pewna stałość w pojawianiu się nagłych porodów. Wychodząc z tego punktu, stara się W. zbadać etylogiją nagłych porodów. Naprzód więc znajduje przy nich znaczną przewagę mnogorodzących nad pierwiastkami, gdy przy reszcie porodów, które miały miejsce w zakładzie, widać wręcz przeciwny stosunek. Z liczby 216-tu nagłych porodów w Dreźnie: pierwiastek było 28,8%, drugorodzą-



ych—46,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, mnogorodzących 25,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, gdy przy reszcie porodów pierwiastek było 51,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, drugorodzących — 27,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, mnogorodzących 20,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Koch znajduje pomiędzy 37 nagłemi porodami pierwiastek 11=29,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, drugorodzących 23=35,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, mnogorodzących 13 = 35,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, gdy dla reszty porodów odbytych w zakładzie, liczba pierwiastek wynosi 47,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, drugorodzących — 29,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, mnogorodzących — 22,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Zatem i u Kocha widać przewagę drugo i mnogorodzących nad pierwiastkami przy nagłych porodach, co K. tłumaczy sobie tem, że kobiety zamężne przyjmowane są do zakładu już w bólach porodowych, niezamężne zaś muszą wstępować do zakładu jeszcze przed zjawieniem się bólów porodowych, jeżeli chcą być leczone bezpłatnie. Z powyższego widać, że w znacznej większości wypadków organa rodne matek umożliwiają nagły przebieg porodu. Dalej Koch znalazł, że przy nagłych porodach dzieci okazują mniejszy opór szybkiemu przerznięciu się przez drogi porodowe, niż to ma miejsce przy zwykłych porodach, gdyż waga 73<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dzieci nie przekraczała 3000 grm.

Co się tyczy trwania porodu, to w przeważnej większości wypadków poród trwał nadzwyczaj krótko, a mianowicie do 6 godzin u pierwiastek, a do 3 godzin u mnogorodzących. Jeden raz poród trwał tylko 20 minut u drugorodzącej, której dziecko ważyło 2880 grm., drugi raz także u drugorodzącej której dziecko ważyło 3300 grm. poród trwał 45 minut. W obu wypadkach pęcherz pękł na 5 minut przed przyjściem na świat dziecka. O niezwykle długim trwaniu porodu nie ma wzmianki, gdy u Winckela 7,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> porodów nagłych miało przebieg niezwykle długi.

Chwila pęknięcia pęcherza jest odnotowana tylko w 22-eh przypadkach, z tych w 7-miu pęcherz pękł bezpośrednio lub co najwyżej na 10 minut przed przerznięciem się dziecka, w 4-eh — na  $\frac{1}{2}$  do  $\frac{3}{4}$  godziny, w 7-miu — na 1 do 2 godzin, w 2-eh — na 2 do 4 godzin i w 2-eh — na 4 do 6 godzin przed przerznięciem się dziecka.

Że pęknięcie pęcherza w drodze ułatwia nagłe przerznięcie się dziecka szczególnie u mnogorodzących, to nie podlega wątpliwości, gdyż i przy zwykłym rozwiązaniu w łóżku bardzo często po pęknięciu pęcherza następuje spieszne przerznięcie się dziecka. We wszystkich 37-miu wypadkach dzieci urodziły się w położeniu czaszkowem; porodów bliźniętami nie było. W jednym tylko wypadku zauważono niezmiernie krótki sznurek pępkowy (30 ctm.). Pociąganie takowego uważano za moment etjologiczny nagłych porodów. Czas trwania porodu nie był jednak w tym wypadku niezmiernie krótki. W jednym wypadku rodzica cierpiała na syfilis (condylomata lata), w drugim na białkomocz.

Przy rozważaniu powyższych 37-miu wypadków z punktu widzenia przyczynowego widać, że: 1) pierwiastki przyjmują znacznie mniejszy udział, 2) dzieci mało przeważają, 3) pęcherz pęka w drodze.

Przechodząc do następstw bezpośrednich przy nagłych po-



rodach dla matki i dziecka, Koch nie zauważył ciężkich obrażeń pochwy lub ust macicznych. Małe odtłoczenia sromu napewno istniały w wielu wypadkach. Z 37-miu wypadków w 7 nastąpiło pęknięcie krocza, z tych w 3-ch bardzo lekkie nadarcia, na które nałożono po 1-nym szwie, w 3-ch cięższe nadarcia, na które założono 2 do 5 szwów. Z tych 7-miu rodzących 3 były pierwiastki, a 4 mnogorodzące. Szczególna rzecz, że większa część pęknięć krocza miała miejsce nie przy przerynianiu się największych dzieci. Gdy w pewnej liczbie wypadków pęknięcie nie zależy ani od wężkości miękkich części matki, ani od wielkości dzieci zatem za przyczynę takowego trzeba uważać nieodpowiednią pozycję matki w chwili porodu; rzeczywiście z pomiędzy 7 rodzących 4 urodziły stojąco, 2 w do-  
rożce, a jedna na krześle w czekalni na banhofie. W 6 wypadkach (16<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), miało miejsce krwawienie przy lub po odejściu łożyska, raz jaden miał miejsce silny krwotok. Winckel w 16<sup>o</sup>/<sub>o</sub> swoich wypadków widział ciężkie krwotoki następcze i tłómaczy sobie to niezmiernie szybkim przebiegiem porodu, po którym macica u mnogorodzących ma skłonność do wolnienia. Koch przyjmuje to tylko dla pewnej liczby wypadków, gdyż przy mocnych bólach, bez których nie może mieć miejsca nagły poród, trzeba raczej oczekiwać mocnego skurczenia się macicy po porodzie. Dla reszty wypadków krwotoków następczych Koch upatruje przyczynę w zatrzymaniu się części błon płodowych, o co jest bardzo łatwo przy późnem pęknięciu pęcherza płodowego, jakie bardzo często towarzyszy nagłym porodom.—Cztery razy miało miejsce zatrzymanie się części błon płodowych, z których w jednym wypadku towarzyszyło mu zatrzymanie się małej cząstki łożyska (w połogu rozwinął się polip łożyskowy). Raz miał miejsce mocny krwotok przy zatrzymaniu się resztek owodnej; w tym wypadku i w drugim resztką owodnej została ręcznie wydobyta, w dwóch drugich wypadkach pozostawiono to naturze.

Łożysko zwykle albo samo się rodziło, albo było wyjęte sposobem Credé'go; raz tylko nie w zakładzie, akuszerka wyjęła je z pochwy przez wprowadzenie ręki. Co się tyczy dzieci, to jedno zmarło wkrótce po porodzie z powodu słabego rozwoju; drugie udusiło się w wychodku, trzecie zmarło z asphyxii, czwarte było zgnile. — Jedno dziecko zmarło w następstwie uszkodzeń przy porodzie.—Co się tyczy dalszego stanu matki i dziecka po nagłym porodzie, to Winckel dochodzi do następujących wniosków: rodzące po nagłym porodzie częściej chorują, niż inne położnice, jednakże choroby te są po większej części lekkie i krótkotrwałe; cięższe choroby popołogowe zdarzają się tylko u takich położnic, u których były robione wstrzykiwania do części rodnych lub operacje; zatem trzeba wykluczyć infekcyje przez zarazki zawarte w powietrzu. — Z 37-miu wypadków Koch'a, żadna położnica nie umarła, zachorowało zaś 15=40,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Z reszty położnic zachorowało przecięciowo około 30<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

U Winckel'a zachorowało 41,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, zmarły zaś 4 po-



łożnice = 1,7%. Za chore Koch uważa te położnice, u których, poczynając od drugiego dnia po porożu, przynajmniej raz jeden temperatura przekroczyła 38,1°, lub też u których przemiany wsteczne organów płciowych nie były prawidłowe. Z tych 15-tu wypadków w 11-tu położnice lekko chorowały lub też wsteczny rozwój nastąpił późno, dwie położnice przechodziły endometritis (raz łącznie z polipem łożyskowym), jedna położnica miała Parametritis sinistra levis, a jedna zapalenie płuc włóknikowe. Wszystkie chore wyzdrowiały. Jedna została wypuszczona 32 dnia po porodzie (jest to najdłuższy czas pozostawania w zakładzie). Obie położnice z endometritis i jedna z zapaleniem płuc ciężko chorowały.

W obu wypadkach, w których rozwinęło się Endometritis, dotykano się narzędziami części płciowych rodzajnych, w jednym z tych dwóch wypadków miało miejsce zatrzymanie się cząstek błon płodowych. A zatem spostrzeżenia Kocha co do chorób położnic po nagłych porożach, zgadzają się w zupełności z poglądami Winckel'a. Z 7-miu położnic u których pękło kroczce, dwie chorowały lekko, a jedna ciężko. — Z 6-ciu zaś, które miały lekki krwotok po porodzie, 4-ry przechodziły niezupełnie prawidłowy poroż, zaś jedna z ciężkim krwotokiem wcale nie chorowała; wreszcie z 4-ch położnic, u których zatrzymały się cząstki błon płodowych, jedna ciężko chorowała, a druga miała lekką gorączkę resorbcyjną. — Co się tyczy dalszego stanu dzieci po porodzie, to 6 dzieci zachorowało (16%), z tych 3 zmarło, co razem z 4 nieżywo urodzonymi lub zmarłymi wkrótce po urodzeniu, stanowi 7 wypadków śmierci dzieci czyli 18%. U Winckel'a procent śmiertelności dzieci wynosi także 17%. Przyczyną śmierci u jednego dziecka był słaby rozwój i zapalenie płuc niezżytowe, u drugiego słaby rozwój i atelectasis pulmonum, u trzeciego zaś Apoplexia traumatica.

Z 3 dzieci, które zachorowały, ale zostały przy życiu, jedno cierpiało na Blenorrhoea w oczach i miało jednocześnie zarośnięcie otworu cewki moczowej, które zostało usunięte przez lekką operację; drugie cierpiało na pleśniawki, żółtaczkę i zapalenie pępka, a trzecie na Sclerema i pemphigus. Winckel miał większy procent chorych dzieci, a mianowicie 38%.

Za prawdziwe porody połączone z upadkiem (Sturzgeburt) i rozerwaniem sznurka pępkowego z 37 wypadków należy uważać tylko 6. Wprawdzie wiele innych z tych 37 wypadków można uważać za poroż połączone z upadkiem w tem znaczeniu, że dziecko nagle przerznęło się w pozycji stojącej matki, ale dziecko zostało zatrzymane rękami przez matkę lub towarzyszącą jej osobę, albo też zostało uchronione od upadku przez ściśnięcie ud. W jednym wypadku dziecko obsunęło się do majtek matki i w ten sposób zatrzymało się. W jednym wypadku, który stanowi przejście do wypadków z rozerwaniem sznurka pępkowego, miało miejsce tak mocne rozciągnięcie tego ostatniego, że nastąpiło pęknięcie naczyń pępkowych bez rozerwania pochwki. Charakterystycznym jest w tym wypadku



siedlisko podbiegnięć krwi (w okolicy pępka, jako też blisko przyczepu sznurka do łożyska). Są to miejsca, w których na zasadzie dawnych doświadczeń zwykle rozrywa się sznurek pępkowy przy porodach połączonych z upadkiem. Jeden z porodów połączonych z upadkiem i rozerwaniem sznurka pępkowego, jest niezmiernie ciekawy pod względem sądowo-lekarskim. Dowodzi on, jak ważnem jest dla sędziów orzeczenie, czy sznurek pępkowy został przecięty, czy też rozerwany, a także, że w pewnych warunkach trudno jest, mimo oględzin sznurka pępkowego, stanowczo rozwiązać to pytanie. Wypadek ten tyczy się dziewczyny 25 letniej, pierwiastki, która mimo bólów porodowych udała się za potrzebą do wychodka. Tu siedząc, uczuła, że dziecko nagle się przerznęło i jakkolwiek chciała je uchwycić gdy prześlizgało się między udami, to jednak po rozerwaniu się sznurka pępkowego, wpadło ono do dołu kloaczno-go. Mimo krzyku dziecka; dziewczyna udała się do mieszkania, gdzie dopiero zawiadomiła o wszystkim gospodynię. Łożysko odeszło samo, gdy położyła się do łóżka. Dziecko wyratowano, lecz wszystkie próby przywrócenia go do życia były już daremne, gdyż udusiło się ono w odchodach kloacznych.

Dwóch lekarzy sądowych powołanych do wydania opinii o tym wypadku, orzekło po obejrzeniu całego sznurka pępkowego, że ten ostatni został przecięty jakimś ostrem narzędziem (nożem lub nożyczkami), w następstwie czego dziewczyna została oskarżoną nie o mimowolne, lecz o rozmyślne pozbawienie dziecka życia. Sznurek pępkowy długi na 50 ctm., dość gruby, nieco skręcony, był rozdzielony w odległości 25 ctm. od pępka. Na płodowym końcu jego oprócz miejsca rozdzielenia, znajdowały się jeszcze trzy obrażenia, z których dwa dotknęły tylko otoczkę bez obrażenia gołej arteryi, trzecie jednak przerznęło prawie połowę grubości sznurka pępkowego, przyczem jedna tętnica i żyła zostały rozerwane. Podczas gdy te obrażenia miały brzegi dość gładkie z małemi strzępkami, to w miejscu rozdzielenia otoczkami strzępy, naczynia zaś były nierówno oddzielone i częścią wystawały z otoczki. Widocznie eksperci wydali orzeczenie na zasadzie mnogości obrażeń, umiarkowanie gładkich brzegów trzech z ich, ostatecznie na zasadzie niezwykłego miejsca rozdzielenia sznurka pępkowego, gdyż przy większości porodów połączonych z upadkiem sznurek pępkowy zwykle odrywa się obok samego łożyska lub też blisko pępka. Tymczasem dyrekcya szkoły akuszerek, do której przeniesiono położnicę wieczorem po porodzie, opierając się na tem co znaleziono w miejscu rozdzielenia sznurka pępkowego, orzekła, że obrażenia te powstały nie po użyciu ostrego narzędzia, lecz przez pociągnięcie ze strony padającego dziecka. Ostatecznie lekarze sądowi po nowem dokładnem obejrzeniu sznurka pępkowego orzekli to samo, a dziewczyna została skazaną na sześć tygodni więzienia z powodu nieumyślnego pozbawienia dziecka życia.

Opisany powyżej wypadek jest podwójnie ciekawy: z jednej strony dowodzi on, że nawet doświadczeni lekarze sądowi



mogą się mylić w orzeczeniu, czy sznurek pępkowy został przecięty, czy też rozerwany, z drugiej znowu strony godzien jest uwagi fakt, że z powodu ciężaru dziecka mogą powstać liczne obrażenia sznurka pępkowego.

W żadnym ze znanych podęczników sądowej medycyny nie ma wzmianki o tem, podczas gdy Winckel zwraca uwagę na możliwość tego ostatniego. W. widział takie liczne rozerwania przy porodach połączonych z upadkiem, a nawet raz otrzymał je na drodze doświadczałnej. Koch przy próbach rozerwania sznurka przez spadający ciężar otrzymał w jednym wypadku pięć obrażeń bez zupełnego rozerwania sznurka pępkowego.

Że sznurek pępkowy łatwo się rozrywa, o tem wiemy z doświadczeń Pfannkuch'a. Rozumie się, że takie próby mogły być dokonane tylko na sznurkach zupełnie pozbawionych krwi lub też zawierających tylko niewielką jej ilość. Ztąd też wnioskowano, że sznurek połączony jeszcze z dzieckiem i mocno wypełniony krwią musi jeszcze łatwiej się rozrywać. Winckel przytacza wypadki, w których sznurek pępkowy wytrzymał ciężar dziecka padającego przy porodzie. Koch przytacza trzy wypadki, które dowodzą na przekór Winckel'owi, że w pewnych warunkach żywy sznurek pępkowy może okazać słaby opór nawet bardzo lekkiemu działaniu siły. W dwóch z tych wypadków sznurek pękł przy uwalnianiu pętli raz tylko okręconej dokoła szyi, bez użycia znacznej siły, w trzecim zaś przy zmianie położenia na boku, w którym rodząca urodziła dziecko, na położenie na wznak. We wszystkich trzech wypadkach w sznurku nie widać nic nieprawidłowego.

Trzy te wypadki godne są uwagi pod względem sądowo-lekarskim, gdyż dowodzą, że przy samopomocy rodzącej w łóżku może mieć miejsce podobne rozerwanie sznurka pępkowego.

*Stanisław Huzarski.*

73. Prof. GUSSEROW. **Haematocele periuterina.** (*Arch. f. Gynäkol.* B. 29, H. III).

Zweifel i Martin dowiedli, że wyżej wspomniana choroba może być leczoną na drodze operacyjnej. G. przytacza przebieg 8-miu wypadków, leczonych w ten sposób przez niego samego. Zejście we wszystkich wypadkach bardzo pomysłne. — Autor bezzwłocznie przecina w odpowiednim miejscu sklepienie pochwy, po uprzednim zdezynfekowaniu takowej (sublimat 1—2000) wypuszcza zebraną krew, jamę przemywa roztworem kwasu salicylowego, a wypełnia takową jodoformową gazą, wśród której unieszcza gruby dren. Pooperacyjne leczenie zasadza się na kilkorazowym przemyciu jamy dezynfekującym środkiem.

Wyższość powyższej metody nad metodą wyczekującą polega na skróceniu przebiegu choroby i natychmiastowem usunięciu towarzyszących jej objawów.

*Kuniewicz.*

— **Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy**  
oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych. Ś. p. Jan Bą-



c e w i c z, doktor medycyny, niegdy członek czynny Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, zmarły w roku 1865, zapisał temuż Towarzystwu, między innymi, kapitał rs. 7,500, przeznaczając procent po 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> na coroczne udzielanie wsparcia 5-ciu wdowom po lekarzach polakach wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych, wdowom po lekarzach innych wyznań. Komitet kasy wsparcia, działając z upoważnienia Towarzystwa lekarskiego, zawiadamia osoby interesowane, że w dniu 12 (24) Czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, udzielone będą z pomienionego legatu wsparcia 5-ciu niezamożnym wdowom po lekarzach—każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby życzyła ubiegać się o rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną komitetowi przez jednego z jego członków, którymi są: w Warszawie zamieszkali: prezes komitetu dr. Gepner Bolesław, wiceprezes dr. Rogowicz Jakób, członkowie komitetu: dr. Braun Jan, dr. Grandilewski Michał, dr. Grosstern Wiktor, dr. Lewiński Marcełi, dr. Kryże Władysław, dr. Modrzejewski Edmund, dr. Sokółowski Alfred, dr. Szokalski Wiktor i dr. Wolf Aleksander; radcy prawni: mecenas Thieme Karol i rejent Zawadzki Stanisław, na prowincyi zaś pp. inspektorowie lekarscy przy rządach gubernialnych lub ich zastępcy, a mianowicie: w Kaliszu dr. Merkel Juliusz, w Piotrkowie, dr. Mianowski Ksawery, w Radomiu dr. Dobrzelewski Tadeusz, w Kielcach dr. Michniewicz Felicyjan, w Lublinie dr. Kwaśniewski Juliusz, w Siedlcach dr. Maluszycki Ignacy, w Płocku dr. Ostrowski Władysław, w Łomży dr. Londyński Roman, w Suwałkach dr. Kosiński Stanisław. Każdemu z liczby wyżej wymienionych członków służy prawo przedstawienia jednej kandydatki, z pomiędzy których komitet wybierze 5 wdów po lekarzach, i o przyznaniu im wsparcia z legatu d-ra Bęcawicza, stosownie do zastrzeżenia w testamentie uczynionego, ogłosi w pismach publicznych. Przedstawienia od członków komitetu ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatek—oczekiwane będą najpóźniej do dnia 3 (15) Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacyje w biurze komitetu w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś w biurach pp. inspektorów lekarskich gubernialnych.

Z upoważnienia Komitetu, członek zarządzający funduszami,  
Dr. Szokalski.

— **Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy** oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Leona L a n d e wakuje wsparcie 95 rs., według woli testatora, w rocznicę jego zgonu, to jest dnia 18 Lutego 1888 r. przyznać się mające, albo podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim pozostałym; albo też w razie braku takich—lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim—wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapłodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała N-r 7), oznacza się do dnia 15 Grudnia 1887 r. Przy prośbie złożyć należy dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ch lekarzy, członków kasy wsparcia, oraz inspektora lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem mu rzeczzonego wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, członek zarządzający funduszami,  
Dr. Szokalski.



## Sprostowanie w Nrze 3.

Str. 121 wiersz 20-ty od dołu, zamiast: *wepchnął doń* powinno być *znalazł w nim*.

Str. 124 wiersz 12-ty od góry, zamiast *brzusznego* winno być: *pachwinowego wewnętrzneho*.

Nadto w sprostowaniu z poprzedniego numeru odnotowano str. 114, gdy należało odnotować 124.

## Nadesłano do Redakcyi.

1. Terapija ogólna, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty F. A. Hoffmann'a prof. kliniki chorób wewnętrznych w Dorpacie. Przekład z niemieckiego, dokonany staraniem członków Gazety Lekarskiej.

2. D-r Adolf Baginsky. Wykład chorób dzieci. Przekład z niemieckiego, dokonany przez D-ra Wiktoryna Kosmowskiego. Tom III.

3. C. J. Kunze. Podręcznik medycyny praktycznej. Przekład z ostatniego niemieckiego wydania, przez Stanisława Kleina i Aleksandra Fruchtmana.

4. Kosmetyki, ich skład chemiczny i szkodliwość dla zdrowia, z dołączeniem odnośnego prawodawstwa w kraju naszym obowiązującego, zebrali K. Wenda i Wiorogórski.

5. Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. D-ra Korczyńskiego w Krakowie. Zeszyt XIII.

6. D-r Smoleński. Bericht über die Fortschritte der Balneologie in den polnischen Ländern, mit besonderer Berücksichtigung des Kurwesens in Galizien während der letzten 5 Jahre. (Sep. Abdr. aus „Schmidt's Jahrbücher“).

7. Czternaste sprawozdanie komitetu opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, z r. 1886.

8. D-r K. Szadek. Leczenie kiły garbnikanem rtęci. (osobna odb. z Przegl. Krak.).

9. D-r K. Szadek. Krótkie sprawozdanie z 70-ciu przypadków róży, spostrzeganych na oddziale skórny w wojskowego szpitala w Kijowie w r. 1885. (Odb. z Gaz. Lek.).

10. D-r A. Pallatschek. Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei Diabetes mellitus (Sep. Abdr. aus der Zeit. f. Klin. Med.).

11. D-r Jaworski. Beobachtungen über das Schwinden der Salzsäure-Secretion und der Verlauf katarrhalischer Magenerkrankungen. (Sep. Abd. aus der Münch. Med. Woch.).

12. D-r L. Wolberg. Gorączka powrotna u dzieci. (Odb. z Gaz. Lek. 1886 r.).

13. D-r L. Wolberg. Tyfus wysypkowy u dzieci. (Odb. z Gaz. Lek. 1886).

14. D-r L. Wolberg. Tyfus brzuszny u dzieci. (Odb. z Gaz. Lek. 1887).

15. Protokoły zasiedanij Kowenskago Medicinskago Obszczestwa za wtaruju i tretiuju tref' 1885/6 goda.