

GAZETA LEKARSKA

I. Operowanie raka macicy przez pochwę.

Podał

Bolesław Grzankowski,

Ordynator oddziału Ginekologicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Odczyt, wygłoszony w Seceyi Ginekologicznej Warsz. Tow. Lek. d. 27. 14. 1906 r.).

Operowanie raka macicy przez pochwę może być wykonane dwojako:

- 1) Z wycięciem tylko tej części macicy, która jest zajęta przez raka,
- 2) z wycięciem całej macicy, ewentualnie z częścią przymacicza i przydatków.

Operacja wycięcia tylko tej części macicy, która jest zajęta przez raka, była prawie jedyną operacją rozpowszechnioną niegdyś przed 25-u laty. Metody wykonywania tej operacji były różne.

Pierwotnie odcinano części rakowate nożem lub nożyczkami i ranę wypalano żegadłem lub maściami żrącymi.

Później używano przy tem odgniatacza (*ecraseur*) łańcuszkowatego lub z drutu [VERNEUIL i inni], który wkrótce zastąpiono pętlicą galwanokatystyczną [BRAUN, BYRNES].

W nowszych czasach HEGAR zastosował w tych przypadkach odcięcie klinowate szyjki macicznej, a wkrótce potem SCHROEDER wprowadził w użycie metodę nadpochwowego wycięcia szyjki macicznej.

Te metoda utrzymała się do dzisiejszych czasów.

Robimy cięcie na części pochwowej macicy, w odległości 2-ch ctm. od brzegów raka, odłuszczamy naokoło błonę śluzową pochwy, oddzielamy pęcherz i zazwyczaj nie otwieramy fałd otrzewnych.

Na podstawę przymacicza nakładamy podwiązki igłą tępą, ujmując dolną gałąź tętnicy macicznej i odcinamy część przymacicza przy szyjce. Następnie odcinamy samą szyjkę, zwykle w okolicy ujścia wewnętrznego, czasami powyżej, jeżeli nowotwór sięga wysoko. W końcu zeszywamy brzegi pochwy z błoną śluzową kanału szyjki i w ten sposób zamykamy ranę.

Metoda wycięcia nadpochwowej szyjki macicznej przy raku dawała w pierwszych latach względnie dużą śmiertelność zaraz po operacji: według WINTER'a w klinice berlińskiej pierwotna śmiertelność wynosiła około 7,5% [10 śmierci na 155 przyp.]; w latach późniejszych między r. 1885 — 1891 według KRUKENBERG'a w tej samej klinice wykonano 44 operacje tą metodą bez żadnego zejścia śmiertelnego.

Co się tyczy trwałości wyleczenia raka macicy tą metodą, to statystyka KRUKENBERG'a z kliniki berlińskiej wykazuje po 5-u latach 27,6% trwałych wyleczeń, co stanowi olbrzymi procent.

Według KRUKENBERG'a w tej samej klinice wycięcie całkowite macicy przy raku dawało tylko 17,6% trwałych wyleczeń.

Tłómaczy się to tem, że podówczas wycięcie całkowite macicy robiono tylko w przypadkach, gdzie rak rozszerzył się znacznie, a odcięcie nadpochwowe stosowano we wszystkich okresach początkowych.

HOFMEIER opisuje swoje spostrzeżenia nad nawrotami raka po operacji metodą odcięcia nadpochwowej szyjki. Podaje, że zawsze spotykał nawroty w przymaciczu, a tylko dwa razy widział je w odciętym trzonie macicy.

Te spostrzeżenia zgadzają się z badaniami anatomopatologicznymi nad przechodzeniem raka z szyjki na trzon macicy.

Mówiliśmy w poprzednim odczycie, że spostrzeżenia SEELIG'a o przechodzeniu raka z szyjki na trzon nie mogą być rozszerzane na wszystkie rodzaje raków i na wszystkie okresy rozwoju raka, jak to dowiodły badania FRANQUÉ'go i PEPPEL'a.

Wycięcie całkowite macicy zajętej przez raka nawet rozpoczynającego się musimy uważać za wskazanie nie tylko dlatego, że rak przeszedł na trzon, ale głównie dlatego, że operacja wycięcia całkowitego macicy pozwala nam wyciąć więcej tkanki przymacicznej, w której rak rozszerza się najwcześniej i najszerzej.

Pierwsze całkowite wycięcie macicy drogą pochwową było zrobione w 1813 r. przez LANGENBECK'a, który jakoby wyluszczył macicę podotrzewnowo.

Ta metoda miała bardzo mało naśladowców (*Franck. Arch. f. Gyn. B. 30*) i dziś jest zarzucona.

SANTER z Konstancji w 1821 r., operując metodą LANGENBECK'a, nie mógł wyłuszczyć macicy z pod otrzewnej, otworzył otrzewną, przechylił zagiętym palcem trzon macicy ku przodowi i odciął macicę przy samym jej brzegu. Do zatamowania krwi służyły tylko szarpie, włożone do pochwy; przytem S. jakoby nie napotkał silniejszego krwawienia.

Chora pozostała z przetoką pęcherzową i umarła w 4 tygodnie po operacji bez recydywy, z przyczyny niewyjaśnionej.

RECAMIER w 1829 r. pierwszy wskazał na konieczność podwiązywania więzy szerokiego; podówczas zwracał uwagę tylko na tętnicę maciczną, nie licząc się z tętnicą jajnikową, jako bardzo wątłą.

Po wprowadzeniu antyseptyki CZERNY w Heidelbergu zaczął operować tą metodą w 1898 r., podwiązywał więzy szerokie w 3 pęczki, ujmując oprócz tętnicy macicznej, także jajnikową. C. otrzymał dobre wyniki i wkrótce znalazł naśladowców w MIKULICZU, BILLROTH'cie, SCHROEDER'ze, OLSHAUSEN'ie, a we Francji w PÉAN'ie i DEMONS'ie.

Przystępując do opisanja metod wyjmowania macicy drogą pochwową w raku, przyjmiemy za zasadę do podziału na metody sposób oddzielania macicy od przymacicza i więzadeł.

Ten moment operacji uważamy za najważniejszy w myśl tego, co powiedzieliśmy w odczycie poprzednim, o przechodzeniu raka macicy na przymacicze. Przymacicze niezawsze jest wolne od raka, nawet we wczesnym okresie raka szyjki macicznej.

Więcej niż połowa przypadków raka szyjki macicznej jest powikłana rakiem przymacicza, a raki trzonu macicy tylko w wyjątkowych razach przechodzą na przymacicze.

Rozpoznanie kliniczne zajęcia przymacicza nigdy z całą dokładnością nie może być postawione. Wobec tego wszyscy operatorowie zgadzają się na jedno, że przy raku szyjki macicznej trzeba usuwać macicę wraz z tkanką przymaciczną na możliwie szerokiej przestrzeni.

O ile metoda oddzielania macicy zajmuje rozległej przymacicze i więzadła, o tyle więcej zbliża się do ideału doszczętnego wycięcia ogniska rakowatego wraz z przerzutami.

Za odrębne metody oddzielenia macicy rakowatej od przymacicza i więzadeł uznajemy:

- 1) metodę z podwiązkami;
- 2) metodę z zaciskaczami i odmianę jej z przyżeganiem;
- 3) metodę separowania tkanek z podwiązaniem oddzielnych naczyń;
- 4) metodę zbiorową.

Przy wyjmowaniu macicy drogą pochwową powstały z biegiem czasu rozmaite zmiany w szczegółach operacyjnych; wszystkie one miały na celu udoskonalenie tej metody, a liczba ich ciągle jeszcze wzrasta i gdyby się

chciało uwzględnić te wszystkie odmiany, to liczba metod przewyższałaby setkę.

Zacniemy od metody najstarszej z podwiązkami przymacicz i więzadeł i przy tej pierwszej metodzie od razu opiszemy ważniejsze szczegóły operacyjne, które są stosowane niejednokrotnie i przy metodach pozostałych.

Przygotowanie do operacji zasadza się głównie na możliwym usunięciu zarazków rakowatych z pola operacyjnego, aby utrudnić przeszczepienie raka w świeże rany, powstające przy operacji i aby usunąć zmartwiałe tkanki, będące ogniskiem zarazków gnilnych, a czasem i septycznych.

W tym celu MIKULICZ zalecił wyłyżeczkowanie rozpadających się mas nowotworowych, a TAUFER dodał do tego jeszcze przyżeganie żegadłem PACQUELIN'a.

Jedni, jak TAUFER, THORN, robili to na kilka dni przed samą operacją, większość, jak: LEOPOLD, SCHAUTA, OLSHAUSEN, wykonywają to bezpośrednio przed samą operacją, chcąc uniknąć wysięków przymacicznych i gorączek zakaźnych, które zjawiały się niekiedy po wyskrobaniu.

WINTER trzyma się tej samej zasady; poleca jeszcze obfite antyseptyczne przepłukiwania w ciągu kilku dni przed operacją, w celu odkażenia pola operacyjnego.

W celu niedopuszczenia ściekania rakowatych wydzielin z macicy, jedni chwytali obie wargi maciczne w cęgi, inni nakładali na wargi maciczne kilka szwów lub zatykali kanał szyjki kołeczkiem z tupelo.

MACKENRODT w tym samym celu robi cięcie kuliste w górnej części pochwy, odłuszcza błonę śluzową pochwy od sklepień i części pochwowej i zszywa brzegi przecięcia, wytwarzając w ten sposób worek, zamykający w sobie masę nowotworową i wydzielinę maciczną.

W celu ułatwienia dostępu do właściwego pola operacyjnego, t. j. do macicy, stosowane są nacięcia sromu, krocza, pochwy, a nawet tkanek, stanowiących dno małej miednicy.

DÜHRSEN w 1895 r. zaleca przy wąskiej szparze sromnej i pochwie lub przy bardzo dużej macicy, cięcie na prawej stronie pochwy, idące od samego sklepienia po bocznej ścianie pochwy i przechodzące w boczne cięcie krocza, które prowadzi pośrodku między odbytem a guzami siedzeniowymi.

W ten sposób przecina on *musculus levator ani* i *constrictor cunei* i wytwarza jamę głębokości 6-u do 7-u ctm. i przeto rozszerza światło pochwy. Po wycięciu macicy, cięcie to zostaje w całości zeszyte.

SCHUCHARD jeszcze w 1893 r. opisał swój sposób rozcięcia pochwy i krocza, który nazwał cięciem przypochwowem (*incisio paravaginalis*).

Cięcie to rozpoczyna w pochwie na stronie lewej od sklepienia, prowadzi po bocznej ścianie równoległe do przebiegu prostnicy i przechodzi na skórę, przecinając wargę sromną między 3-cią częścią środkową a tylną. W dalszym ciągu cięcie skórne prowadzi po pośladku, okrążając łukowato krocze i odbytu i kończąc je na dwa palce poniżej odbytu. Cięciem tem SCHUCHARD przecina tkanki, stanowiące dno małej miednicy, a więc *musculus levator ani* i *fascia pelvis*, a nienarusza *musculus sphincter ani externus*. W ten sposób zostaje szeroko otworzone *cavum ischio-rectale*, *cavum musculare pelvis*, a prostnica wraz z odciętym kawałkiem *musculus levator ani* opada ku dołowi i ku prawej stronie, rozszerzając znakomicie światło pochwy.

Przy tej metodzie występuje niekiedy dość żywe krwawienie z gałązek *arteriae haemorrhoidalis inferioris*, *arteriae transversae perinei* i z licznych tętnic pochwowych, które jednak dość łatwo możemy opanować, na razie szczypczykami, a potem podwiązkami. Po wyjęciu macicy, cała rana zostaje w całości zeszyta.

STAUDE robi cięcie SCHUCHARD'a z obu stron i przez to jeszcze więcej ułatwia sobie dostęp do macicy.

Wszystkie cięcia pochwy, sromu i krocza spotkał słuszny poniekąd zarzut, że one ułatwiają przeszczepianie zarazków rakowatych w świeżo zrobionej ranie.

Ponieważ fakty przeszczepień raka w ranę, leżącą w sąsiedztwie pola operacyjnego, były spostrzegane niewątpliwie przez wielu operatorów, [WINTER, ZWEIFEL i inni], więc ten krwawy sposób ułatwiania dostępu do pola operacyjnego nie znalazł licznych zwolenników.

Sposób cięcia naokoło szyjki macicznej odgrywa ważną rolę w ułatwieniu dostępu do przymacicza, więzadeł i przydatków macicznych.

Zwykle cięcie kuliste, prowadzone na samej części pochwowej tuż ponad jej wargami, jest pod tym względem najmniej zadowalające.

W celu ułatwienia tego dostępu LANDAU robił to cięcie w kształcie owalu, którego górny biegun leżał wyżej w tylnem sklepieniu, a dolny niżej na przedniej powierzchni części pochwowej, co ułatwiać miało dostęp do jamy DUGLAS'a.

W tym samym celu DOYEN oprócz cięcia kulistego robił dwa cięcia boczne, w obu bocznych sklepieniach, prostopadle do cięcia kulistego, co ułatwiać miało dostęp głównie do przymacicza i moczowodu. Cięcie MACKENRODT'a w górnej części pochwy z odłuszczeniem jej na całej przestrzeni daje największy dostęp do więzadeł i przydatków macicznych. Przez wspomniane wyżej cięcia czysto MACKENRODT'a, czy owalnego LANDAU'a,

czy zwykłego kulistego, dochodzimy z przodu i z tyłu przez tkankę przymaciczną do jamy otrzewnej.

MARTIN, doszedłszy do otrzewnej, łączy ją z błoną śluzową pochwy trzema szwami z tyłu i trzema szwami z przodu. Ma to na celu:

- 1) zatamowanie krwawienia;
- 2) zamknięcie przestrzeni pozaotrzewnych, celem utrudnienia przeszczerpienia się raka i
- 3) przytwierdzenie otrzewnej do brzegu rany, celem ułatwienia rychłozrostu tkanek.

MARTIN zaczyna to cięcie zwykle od tylnego sklepienia i otworzenia jamy otrzewnej od tyłu, a dopiero na ostatku przecina sklepienie przednie i w ten sposób jakoby ułatwia sobie oddzielenie pęcherza.

Większość operatorów zaczyna cięcie na przedniej powierzchni części pochwowej i nie łączy błony śluzowej z otrzewną, a od razu przystępuje do oddzielenia macicy od więzadeł i przydatków.

Oddzielenie macicy od przymacicza i więzadeł zapomocą podwiązek wykonywamy w ten sposób, że dzieląc te tkanki na 3 — 4 pęczki, nakładamy grube podwiązki zwykle igłą tępą DECHAMP'a. Owe 3 — 4 podwiązki dawniej pozostawiano długie, używając ich nieraz za cugle do przybliżenia kikutu i rozejrzenia się w polu operacyjnym; obecnie najczęściej podwiązki te obcina się krótko z obawy, aby nie spełzły.

To masowe podwiązywanie rozmaitych tkanek, a więc tkanki luźnej przymacicżnej z przebiegającymi w niej naczyniami, więzadeł macicznych [obłych i szerokich] i przydatków macicznych [jajowodów i jajników] z punktu czysto chirurgicznego nie wytrzymujemy krytyki.

Podwiązujemy tkanki masowo tylko tam, gdzie nie możemy skutecznie separowania tkanek i oddzielnego podwiązywania naczyń, co zawsze musi pozostać ideałem w chirurgii.

W tym razie owo masowe podwiązywanie ma jeszcze specjalną wadę, że w tkankach, które podwiązujemy, przebiegają moczowody, które łatwo w przewiązkę uchwycić, a tego unikać należy. Podwiązując na ślepo bez separowania moczowodu, musimy trzymać się schematycznie boku macicy, bo wiemy z anatomii, że moczowody przebiegają w tkance przymacicza mniej więcej na odległości jednego ctm. od szyjki macicznej i nie wolno nam zająć tkanki przymacicżnej na rozleglejszej przestrzeni. Wobec zwykłych przerzutów raka do przymacicza, takie ograniczenie jest bardzo niekorzystne i stanowi stronę ujemną tej metody.

Względnie najtrudniejszym i najzmuśniejszym sposobem operuje OLSHAUSEN, który przy podwiązaniu więzadeł i przydatków ogranicza się tylko na ściąganiu części pochwowej ku dołowi.

OLSHAUSEN oddziela naprzód macicę z tej strony, która jest mniej zajęta przez raka. W ten sposób, mając macicę z jednej strony ruchomą,

może więcej wyciągnąć przymocizza na stronie przeciwległej i podwiązać je na większej przestrzeni od macicy. Podwiązki na więzadła zwykle nakłada od jamy DOUGLAS'a, trzymając napięte więzadło między wskazicielem a paluchem i bacząc na to, aby podwiązka leżała na zewnątrz od wyczuwalnych zgrubień w więzadle.

Wielu operatorów ułatwia sobie podwiązanie więzadeł, czyto wywracając trzon macicy ku tyłowi przez jamę DOUGLAS'a, jak SZROEDER, MARTIN i SCHAUTA, czy też przechylając go ku przodowi, przez fałdę pęcherzowo-otrzewną, jak CZERNY, ZWEIFEL, KÜSTNER.

Przy tem ściąganiu trzonu macicy do pochwy, czyto od przodu, czy od tyłu, przybliżamy sobie więzadła i przydatki maciczne i przez to ułatwiamy sobie ich podwiązanie.

Znaczne ułatwienie przy wyjmowaniu macicy stanowi niekiedy przepołowienie jej, jak to czyni LANDAU wobec chorych przydatków macicznych i jak to robi DOYEN przy operowaniu tą metodą wypadnięć macicy.

W najnowszych czasach zaleca to przepołowienie DOEDERLEIN. Nie robi on żadnego cięcia pochwowego, a od razu po ściągnięciu części pochwowej ku dołowi, przecina nożycami tylną ścianę szyjki macicznej, otwiera jamę otrzewną, wywraca trzon ku pochwie, przecina z początku tylną ścianę trzonu, następnie przednią, idąc od dołu ku górze i silnie rozciąga przecięte połowy ku dołowi i na zewnątrz.

Przez to rozciąganie ułatwia się odsunięcie pęcherza ku górze i omija jego zranienie.

Oddzielenie tak przepołowionej macicy od pęcherza i więzadeł nie przedstawia już żadnych trudności. Sposób ten tylko wyjątkowo stosowany być może, gdyż otwierając macicę rakowatą, ułatwiamy przeszczepienie raka; a jednak DOEDERLEIN broni go zawzięcie, dowodząc, że macica wywrócona jest tak silnie odciągnięta na zewnątrz i ku dołowi, że rakowata szyjka i otwarta jama macicy mniej się stykają z powierzchnią jamy, aniżeli przy zwykłym sposobie operowania.

MARTIN podwiązuje więzadła nie igłą tępą, a igłą ostrą. Mając trzon macicy wywrócony ku dołowi w pochwie i napięte na palcu więzadło, obkłuwa je igłą ostrą i przyszywa do bocznego brzegu cięcia pochwowego. W ten sposób nakłada kilka podwiązek z obu stron macicy.

W sprawie wyjmowania przydatków macicznych wraz z macicą wobec raka macicy ustaliła się metoda dopiero po poznaniu dróg chłonnych, idących z szyjki trzonu macicy, o czem mówiliśmy w odczycie poprzednim.

Odkąd zostało stwierdzone, że tylko drogi chłonne trzonu kierują się wzdłuż jajowodu i łączą się z drogami chłonnymi jajowodu i jajnika, od tego czasu musimy pocztywać sobie za obowiązek przy każdym raku trzonu macicy usuwanie jednoczesne jajowodów i jajników. Przy raku szyjki mo-

żemy pozostawiać przydatki, o ile niema jakich szczególnych wskazań dla ich usunięcia.

Istnieje kilka sposobów postępowania z raną, pozostałą po wyjęciu macicy.

CZERNY po wyjęciu macicy pozostawiał jamę otrzewnej otwartą. Podobnie czynił SCHROEDER, który tylko przytwierdzał podwiązane więzadła do bocznych kątów rany pochwowej zapomocą szwu i do jamy otrzewnej zakładał sączek z rury gumowej.

Podobnie postępuje FRITSCH, który zostawia jamę otrzewną otwartą i zakłada do niej pasek gazy jodoformowej.

Przeciwko tej metodzie wystąpił pierwszy MIKULICZ jeszcze z kliniki BILLROTH'a i zaczął zaszywać jamę otrzewną. W jego ślady poszedł KALTENBACH, który opisał przypadki wypadnięcia kiszek, zwężenia światła kiszek wskutek przyrośnięcia ich do rany z następczą niedrożnością kiszek (*ileus*), jako też spostrzegł przypadki wtórnego zakażenia z pochwy.

Obecnie większość ginekologów nakłada szew na otrzewną, a jamę pozaotrzewną wypełnia gazą jodoformową. Tak samo postępuje BORYSOWICZ, który nie zszywa otrzewnej, lecz tylko, pozostawiając długie podwiązki, przekłada je z jednej strony na drugą, i następnie ściągając je, zbliża brzegi otrzewnej, zakłada tampon z gazy i na tym tamponie zawiązuje podwiązki obu stron.

Wkrótce po wznowieniu operowania raka drogą pochwową przez CZERNY'ego, we Francyi zjawiała się metoda z zastosowaniem zaciskaczy zamiast podwiązek.

Ta metoda miała na celu szybsze operowanie i ujęcie więzadeł macicznych możliwie dalej od macicy, a bliżej miednicy.

Pierwszymi, którzy ją zastosowali, byli PÉAN i RICHELOT.

PÉAN stosował ją tak przy operowaniu drogą brzuszną, jak i pochwową, a bardzo często zaciskaczy używał tylko tymczasowo podczas operacyi, a potem na stałe nakładał podwiązki. Zaciskacze te nakładał na więzadła szerokie stopniowo, w miarę posuwania cięcia ku górze.

Przy operowaniu drogą pochwową zwykle posiłkował się przytem metodą rozcinania *in situ*, nie przechylając macicy ku przodowi, ani wywracając ku tyłowi.

Ten sposób jest najzmuśniejszy ze wszystkich innych sposobów operowania.

Przy stopniowem oddzielaniu macicy zaciskacze, pierwszej nałożone na podstawę więzadła szerokiego, tamują nieco dostęp do górnych odcinków tego więzadła.

Z tej racyi wielu operatorów zarzuciło sposób PÉAN'a i nakłada zaciskacze na przymaciczne i więzadła dopiero po sprowadzeniu trzonu macicy

do pochwy, przechylając trzon macicy przez przednie sklepienie i ułatwiając sobie dostęp do przymacicza i więzadła na całej przestrzeni.

RICHELOT od 1886 r. stosował tę metodę, kilkakrotnie ją zmieniając i nakoniec przyswoił sobie sposób operowania podobny do sposobu QUENT'a we Francji i MÜLLER'a w Niemczech.

Metoda jego polega na całkowitem przepełowieniu macicy przed jej oddzieleniem od przymacicza i więzadeł i na stosowaniu zaciskaczy.

W roku 1902 RICHELOT opisuje szczegółowo swój ostateczny sposób operowania. Po cięciu części pochwowej, otworzeniu sklepień i odłuszczeniu pęcherza, R. wyszukuje palcem tętnienie tętnic macicznych i ujmuje tętnice w zaciskacze.

Odcina szyjkę maciczną, chwytając ją cęgami część nadpochwową, ściąga ją ku dołowi i przecina przednią ścianę macicy w kierunku pionowym. Brzegi przecięte ujmuje w cęgi, ciągnąc je ku dołowi i na zewnątrz. Wysuwa z pod otrzewnej górną część trzonu macicy i przecina ją w dalszym ciągu.

Przechyliwszy trzon macicy ku przodowi i ku pochwie, zakłada poza macicę serwetkę i przedłuża cięcie na tylną ścianę macicy, którą przecina całkowicie.

Dopiero teraz zakłada zaciskacze na więzadła szerokie i zakłada je od góry, czyto przy samej macicy, czy też na zewnątrz od jajnika i jajowodu, zwykle w liczbie dwóch sztuk. Odcinawszy połowę macicy z jednej strony, zakłada w ten sam sposób zaciskacze na drugiej stronie i odcina drugą połowę.

W końcu nakłada kilka kleszczyków hemostatycznych na krwawiące brzegi cięcia pochwowego i kończy operację założeniem paska gazy jodoformowej między i naokoło zaciskaczy.

Przed laty RICHELOT używał do zaciśnięcia szerokiego więzdu nie kilka krótkich zaciskaczy, a jeden długi zakrzywiony nieco na płaszczyźnie, którym obejmował więzadło na całej przestrzeni.

DOYEN postępuje inaczej, aniżeli PÉAN i RICHELOT. Nie ujmuje w zaciskacze tętnicy macicznej na samym początku operacji i nie odcina szyjki macicznej.

DOYEN chwytając część pochwową po obu bokach dwoma cęgami. Po cięciu pochwowem, utworzeniu tylnego sklepienia, utworzeniu jamy DUGLAS'a i odłuszczeniu pęcherza, robi pierwsze cięcie przedniej ściany macicy, przy drugim cięciu rozcina przednią fałdę otrzewną, chwytając cęgami przecięte brzegi powyżej przyczepu otrzewnej, ściąga nimi macicę ku dołowi, przecina w dalszym ciągu przednią ścianę macicy, znowu chwytając cęgami przecięte brzegi powyżej poprzednich i przechyla trzon macicy ku przodowi do pochwy.

DOYEN poprzestaje tylko na przecięciu przedniej ściany macicy, a nie przepoławia całej macicy, jak to robi RICHELLOT.

Mając trzon macicy przeięty w pochwie, wyciąga zazwyczaj przydatki maciczne na zewnątrz i dopiero teraz nakłada po dwa zaciskacze z każdego boku macicy.

Przed nałożeniem ich DOYEN obejmuje wiąz szeroki od góry paluchem i wskaźnikiem przy boku macicy i na zewnątrz od palców nakłada na ten wiąz, idąc od góry żłobkowany zaciskacz tak długi, że końcem jego obejmuje podstawę więzadła.

Na zewnątrz od tego zaciskacza również od góry nakłada drugi, nieco cieńszy, nieżłobkowany, tak zwany zaciskacz zabezpieczający.

Po nałożeniu tych dwóch zaciskaczy odcina macicę. To samo czyni na drugiej stronie. Między i naokoło zaciskaczy nakłada pasek gazy sterylizowanej i w ten sposób kończy operację.

W Niemczech metodę z zaciskaczami rozpowszechnił LANDAU i MACKENRODT.

LANDAU operuje nieco inaczej niż francuzi. Po otworzeniu sklepień i jamy otrzewnej od przodu i od tyłu, przechyla macicę przez przednie sklepienie ku przodowi i ściąga trzon macicy ku pochwie. Wsuwa wskaźnicel lewej ręki do jamy DUGLAS'a, napina przymacicze i więzadło i dopiero wtedy nakłada pierwszy zaciskacz od dołu, przecina tkankę, nakłada drugi wyżej, znów przecina tkankę i w końcu kładzie trzeci i ostatni zaciskacz i oddziela cały bok macicy.

LANDAU zwraca uwagę, żeby zawsze nakładać zaciskacze w jednym kierunku. Nigdy jeden od góry, drugi od dołu, ostrzega, że w ten sposób unikamy rozdarcia więzadła i krwawień następczych.

W przypadkach kiedy macica jest nieruchoma i nie można trzonu macicy ściągnąć ku pochwie, LANDAU nakłada najpierw zaciskacze na podstawę przymacicza, przecina je i stara się bokiem wejść do jamy DUGLAS'a i ułatwia sobie oddzielenie macicy. Jeżeli i to się nie udaje, to zostawiając macicę *in situ*, nakłada zaciskacze i w dalszym ciągu stopniowo oddziela macicę, podobnie jak PÉAN.

LANDAU w niektórych przypadkach stosuje także przepoławienie przedniej ściany macicy sposobem RICHELLOT'a lub też przepoławienie całej macicy sposobem DOYEN'a.

MACKENRODT stosuje metodę z zaciskaczami i różni się tylko tem od wszystkich innych operatorów, że kiedy ci przy przecinaniu sklepień i odłuszczeniu tkanek używają czyto noży, czy nożyczek, on posilkuje się stale w tym celu żegadłem galwanokaustycznym.

Żegadłem tem oddziela płaty błony śluzowej górnej części pochwy, zwijając ją przy oddzielaniu na szczypeczyki w rurkę. Żegadłem tem

otwiera sklepienia, odłuszcza pęcherz i moczowody i po założeniu zaciskaczy odcina niem macicę z przymaciczem.

Cel tego posilkowania się żegadłem leży w tem, ażeby zaraz z miejsca w ciężkiej ranie niszczyć możliwe zarazki rakowate i pokrywając ranę strupem, utrudniać przeszczepienie zarazków raka w świeżą ranę.

Zaletą tego sposobu jest także małe krwawienie, bo żegadło przy rozcinaniu tkanek zatamowuje jednocześnie krwawienie z drobnych naczyń.

Te zalety żegadła nie równoważą jego wad, do których przedewszystkiem zaliczyć należy operowanie do pewnego stopnia na ślepo i bez szczególnego rozglądania się w tkankach.

Tyczy się to głównie momentu oddzielania pęcherza i części pęcherzowej moczowodów i oddzielania prostnicy szczególnie przy zrostach.

Drugą wadą tego sposobu jest rozległy strup, wytworzony na znacznej przestrzeni, pod którym martwa tkanka, będąca w sąsiedztwie pochwy, ulega zazwyczaj zakażeniu gnilnemu, a niekiedy septycznemu.

Sposób ten znalazł niewielu zwolenników, a do nich należał ROSNER z Krakowa.

Jako odmianę metody z zaciskaczami można uważać operowanie sposobem angiotrypsy, podane w 1897 r. przez DOYEN'a i stosowane przez TUFFIER'a i LANDAU'a.

Zamiast zwykłych zaciskaczy stosują oni specjalne zaciskacze ze wzmoczoną siłą, miażdżące tkanki, i dlatego można je zdjąć natychmiast, jakoby bez obawy wtórnego krwotoku.

Jednak TUFFIER radzi pomimo użycia angiotryptora nakładać na szypułę kleszczyki zwyczajne, a DOYEN nakłada zabezpieczające podwiązki z jedwabiu.

Metoda wycięcia macicy z użyciem zaciskaczy nie tylko pozwala szybciej operować, ale nadaje się w tych przypadkach, gdzie podwiązywanie przymacicza i więzadeł jest technicznie niewykonalne.

DOEDERLEIN uważa tę metodę nie jako metodę konkurencyjną, równorzędną z metodą z podwiazkami, ale jako uzupełniającą metodę poprzednią i pozwalającą nam operować w tych przypadkach, w których tamta się nie nadaje.

Metoda z zaciskaczami ma różne wady.

To też zaciskacze, pozostawione na stałe, muszą być bez zarzutu, gdyż ześlizgnięcie się ich lub otworzenie się powoduje nieraz śmierć chorej wskutek krwotoku, jak to się zdarzyło DOEDERLEIN'owi i innym.

Niema całkiem ustalonego zdania co do tego, jak długo zaciskacze powinny pozostawać. LANDAU i SEELIGMANN zdejmują je po dobie, RICHELOT zdejmuje je po dwóch dobach, a DOYEN usuwa pierwsze zaciskacze główne po 36-u godzinach, a następne zabezpieczające po 48-u godzinach.

ZWEIFEL, który zdejmuje je po 2-ch dobach, miał przypadki silnego krwawienia — radzi je trzymać przez 3 doby.

RICHELOT każe lekarzowi, zdejmującemu zaciskacze, co najmniej przez pół godziny śledzić chorą, aby się upewnić, czy ponawiające się krwawienie nie zmusi do wtórnego założenia zaciskaczy.

Jeżeli zaciskacze są nakładane bez ściągnięcia trzonu macicy ku pochwie, to przy operowaniu po omacku przylączy się do tego obawa ujęcia w zaciskacz kiszki.

Z metodą tą złączona jest zawsze następcza zgorzel tkanki zaciśniętej, co usposabia do wtórnego zakażenia i nie pozwala na zamknięcie rany pooperacyjnej.

Samo zamknięcie rany pooperacyjnej wobec zaciskaczy jest rzeczą prawie niewykonalną.

ROUFFART łączy otrzewną pomiędzy zaciskaczami i częściowo zamyka jamę otrzewną, ale to postępowanie nie ma wielkiej racyi, wobec pozostawiania w ranie tkanek martwiejących, ułatwiających zakażenie.

W okresie pooperacyjnym przy tej metodzie w ciągu pierwszych kilku dni występują silne bóle, które tłómaczymy sobie szarpaniem szypuły pooperacyjnej, a więc i otrzewnej przez względnie dość ciężkie zaciskacze.

Chore po wycięciu macicy zwykłą metodą podwiązkową same uważają się po operacji za zdrowe, gdy tymczasem chore operowane metodą z zaciskaczami muszą leżeć nieruchomo jak mumje i doznają silnych bólów, wskutek których nie śpią i nigdy nie mogą się obejść bez morfiny.

Ważniejszą wadą tej metody w okresie pooperacyjnym jest występujące niekiedy wzdęcie brzucha z zatrzymaniem się stolców, które tłómaczymy sobie niedrożnością kiszki, wskutek przegięcia i przyrośnięcia jednej z pętlic w obrębie niezamkniętej rany pooperacyjnej.

DOYEN w tych razach zmienia na drugi lub trzeci dzień pasek gazy w ranie, co w zwykłych warunkach robi się dopiero między 8-ym a 10-ym dniem po operacji.

[D. n].

II. O zwichnięciach w stawie biodrowym.

Wykład kliniczny.

Napisał

L. Rydygier.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 14).

W danym przypadku nie można z góry przesądzać, co będzie korzystniej, czy przywozić, czy odwozić kończynę. Dopiero po próbach wchodzimy na najwłaściwszą drogę.

Aby z tem większą siłą pociągać w górę, zakładamy na udo pętlę z chustki, za którą ciągnie jeden z pomocników. To samo osiągnąć możemy tym sposobem, że kończynę, zgiętą w kolanie, bierzemy na własne ramię i staramy się chorego unieść w górę, gdy tymczasem jeden z asystentów ustala miednicę. Równocześnie możemy do woli wykonać ruch przy — lub odwodzący (*procédé de l'épaule*).

W tem miejscu muszę zwrócić uwagę Panów na jeden szczegół bardzo ważny. Zdarzyć się może, że przy zbyt gwałtownem zgięciu i odwiezieniu kończyny, zwłaszcza gdy równocześnie niedość silnie pociągamy ku górze, główka, miasto wejść do panewki, opiera się o jej dolny brzeg i okrążając ją od dołu, przechodzi ku przodowi i zatrzymuje się w okolicy otworu zasłonowego (*foram. obturat*). I w następstwie takiego odprowadzenia, zamiast pierwotnego zwichnięcia kulszowego lub podłędźwiowego, mamy *luxatio obturatoria*. O możliwości czegoś podobnego pamiętać trzeba. Na mniej doświadczonym lekarzu zdarzenie takie robi wrażenie udalej repozycyi. Rozumie się samo przez się, że w takich razach należy główkę z powrotem doprowadzić na talerz biodrowy i pociągając za mniej już teraz zgięte udo wprost ku górze, starać się skierować ją na właściwe tory.

Udałe odprowadzenie poznajemy po wyczuwalnym i słyszalnym wstrząsie, poczem w przypadkach niepowikłanych kończynę wyprostowujemy i ustalamy lekkim opatrunkiem na 2—3 tygodnie. Jeżeli zwichnięcie powikłane było odłamaniem brzegu panewki, co poznajemy po charakterystycznym tarcium kostnym podczas odprowadzania i skłonności do nowego zwichnięcia [relaksacyi], po odprowadzeniu zakładamy opatrunek gipsowy, obejmujący miednicę i pozostawiamy go na miejscu przez 6 tygodni lub też na takiz czas zakładamy opatrunek wyciągający.

Gdyby się Panom zdarzyło podczas odprowadzania zwichnięć zadawnionych złamać szyjkę kości udowej, a zdarzyć się to może niekiedy zgoła bez winy lekarza, wtedy, o ile chodziłoby o złamanie zewnątrztorbkowe, należałoby założyć opatrunek wyciągający i po wygojeniu się złamania ponowić próbę odprowadzenia; w razie zaś złamania śródtorbkowego, najlepiej przystąpić od razu do wypilowania główki, ta bowiem, jak wiadomo, źle odżywna, łatwo obumiera.

Rzadko tylko natraficie Panowie w świeżych przypadkach na niepokonalne trudności. Z takimi możemy mieć do czynienia, gdy torebka oderwie się w całości od szyjki udowej i na kształt zasłony zamknie wejście do panewki, wsuwając się między nią a główkę. W jeszcze rzadszych przypadkach przeszkodę taką wytworzyć może oderwany brzeg panewki i interponowany pomiędzy obie części składowe stawu. Przeszkody, jakie wyniknąć mogą z pętlowego objęcia główki małymi mięśniami, okręcającymi na zewnątrz lub ze zbyt wąskiej szczeliny w torebce, usuwamy z łatwością racjonalnym postępowaniem.

Co zrobić, gdy odprowadzenie nie udaje się nam pomimo wszelkich zabiegów, jak np. w przypadkach zastarzałych? Tu przedewszystkiem pamiętać o tem należy, że właśnie w przypadkach zwichnięć kości udowej ku tyłowi stosunkowo łatwo wytwarza się staw nowy, dzięki bujaniu okostnowemu. O leczeniu operacyjnem myśleć należy jedynie w tych przypadkach, w których zbytne skrócenie kończyny utrudnia chód, lub gdzie ucisk główki na zwój kulszowy powoduje gwałtowne bóle, lub nawet porażenie kończyny. W tych razach wybierać możemy między krwawem odprowadzeniem zwichnięcia, wypilowaniem stawu, a skośnem przecięciem kości udowej tuż pod krętarzem [*modo Hoffa*].

Odprowadzenie krwawe zasługuje na pierwszeństwo przed każdym innym zabiegiem, w szczęśliwych bowiem przypadkach przywraca stosunki normalne. Jeżeli do wykonania tego rękoczynu użyjemy sposobu przeze mnie opisanego i poprowadzimy długie cięcie płatowe, uda się nam w przeważnej liczbie przypadków dojść do pożądanego celu.

2) Zwichnięcia ku tyłowi możemy krócej omówić, bo po pierwsze są to obrażenia na ogół rzadkie, a powtórne znajomość zwichnięć ku tyłowi ułatwia nam znacznie zrozumienie mechanizmu powstawania i sposobów odprowadzania tych obrażeń. Najodpowiedniej będzie podzielić zwichnięcia ku przodowi na 1) dolne, poniżej kości łonowej, t. j. zwichnięcia podłonowe (*lux. infrapubicae*) i 2) górne powyżej tejże kości, zwichnięcia nadłonowe (*lux. suprapubicae*).

a) Zwichnięcia podłonowe, wyróżniane jako zasłonowe (*lux. obtoratoria*) i kroczone (*lux. perinealis*), powstają najczęściej wtedy, kiedy na kończynę dolną zadziała uraz o dostatecznej sile w ten sposób, że ustawi ją w nadmiernem zgięciu, odwiedzeniu i okręceniu na zewnątrz. Warunki takie znajdują się, gdy np. na plecy górnik, pracującego w zgiętej pozycji z rozstawionymi nogami, spadnie większa ilość ziemi,

lub gdy jeźdźcowi spadającemu z konia, stopa uwięznie w strzemienu, lub też gdy ktoś skacząc ze znaczniejszej wysokości upada na rozkraczane nogi i t. d. W takich razach, główka wytworzywszy podporę dla dźwigni na górnym, zewnętrznym brzegu panewki, uciska na torebkę i rozdziera ją w tej właśnie okolicy, co tem łatwiej następuje, gdy kończyna jest nie tylko we fleksyi i abdukcji, lecz nadto równocześnie jest skróconą na zewnątrz. Wyjątkowo bywa i tak, że na główkę ustaloną w powyższem położeniu zadziała nagle uraz od tyłu i z zewnątrz, przesadza ją przez przedni brzeg panewki, przepuszczając ją w dalszym ciągu w okolicę otworu zasłonowego. I oto mamy przed sobą *luxatio obturatoria*.

Jeżeli kończyna w chwili powstawania zwichnięcia była w znaczniejszym stopniu zgięta, a rozleglejsze rozdarcie torebki pozwala wywichniętej główce na dalsze przesunięcie, wtedy ona przesuwają się jeszcze głębiej i zatrzymuje się aż na kroczu. Taka *luxatio perinealis*, będąca tylko odmianą poprzednio opisaną, zdarza się bardzo rzadko. Obserwowaną była dotychczas zaledwie 9 razy.

Najbardziej charakterystycznym objawem dla *luxatio obturatoria* jest typowe ustawienie kończyny w miernem zgięciu, odwiedzenie i okręcenie na zewnątrz. Jeżeli, jak zwykle, wymierzmy odległość kolca przedniego górnego k. biodrowej (*spina ant. sup. oss. ilei*) od szczytu kostki zewnętrznej, znajdziemy, że kończyna, zwichnięta, dzięki istniejącemu zgięciu, jest niezmiernie skrócona. W rzeczywistości jednak ponieważ otwór zasłonowy leży niżej niż panewka, kończyna jest wydłużona. Stąd pochodzi, że jedni autorowie, mówiąc o zwichnięciu zasłonowem, podają, iż kończyna jest skróconą, inni przeciwnie twierdzą, że jest ona wydłużona. W każdym jednak razie to pozorne skrócenie nie jest nigdy tego stopnia, jak w przypadkach złamania szyjki kości udowej, co wynika choćby już z tego, że w zwichnięciu zasłonowem szczyt krętarza nie stoi nigdy ponad linią NÉLATON'a-ROSER'a, jak w złamaniu. Nie brak nam jednak i innych objawów, pozwalających odróżnić te dwa uszkodzenia od siebie. Przedewszystkiem niema nigdy w przypadkach złamania szyjki kości udowej owego sprężystego ustalenia kończyny, którego na odwrót nie brak nigdy w początku zwichnięcia. Bez większych trudności możemy kończynę o złamanej szyjce kości udowej ustawić w położeniu prawidłowem, natychmiast jednak powraca owo charakterystyczne okręcenie na zewnątrz. Bez większych także trudności możemy kończyną biernie wykonywać ruchy i w innych kierunkach i wyczuwamy zwykle podczas tego charakterystyczne tarcie kostne. Ani jednego, ani drugiego niema w przypadkach zwichnięć.

Nadto w *luxatio obturatoria* wyczuć możemy w głębi pod mięśniami przywodzącymi główkę kości udowej, chyba że ją ukryje znaczny wylew krwawy lub obrzęk zapalny. W trudniejszych przypadkach pomocnem być może obmacanie przez odbytnicę.

Rozpoznanie zwichnięcia kroczonego nie przedstawia większych trudności. Zgięcie uda niemal pod kątem prostym, odprowadzenie (*abductio*)

kończyny aż do zetknięcia się zewnętrznej powierzchni uda z podłożem, tworzą razem obraz nadzwyczaj typowy. Główkę wyczuć możemy tuż poza moszną lub pod mięśniami przywodzącymi. Opór, jaki przedstawia nieprzerwane więzadło BERTINI'ego pozwala na tak znaczną abdukcję jedynie przy równoczesnej nadmiernej fleksyi.

Aby *luxatio obturatoria* o d p r o w a d z i ć, trzeba udo zgiąć, pociągać zań silnie w górę, a równocześnie kończyną wykonywać addukcję i okręcać na wewnątrz. Dzięki zgięciu, torebka stawowa i więzadło BERTINI'ego wiotczeją, a w następstwie główka staje się łatwiej poruszalną, następująca addukcja przybliży ją do panewki a rotacja na wewnątrz wpędza ją wreszcie do panewki. Równoczesne pociąganie w górę zapobiega okrażeniu panewki przez główkę i powstaniu zwichnięcia kulszowego [MIDDELDOLPF, ROSEB, LANGIER].

KOCHER zaleca zgięcie aż do kąta prostego, pociąganie ku górze i znaczne okręcenie na zewnątrz.

Gdy zwichnięcie zasłonowe powstało podczas odprowadzania zwichnięcia kulszowego lub podłędźwiowego, trzeba najpierw napowrót wywołać zwichnięcie ku tyłowi przez jeszcze większe zgięcie kończyny i jeszcze wybitniejszą addukcję bez równoczesnego pociągania, a potem radzić sobie tak, jak już o tem mówiliśmy.

Zwichnięcie kroczone odprowadzamy tym samym sposobem co i zasłonowe, i zwykle repozycja udaje się łatwiej dzięki rozleglejszemu rozdarciu torebki.

b) Zwichnięcie nadłonowe (*l. suprapubica*): biodrowo-łonowe (*l. iliopectinea*) i łonowe (*l. pubica*), zwichnięcia powstające skutkiem wyprostowania stawu. Na ogół zdarzają się one również bardzo rzadko, gdyż kiedy nadmiernie wyprostowana kończyna zostanie przywiedziona [a mogłaby wtedy pozostać *luxatio ilio-pectinea s. sub-spinosa*], główka oprze się o nadzwyczaj mocne *lig. ileo-femorale*, kiedy zaś kończyna nadmiernie wyciągnięta zostanie odwiedzona [warunki dla powstania *luxatio pubica*], główka oprze się o *lig. pubo-femorale*. Zwichnięcia te powstają, gdy tułów przy ustalonych kończynach zostanie nagle w tył wychylony lub odrzucony [przy zapasach, w przypadkach uwięzienia nogi w sprychach koła po spadnięciu z wozu etc.].

Objawy zwichnięć nadłonowych rozumiemy łatwo: w każdym przypadku znajdziecie Panowie skrócenie, abdukcję i rotację na zewnątrz, chyba że skutkiem znacznego porozrywania torebki i więzadeł główka ze szyjką, a za niemi cała kończyna ustawi się atypowo. Objawy te przypominają kardynalne objawy, spotykane przy złamaniach szyjki kości udowej, nie trudno jednak uniknąć omyłki, boć zwichniętą główkę wyczuwamy w atypowym miejscu, tuż pod skórą. Następnie sprężyste ustalenie kończyny zwichniętej w patognostycznym ułożeniu i brak tarcia kostnego odróżniają w dalszym ciągu zwichnięcie od złamania. Skutkiem naciągania nerwu udowego, w kończynie zwichniętej występują silne bóle lub przynajmniej uczucie cierpienia.

Repozycja nie powinna nastęrczać większych trudności, dzięki rozzerwaniu więzadeł i znacznemu przedarcu torebki. Celem odprowadzenia kończyny, początkowo nadmiernie wyprostowaną, zginaamy, odwodzimy i okręcamy na wewnątrz.

3) W rzadkich zwichnięciach ku górze, główka kości udowej staje powyżej panewki, na zewnątrz od kolca biodrowego przedniego górnego. Z największym prawdopodobieństwem zwichnięcia te uważać należy za pewną odmianę zwichnięć podłędźwiowych (*l. iliaca*), powstającą skutkiem tego, że po fleksyi i addukcyi kończyna pod koniec okręconą została na zewnątrz, a nie na wewnątrz, jak w przypadkach zwyczajnej *luxatio iliaca*. Inny bezpośredni mechanizm jest mniej prawdopodobnym. Torebka stawowa przedarta została w okolicy tylnego obwodu panewki.

Objawy tego zwichnięcia są bardzo zbliżone do objawów, opisanych przy zwichnięciu biodrowo-łonowem. Jedyna różnica, jaką w tych przypadkach znajdziemy, polega na addukcyi kończyny [w miejsce abdukcji]. A zatem stwierdzimy: znaczniejsze skrócenie kończyny wyprostowanej, odwiedzonej i okręconej na zewnątrz. Tu także wyczuwamy główkę tuż pod skórą.

Przyjmując jedynie prawdopodobny mechanizm powstawania tego zwichnięcia ku górze, a poprzednio zaznaczony, odprowadzamy je w ten sposób, że zamieniamy *luxatio supraglenoidalis* w zwyczajną *luxatio iliaca*, poczem postępujemy w sposób już znany. Przedewszystkiem jednak trzeba kończynę mocno zgiąć, aby główkę oprowadzić ku dołowi.

4) Zwichnięcia ku dołowi, *luxationes infracotyloideae*, zwichnięcia przez zgięcie [HÜTER] zdarzają się nadzwyczaj rzadko i to z dwóch powodów. Najpierw dlatego, że wyłączne zgięcie kończyny bez równoczesnej ab-lub ad-dukcji w rzeczywistości wyjątkowo się zdarza, a potem i z tej przyczyny, że na guzie kulszowym (*tuber ischi*) brak dostatecznego oparcia dla wywichniętej główki, która też przy ruchu następowym bardzo łatwo przesuwaa się ku tyłowi [skutkiem abdukcji i rotacyi na zewnątrz]. I w pierwszym razie powstaje w rezultacie *luxatio ischiadica* lub *iliaca*, w drugim *obturatoria*.

O ile więzadła nie zostały uszkodzone, znajdziemy kończynę tak bardzo zgiętą w stawie biodrowym, że podudzie zwisa po udzie ku dołowi, dotykając jego tylnej powierzchni.

Przed kilkoma laty obserwowałem w swej klinice przypadek atypowego zwichnięcia podpanewkowego. Przy abdukcji stwierdziłem, że dziwnym sposobem główka zatrzymała się na dolnym brzegu panewki i skutkiem tego wytworzyła się na niej głęboka, bródza, przebiegająca przez jej największą wypukłość. W tym przypadku oczywiście brakowało typowych objawów.

Odprowadzenie w świeżych przypadkach proste i łatwe: wystarczy pociąganie ku górze za jeszcze bardziej zgięte udo.

Kończąc, radzę Wam Panowie abyście, mając do odprowadzenia przypadek zwknięcia w stawie biodrowym, przypomnieli wpierrw sobie anatomię tej okolicy, zwracając główną uwagę na mięśnie i więzadła i na szkielecie wystudyowali mechanizm powstawania danej formy zwknięcia i najlepszy sposób jego odprowadzenia.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. H. Cristiani i E. Kummer. O czynnościowym przeroście przeszczepionych cząstek gruczołu tarczowego człowieka.

Długi czas było rozpowszechnione mniemanie o bezskuteczności przeszczepiania gruczołu tarczowego u człowieka. Dopiero doświadczenia EISELSBERG'a i CRISTIANI'ego wykazały, iż przeszczepiona tkanka gruczołu tego może nie tylko przyjąć się, ale i prawidłowo funkcyonować. Aby przeszczepienie dało pomyślne wyniki, musi być wykonane według pewnych prawideł, a mianowicie: przeszczepione kawałeczki powinny być małe a liczne, powinny pochodzić z tego samego gatunku zwierzęcia, wreszcie powinny być niezmiernie świeże, gdyż przeciąg czasu między wycięciem tkanki gruczołowej a przeszczepieniem jej, nie może wynosić więcej ponad 10 sekund.

Pierwsze doświadczenia na ludziach dokonane były przez CRISTIANI'ego i KUMMER'a przed sześciu laty. Wyniki tych doświadczeń są następujące: 1) przeszczepiony gruczoł tarczowy ludzki przyjmuje się u człowieka; 2) jako materiału do tych szczepień można używać histologicznie normalnej tkanki niezłośliwych postaci wola; 3) przeszczepione kawałeczki wykazują po 15-u miesiącach normalną budowę gruczołu tarczowego. CRISTIANI i KUMMER wykonali 26 takich szczepień i uważają je za skuteczną metodę leczniczą przy kretynizmie i ciężkich formach obrzęku śluzowego. W niniejszej pracy opisują oni zaobserwowany wogóle po raz pierwszy przypadek przerostu przeszczepionego kawałka gruczołu tarczowego. Podczas strumektomii, dokonanej z powodu duszności u 36-cioletniej kobiety, wyjęto cały gruczoł tarczowy [tak lewy, jak i prawy płat wchodziły do klatki piersiowej i cisnęły na tchawicę], zostawiając jedynie wyrostek stożkowaty (*processus pyramidalis*). Obawiając się, że ten wyrostek nie podola włożonemu na niego zadaniu, wycięto dwa kawałeczki z prawego płata wola przed usunięciem jego i przeszczepiono je pod skórę w okolicy prawego wyrostka barkowego. Po upływie 20 dni pacjentka opuściła szpital; przeszczepione kawałeczki gruczołu dawały się wyczuć w postaci małych ziarenek. Pacjentka czuła się doskonale, nie przedstawiając najmniejszych objawów niedomogi, gdy druga pacjentka, operowana w tym samym czasie, u której szczepienia nie zrobiono, zapadła na *cachexia strumipriva*.

Przeszczepione kawałeczki powiększyły się po upływie pewnego czasu o tyle, iż w postaci dwóch małych wyniosłości stały się widocznymi pod skórą. Ponieważ i wyrostek stożkowy również uległ przerostowi, więc po latach zdecydowano się na wycięcie jednego z przeszczepionych kawałeczków w celu zbadania jego budowy. Porównując tę budowę z budową wola, które służyło za materiał szczepienia, znaleziono, iż pęcherzyki w przeszczepionym kawałku były o wiele mniejsze i, w przeciwieństwie do tkanki wola, nie wykazywały nigdzie spłaszczonej nabłonków, co CRISTIANI i KUMMER uważają za zmianę, świadczącą o nieprawidłowym spełnianiu funkcji wydzielniczych. Na mocy tego spostrzeżenia można zatem przypuszczać, iż lekko zmieniona tkanka gruczołu tarczowego, jak to było w danym wypadku, jest w stanie po przeszczepieniu odrodzić się i wytworzyć nową tkankę gruczołową o zupełnie prawidłowej budowie. Dopełniając opisu budowy przeszczepionego kawałka, należy jeszcze dodać, iż tkanka łączna wolna była od wszelkiego nacieczenia zapalnego, oraz iż obok pęcherzyków z wyraźnym światłem, wypełnionem substancją koloidalną, znajdowały się grupki komórek nabłonkowych bez światła.

ENDERLEN i inni znajdowali w szczepionych przez siebie częściach gruczołu tarczowego dwie warstwy: zewnętrzną o dużych pęcherzykach, zawierających substancję koloidalną, przedstawiającą według nich zachowaną część przeszczepionej tkanki, i wewnętrzną, świeżo wytworzoną z poprzedniej, o pęcherzykach małych i pozbawionych substancji koloidalnej. Opierając się na tem swoim spostrzeżeniu, ENDERLEN odmawia świeżo wytworzonej tkance gruczołowej, jako nie wydzielającej, według jego obserwacji, substancji koloidalnej, zdolności funkcjonowania.

CRISTIANI i KUMMER osiągnęli wprost przeciwne wyniki. Zaprzeczają oni kategorycznie istnieniu powyższych dwóch warstw, twierdząc, że pęcherzyki zawierające substancję koloidalną, leżą tak na obwodzie, jak i w środku przeszczepionego kawałka, a opisany powyżej wypadek uważają za oczywisty dowód, iż przeszczepiona tkanka gruczołu tarczowego nie tylko prawidłowo funkcjonować może, lecz co więcej, osiągnąwszy z czasem znaczne rozmiary, jest w stanie wytworzyć w ustroju niejako nowy gruczoł tarczowy (*glandula neothyreoidea*).

Dr Marya Dunin Karwicka.

(*Münchener medicinische Wochenschrift*. 1906, Nr 49).

31. Sebilleau i Schwartz. Technika obnażenia i rezekcji nerwu współczulnego szyjnego.

Po dokładnem oznaczeniu przedniego brzegu i wierzchołka wyrostka sutkowego, trzeba wymacać wzdłuż szyi zakłębienie łoża naczyniowego i ściśle określić sobie przednią granicę mięśnia mostko-objęczyko-sutkowego od góry do dołu. Cięcie skórne prowadzi się wzdłuż wymienionej granicy aż od przyczepów ścięgniętych na wyrostku sutkowym do mniej więcej poziomu kości gnykowej; w środkowej części cięcia przebiegają przez szyję: zewnętrzna żyła szyjna i gałązka uszna spłotu szyjnego. Wzdłuż brzegu przedniego mięśnia, a nawet nieco na jego powierzchni zewnętrznej, aby nie uszkodzić tylnych płatów przysusznicy, otwieramy pochewkę na całej przestrzeni rany; na dole ukazują się włókna mięsne, w górze — pęczki ścięgnięte. Zapomocą rozwieracza (*écarteur*) mocno odciągamy mięsień na zewnątrz; wtedy pod głębokim listkiem pochewki ukazuje się nerw dodatkowy; przecinamy i ten listek, bacząc pilnie, aby nie uszkodzić tego nerwu. Teraz dopiero zaczyna się właści-

we odszukiwanie nerwu współczulnego, bądź pod nerwem dodatkowym, bądź też nad nim—to ostatnie jednak jest zawsze trudniejsze, a nawet niemożliwe u pewnych osobników. Operując poniżej nerwu dodatkowego, nie udaje się nigdy obnażyć gornego zwoju szyjnego w całej jego długości. Operacja górna [t. j. ponad nerwem dotykowym, jest, rzecz można, o wiele trudniejszą, ponieważ tam mięsień mostko-ob.-sutkowy jest mocniej przyrosły do swej pochewki, nieco tu grubszej, tkanka łączna jest bardziej zbita, więcej włóknista, obnażenie i odciągnięcie naczyń jest trudniejsze, wreszcie w tym razie jest się zmuszonym szperać w wąskiej przestrzeni i do tego w ciemnym zagłębieniu przestworu kręgowo-gardzielowego. A zatem oddać należy pierwszeństwo dolnej operacji. Po przecięciu tylnego listka pochewki na całej długości rany, otrzymujemy dostęp do pęczka naczyniowo-nerwowego, który też zapomocą rozwieracza odchylamy ku wewnątrz: ze względów praktycznych najlepiej zachwytać rozwieraczem samą tylko żyłę szyjną; jeżeli bowiem rozwieracz zechwytnie pęczek w całości, to łatwo zdarzyć się może, że i nerw współczulny, przy nieco silnem odciąganiu pęczka, uchodzi razem z nim, a przez to odnalezienie go nasuwa wiele trudności. Ku tyłowi od tętnicy szyjnej, na mięśniach przedkręgowych przebiega nerw współczulny, przykryty cienkim listkiem komórkowym; po przecięciu tego listka nerw zostaje obnażony razem ze swym zwojem, zamiast którego bywa niekiedy jakby rodzaj splotu. Od niego oddziela się dosyć ważna gałąź, która kieruje się ku wewnątrz i na dół: nerw sercowy górny. Aby należycie wyosobnić główkę gornego zwoju szyjnego, należy w górze pola operacyjnego zagłębić się w jamkę podprzyuszniczą. Po wyosobnieniu—wycięcie. Operacja wycięcia gornego zwoju szyjnego w licznych przypadkach rwy twarzowej (*tic douloureux*) dała wyniki bardzo zadowalające.

W. Dobrowolski.

(*Revue de Chirurgie*, Nr 2, 1897).

32. Verebély. Przyczynki do patologii krwiobiegu w gruczole tarczowym.

Całkowite zamknięcie światła pnia tętniczego gruczołu tarczowego [włącznie z ciałkami nabłonkowemi] przez wstrzyknięcie parafiny, wywołuje ostrą niewydolność czynnościową całego gruczołu: wkrótce potem następuje tężyczka (*tetania*) i śmierć; działanie więc tego eksperymentu równa się całkowitemu wyluszczeniu lub całkowitej martwicy. Jeżeli gruczoł posiada dogodniejsze warunki dla krwiobiegu obocznego bądź poprzez torebkę, o ile uprzednio nastąpił zastój żylny dzięki podwiązaniu żyły, bądź też wskutek izolowanego podwiązania tętnicy, to zwierzę przeżywa doświadczenie. Jak się odbywa to nowotworzenie obiegu krwi, w jakiej mierze biorą w tem udział niezaczopowane tętnicy, ewentualnie i naczynia chłonne, na to mikroskop nie może dać jasnej odpowiedzi: w każdym bądź razie krwiobieg musi się zjawiać szybko, w ciągu 36—48 godzin, ponieważ objawy tężyczkowe w tych warunkach nie występują. Wobec takiego przetrzymania doświadczenia przez zwierzę okazuje się, że martwica nawet przy całkowitej iniekcji jest tylko częściową, gdy na obwodzie pozostają pierwiastki, zdolne do rozradzania, które rozpoczynają swą działalność po wessaniu i zabliznieniu części obumarłych. Po wzmiankowanym uprzednio zastoiu żylnym ilość tej tkanki rozrodczej jest znacznie większą. Nowowytworzony mięsz przypomina swym wyglądem zarodkowe utkanie gruczołu tarczowego i łatwo daje się odróżnić od zachowanych cząstek gruczołu: jego komórki są większe, więcej cylindryczne, bogatsze w zaródź,

jądro duże, okrągłe, jasne, pęcherzyki nieprawidłowo ukształtowane z drobnoziarnistą zawartością. Nowotworzenie odbywa się przez pączkowanie zachowanych elementów w sąsiedztwie okolic, nie pozbawionych cyrkulacji. W późniejszym przebiegu obrazy nastrzykniętego, normalnego i zastoinowego gruczołu tarczowego są jednakowe.

W. Dobrowolski.

(Mitteil. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir., t. 17, z. 1—2).

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 16-go marca 1907 r.

1) KOELICHEN przedstawił przypadek akromegalii.

Chora, lat 44, od 8-u lat cierpi na bóle głowy, jednocześnie zaczęły u niej powiększać się dłonie, stopy, dolna szczęka i nos. Przejściowa lewostronna hemianopsya. Przed kilku miesiącami przejściowa ślepotą, trwająca 6 tygodni. Od 3-ch lat zgrubienie szyi. Badanie przedmiotowe wykazało: wybitne powiększenie stóp, dłoni, dolnej szczęki i nosa, ślepotę na lewym oku, hemianopsję skroniową na prawym oku, na dnie lewego oka zupełny zanik brodawki nerwu wzrokowego, na dnie oka prawego brodawkę zastoinową, znaczne powiększenie gruczołu tarczowego, przyczem w płacie środkowym wyczuwa się guzik twardy, wielkości jaja gołębiego.

Mówca podkreśla wielkie prawdopodobieństwo istnienia w danym przypadku nowotworu przysadki mózgu, jako przerostu z nowotworu gruczołu tarczowego i powołuje się na podobne przypadki opisane w literaturze zagranicznej i naszej [ODERFELD i STEINHAUS, FLATAU i KOELICHEN].

W dyskusji BREGMAN i HIGIER podkreślali trudności rozpoznawcze, co do tego, gdzie spoczywa pierwotna przyczyna cierpienia—w gruczole tarczowym, czy w przysadce mózgu. HIGIER pokazał fotografie własnych przypadków akromegalii, z wybitnym przerostem naczyń na kończynach.

2) STERLING przedstawił przypadek rzadkiej postaci *dystrophiae musculorum progressivae*.

Chora lat 40, skarży się na osłabienie obu kończyn dolnych, oraz na upośledzenie wzroku. Początek choroby datuje od lat 26-u. Badanie przedmiotowe wykazuje brak mimiki w twarzy, wiotkość i zanik wielu mięśni, osłabione rozginanie w obu łokciach i w palcach, osłabione rozginanie obu goleni, wzmno-

żenie odruchów ścięgowych, zmiany naczynioruchowe. Mówca podnosi niezmiernie powolny przebieg cierpienia, brak zmian pseudo-przerostowych, obecność wybitnych objawów naczynioruchowych, wzmożenie odruchów ścięgowych, zwłaszcza mięśni, znajdujących się w stanie zaniku, co mówca gotów objasnić zajęciem pęczków bocznych rdzenia.

W dyskusji ŁUCZYCKI ze względów na zajęcie pęczków bocznych PRZYJMUJE możliwość rozpoznania *sclerosis lateralis amyotrophica*.

HIGIER i FLATAU zwracają uwagę na moment dziedziczny w etyologii tego cierpienia.

3) KOPCZYŃSKI St. przedstawił przypadek tężyczki.

Chory, lat 15, uczeń siodlarski, od 2-ch miesięcy miewa napady skurczów tonicznych w palcach rąk, nóg, w łydkach, niekiedy nawet w mięśniach karku. Badanie przedmiotowe wykazało wszystkie objawy tężyczki [objaw TROUSSEAU'a, CHVOSTEK'a, HOFFMAN'a, ERB'a]. Mówca podnosi wahania w nasileniu się tych objawów, nawet różnorodne w różnych połowach i częściach ciała, podkreśla też zajęcie chorego [siodlarz], co, wobec istotnie częstego występowania tężyczki u szewców, zgodnie z OPPENHEIM'em wskazywałoby na związek tężyczki z jakiemiś zarazkami, znajdującymi się na skórkach zwierząt. Mówca poruszył sprawę etyologii i patogenezę tężyczki.

W dyskusji STERLING zaznaczył rolę, jaką obecnie w tężyczce chcą przypisywać gruczołowi okołotarczowemu (*g. parathyreoidea*).

HIGIER mówił o *pseudotetania hysterica*.

SKŁODOWSKI o tężyczce w następstwie zaburzeń żołądkowych i wycięcia gruczołu tarczowego.

4) FLATAU i STERLING przedstawili przypadek przypuszczalnego nowotworu mózgu z występującą napadowo niemotą.

Chory, lat 56, od 3-ch miesięcy cierpi na bóle głowy, umiejscowione po lewej stronie na granicy okolicy skroniowej i ciemieniowej. Jednocześnie zaczął doznawać przemijających napadów niemoty i parafazyi, trwających niekiedy po pół godziny. Przytomności przytem nigdy nie tracił.

Badanie przedmiotowe wykazało pewne wygórowanie czaszki i bolesność jej przy opukiwaniu we wspomnianej wyżej okolicy, nieco zaróżowioną lewą tarczę wzrokową, lekkie wzmożenie odruchu kolanowego i ze ścięgna Achilleusa po stronie prawej. Mówcy pragną naprzód wykluczyć sprawę syfilityczną naczyń i okostnej, badając wyniki leczenia zapomocą rtęci i jodu, a następnie chcą myśleć o interwencji chirurgicznej.

W dyskusji KOPCZYŃSKI St. mówił o przypadkach odosobnionej niemoty ruchowej na tle naczyniowem, których sam kilka spostrzegł, a które były już to przemijające, już też trwałe i potwierdza brak objawu BABIŃSKIEGO w przypadkach niedowładu lub bezwładu pochodzenia korowego.

5) BREGMAN przedstawił preparat anatomiczny torbieli mózdzku. Preparat ten pochodził od chłopca 4-letniego, który od 8-u miesięcy miewał napady bólu głowy, którym towarzyszyły wymioty. Stopniowo stracił zdolność chodzenia. Przy badaniu przedmiotowem stwierdzono czaszkę dużą, jak przy wodogłowie wewnętrznem, sztywność karku, ślepotę wskutek zaniku nerwów ocznych, objawy spastyczne we wszystkich kończynach. Chory wkrótce zmarł. Przy sekcji znaleziono dużą torbiel mózdzku, komunikującą się z czwartą komorą. Komory boczne mocno rozciągnięte. W grzbietowej części ścianki

torbieli widać zgrubienie, w którym badanie drobnowidzowe wykazuje sprawę przewlekłą zapalną.

6) WIZEL przedstawił przypadek psychozy historycznej.

Chory, lat 18, miewa napady historyczne pod postacią przygnębienia oraz osłupienia (*stupor*) z następczą amnezyą, miewa również napady snu historycznego, oraz napady ślepoty z następczą amnezyą. Badanie przedmiotowe wykazało znieczulenie czuciowo-zmysłowe po lewej stronie ciała. Prócz amnezyi dotyczącej napadów, u chorego stwierdzono amnezyę międzynapadową pod postacią *amnésie continue* [JANET'a]. Wykluczwszy w danym przypadku padaczkę oraz psychozę maniakalno-depresyjną, mówca przychodzi do wniosku, iż miał tu do czynienia z czystą, jakkolwiek bardzo oryginalną postacią psychozy historycznej.

W dyskusyi zabierali głos ŁUCZYCKI [stosowanie hypnozy], ŁAPIŃSKI [możliwość rozpoznania *dementia praecox*], STERLING [o objawie GANZER'a] i HIGIER [rzadkość psychoz historycznych].

7) WIZEL i BORNSTRIN przedstawili przypadek niemoty [afazyi] czuciowej. Chory, lat 27, przed 7-u laty przechodził syfilis, przed dwoma miesiącami uległ urazowi głowy, poczem wystąpił przejściowo bezwład w prawej ręce, któremu towarzyszyły nieustępujące do tej pory zaburzenia mowy. Badanie chorego wykazało: bliźnię na czaszce na granicy kości ciemieniowej i skroniowej, lekkie osłabienie prawej dłoni, lekkie wzmoczenie odruchów ścięgniowych po stronie lewej. Chory mówi parafatycznie, wykazuje afazję amnestyczną i głuchotę wyrazową; chory nie odróżnia liter ani cyfr [ślepotą wyrazową], nie może pisać ani dowolnie, ani pod dyktando [agrafia], kopjuje bezmyślnie. Chory nie rozpoznaje przedmiotów i nie wie do czego służą [agnozja, asymbolia], wskutek czego nie jest zdolny do wykonywania różnych aktów [apraksja ideacyjna Pick'a]; chory przy oglądaniu przedmiotów używa często nazwy poprzedniej (*perseveratio verbalis*), lub przy wykonywaniu nowego ruchu wykonywa część ruchu poprzedniego (*perseveratio motorica*). Orientuje się co do miejsca i czasu. Nastroj chorego zmieniony.

Mówcy powyższe cierpienie uzależniają od urazu i od przebytego syfisu i przypuszczają ognisko w okolicy, odpowiadającej bliźnię na czaszce.

W dyskusyi STERLING mówił o znaczeniu dyagnostycznym objawu perseweracji, ŁAPIŃSKI podkreślał różnorodność czynników, jako momentów etiologicznych [uraz, syfilis] i nie wykluczał możliwości licznych wybroczyn krwawych.

S. Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Tyfus powrotny, o którego pojawieniu się w Warszawie nadmieniliśmy w jednym z poprzednich numerów pisma naszego, szerzy się coraz więcej. Już nie tylko więzienia i areszty policyjne, lecz także i przytułki noclegowe stały się ogniskami, z których epidemia szerzyć się zaczyna po całym mieście: pojedyncze przypadki zapadania na tę chorobę zdarzają się coraz częściej w różnych punktach miasta, szczególnie w zamieszkałych przez ludność uboższą.

Niehygieniczne warunki, w jakich znajduje się od dawna miasto nasze, i brak miejsc w stale przepelnionych szpitalach, zmuszający chorych do pozostawania w domu, budzą obawę, że epidemia może przyjąć groźne rozmiary.

— Kol. Stanisława POPŁAWSKA mianowana została ordynatorem oddziału ocznego w szpitalu Starozakonnym na Czystem.

— Kol. Kazimierz RZĘTKOWSKI mianowany został redaktorem Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego.

— Dwie serye kursów miesięcznych bakteryologicznych w Instytucie higienicznym Uniwersytetu Berlińskiego rozpoczyna prof. FICKER 1-go maja i 1-go czerwca r. b. Uczestnicy kursów pracować będą codziennie od 9-ej z rana do 3-ej popoł.

— Międzynarodowy Kongres lekarski odbędzie się w r. 1909 w Budapeszcie pomiędzy 29-ym sierpnia a 4-ym września. Sekretarzem jest prof. Emil Grósz.

— ZMARLI: W Warszawie Józef DRZEWIECKI — b. asystent kliniki wewnętrznej w szpitalu św. Ducha; później zajmował się homeopatyą. Zginął z ręki nasłanych zabójców.

— W Moskwie Jerzy GABRYSZEWSKI założyciel Instytutu bakteryologicznego, docent prywatny na uniwersytecie moskiewskim. Padł ofiarą zawodu, zaziwsiwszy się tyfusem prostym.