

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. Uczestnikom XVI Zjazdu chirurgów polskich. Str. 969. I. A. CIECHOMSKI. Przypadek mięsaka czerniaczkowego (*melanosarcoma*). Str. 970. II. WACŁAW DOBROWOLSKI. W sprawie operacyjnego leczenia nowotworów złośliwych okrężnicy. Str. 977. III. ST. HUBICKI i BR. SZERSZYŃSKI. O wpływie na wątrobę i przewody żółciowe połączenia pęcherzyka żółciowego z kiszka (*cholecystenterostomia*). Str. 987. IV. JÓZEF JAWORSKI. O krwotokach macicznych pochodzenia syfilitycznego oraz ocena ich leczenia chirurgicznego. Str. 990. V. FR. KLJEWski. O zapaleniu uchyłka MECKEL'a. *Diverticulitis*. Str. 994. VI. Prof. LEON KRYŃSKI. Stwardnienie krezki (*mesenteriiitis fibrosa*), jako postać kliniczna. Str. 1000. VII. STEFAN KARP' ROTTERMUND. Leczenie wacyną specyficzną (autohomogenną lub heterohomogenną) przewlekłych zapaleń dróg żółciowych. Str. 1003. VIII. Z. SĘAWIŃSKI. W sprawie leczenia rozszerzeń żylnych kończyny dolnej. Str. 1015. Program Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie 1910 r. *Ogłoszenia*.

Uczestnikom XVI Zjazdu chirurgów polskich — Redakcja.

Po zeszłorocznym Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów drugi to zrzędu Zjazd naukowy polski gościć będzie w murach Warszawy.

Witamy go z serdeczną radością, jako skromną uroczystość pracy naukowej polskiej i jako przegląd postępów chirurgii u nas.

W innych społeczeństwach, mających silną organizację nauki narodowej, coraz częściej pada już zdanie o potrzebie pewnego ograniczenia Zjazdów naukowych, jako instytucji, dziś w znacznym stopniu zbędnych, wyrodnijących nieraz w szereg uroczystości bankietowych. Dla nas—to wciąż jeszcze jeden z ważniejszych sposobów skupiania w jedno łożysko prac, z musu rozproszonych, to bodziec poważny do nowych usiłowań naukowych, to wyraz naszej łączności duchowej.

Do tych wartości idealnych Zjazdu chirurgów w naszej dzielnicy dołączają jeszcze wielką wartość praktyczną: one przede wszystkim rzucają hasła i ustalają opinię w kwestyach doniosłych dla rozwoju praktycznej chirurgii naszej.

Wierzmy, że w dalszym swym rozwoju Zjazdu chirurgów polskich, powstałe dzięki inicjatywie prof. Rydygiera i mające za sobą już 20-letnią tradycję, dorzucać będą coraz więcej faktów i z tych dziedzin, które z chirurgii współczesnej tworzą jedną z podwalin fizjologii i patologii ogólnej.

Sto kilkadziesiąt referatów, zgłoszonych na Zjazd obecny, liczbą swą i treścią świadczą dowodnie, że wśród trudności, w jakie obfituje nasze życie narodowe, nie giną usiłowania naukowe, że owszem wyłania się z nich coraz wydatniej samoistność i łączność myślowa naszego rozbitego społeczeństwa.

Poniżej umieszczone prace zostały przeznaczone na Zjazd obecny.
Podajemy je w porządku abecedowym nazwisk autorów.

I. Przypadek mięsaka czerniaczkowego (*melanosarcoma*) odbytnicy.

Podał

A. Ciechomski,

ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

O ile wśród nowotworów złośliwych odbytnicy raki są zjawiskiem względnie częstym, o tyle znowu mięsaki pierwotne, zwłaszcza mięsaki czerniaczkowe (*melanosarcoma*) są u ludzi wielką rzadkością. Dane statystyczne, oparte na tysiącach przypadków i zestawione przez różnych autorów, jak np. LEICHTENSTERN'a, WILLIAMS'a, JESSETT'a i STIERLIN'a wykazują wielką zgodność liczb ostatecznych, a więc na 100 przypadków raka w ogólności przypadają 3 raki odbytnicy, te zaś w stosunku do raków reszty trzew należy oznaczyć jak 80 : 100.

Co do stosunku wzajemnego raków i mięsaków odbytnicy, to statystyka podaje liczby następujące: na klinice chirurgicznej w Lipsku w ciągu ostatnich 12-u lat zanotowano 176 przypadków raka odbytnicy i 2 tylko przypadki mięsaka.

EINAR KEY zebrał w szpitalu w Sztokholmie 206 przypadków raka i zaledwie 1 przypadek mięsaka czarnego i jeden wrzecionowatego.

KRASKE w sprawozdaniu za lat 11 znalazł 2 przypadki mięsaka ubarwionego na 110 raków odbytnicy.

Z liczb powyższych wynika, że mięsaki stanowią nie więcej niż 1%—2% guzów złośliwych odbytnicy. Odsetka ta stosuje się również i do reszty kiszki, tak np. w szpitalu powszechnym w Wiedniu w ciągu 11-u lat naliczono 243 przypadki raka jelit obok 3 przypadków mięsaka.

Co się tyczy stosunku mięsaka czerniaczkowego odbytnicy do reszty mięsaków tejże kiszki, to podług EXNER'a i KEY'a¹⁾ liczba pierwszych stanowi $\frac{2}{3}$ wszystkich mięsaków odbytnicy.

Jak dalece mięsak czerniaczkowy pierwotny odbytnicy jest zjawiskiem rzadkiem wykazuje statystyka QUÉNU i HARTMANN'a²⁾, którzy zdołali zebrać do r. 1899, t. j. do chwili wydania znakomitej swej pracy, zaledwie 20 przypadków. Nawiasem dodać należy, że u koni nowotwór ten jako guz pierwotny odbytu daje się spostrzegać dość często.

U ludzi w wieku podeszłym widzieć się daje częściej niż w latach młodszych. Z 16-u szczegółowo opisanych przypadków 9 dotyczyło mężczyzn, a 7 kobiet. Co do wieku chorych, to przed 30-ym rokiem życia stwierdzono 2 przypadki, między 30-ym—40-ym rokiem — 2 przypadki, między 40-ym—50-ym rokiem — 3 przypadki, między 50-ym—60-ym rokiem — 6 przypadków, powyżej 60-go roku życia 3 przypadki.

EINAR KEY w sprawozdaniu swem wykazał, że przeciętny wiek chorych, dotkniętych mięsakiem czerniaczkowym, jest wyższy aniżeli dotkniętych mięsakiem zwykłym odbytnicy; a więc w 28 przypadkach nowotworu pierwszego przeciętny wiek chorych wynosił 50 lat, dla drugiego zaś w 14-u przypadkach wynosił 37 lat.

Do niezwykle wyjątkowych należy spostrzegany i operowany przez PABSTA³⁾ przypadek mięsaka odbytnicy u 6-letniego chłopca, który zmarł nagle w 3 miesiące po operacji. Dość podobne spostrzeżenia podał STERN na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Akwizgranie.

Natomiast mięsaki czerniaczkowe wtórne zdarzają się częściej niż pierwotne zarówno w odbytnicy, jak i w pozostałej części przewodu pokarmowego. Siedlisko pierwotne w odbycie jest znowu nieco rzadsze, niż w odbytnicy, mianowicie 8 razy w pierwszym i 2 razy w drugiej.

W odbytnicy sadowią się zazwyczaj nisko zaraz nad odbytem lub najwyżej już w odległości kilku centymetrów od niego pod postacią polipów zaopatrzonych w szypułę rozmaitej długości i grubości. Polipy większe za-

¹⁾ SCHUEMANN. Deut. Zeit. f. Chir. t. 102. z. 4—6. str. 423.

²⁾ QUÉNU i HARTMANN. Chirurgie du rectum t. II. r. 1899.

³⁾ Centr. f. Chir. r. 1900, Nr. 42, s. 1058.

zwyczaj bywają pojedyncze, mniejsze zaś niekiedy bywają dość liczne: TUFFIER np. spostrzegł u jednego osobnika równocześnie nowotwór omawiany pod postacią 3-ch polipów. W miarę rozrastania się guza powiększa się jego część odśrodkowa, niekiedy sięga u wierzchołka rozmiaru 10 ctm. w średnicy. Powierzchnia guza zazwyczaj nierówna, zrazikowata, to znowu poprzerzynana brózdami, wczesnie ulega owrzodzeniu; barwa guza na powierzchni ciemnoróżowa lub sinoczerwona, na przekroju czarna; drobne guziki wtórne, usiane dokoła nowotworu pierwotnego, na przekroju już wczesnie mają zabarwienie mocno czarne, przypominające sadze; podobnież na przekroju guza pierwotnego na tle nieco jaśniejszem barwy szarej widać rozsiane czarne, jak sadze, plamki.

Wiadomo, że mięsak czarny należy do nowotworów b. złośliwych; złośliwość jego polega nie tyle na szybkim rozrastaniu się, ile na wczesnem przetrucaniu się zaczątków nowotworowych do narządów choćby najdalszych od ogniska pierwotnego. Rzecz oczywista, że mięsak czerniaczkowy odbytnicy już z natury swego siedliska musi być bardzo złośliwym i różni się przedewszystkiem od mięsaków zwykłych tem, że daje przerzuty w gruczołach chłonnych; pozatem najczęstszem miejscem jego przerzutów są: płuca, opłucna, chrząstki żebrowe, otrzewna i wątroba.

Co do objawów, to mięsaki czarne, podobnie jak i raki odbytnicy, we wczesnych swych okresach nie sprawiają zgoła żadnych zaburzeń, niezadługo wszakże z powodu szybkiego rozrastania się guza powstają bole podczas wypróżnień, obfite wydzielanie śluzu, dalej krwawienie, skoro guz owrzodzi się, wreszcie dęcia i zaparcie, gdy nowotwór wypełni znaczną część światła kiszki; niekiedy guz taki potężnie rozrośnięty może zamknąć całkowicie światło kiszki i wywołać objawy zupełnej niedrożności; mięsaki na szypułach usadowione niewysoko, wysuwają się przez odbyt na zewnątrz podczas wypróżnień.

Rozpoznanie nie następuje poważniejszych trudności; jak powiedziano wyżej, nowotwór zazwyczaj siedzi dość nisko w odbytnicy, a więc badanie za pomocą palca w zupełności wystarcza, przytem podstawa guza na śluzówce jest węższa niż w raku, nie mówiąc już o kształcie polipowatym zbyt charakterystycznym dla mięsaka czarnego, nie tylko łatwym dla zbadania palcem, ale nawet dla stwierdzenia okiem po wysunięciu guza na zewnątrz przez odbyt.

Badanie różniczkowe nasuwa na myśl gruczolaka odbytnicy, który rozrasta się w kształcie polipa prawie wyłącznie u osobników młodych; u ludzi zaś starszych należy mieć na względzie tę postać raka, znaną pod nazwą brodawczaka kosmkowego (*carc. villosum*), który zresztą oprócz swego kształtu daje jeszcze znać o sobie wskutek powiększania się gruczołów chłonnych pachwinowych.

Zazwyczaj zwykłym postaciom raka odbytnicy towarzyszy stopniowe zwężanie się światła kiszki wskutek wzrastającego nacieczenia jej ściany; tymczasem przy mięsakach odbytnicy rozszerza się wskutek parcia guza od wewnątrz i przybiera postać bańki, na co zwracają uwagę BRACKMANN i MUSCATELLO. Nie mniej przeto, jak wspomniano wyżej, takie bańkowate

rozszerzenie odbytnicy nie chroni bynajmniej od niedrożności kiszki, co już rzadziej ma miejsce w raku.

Rokowanie w mięsakach czarnych odbytnicy zwykle jest złe z uwagi na wczesne przerzuty w innych narządach oraz z uwagi na łatwe nawroty w okolicy operowanej. Wycięcie guza, dokonane choćby najrozległej, musi być poczytane jako zabieg mniej doszczętny, niż postępowanie podobne w innych nowotworach złośliwych kiszki prostej; z tego wynika, że pomimo wężkiej podstawy mięsaka na śluzówce kiszki należy wycinać jak największą część odbytnicy na całym jej obwodzie, aby tym sposobem, ile możliwości, ustrzedz się od nawrotu. Pamiętać należy również o jak najstaranniejszym przeszukaniu sąsiedztwa odbytnicy, a więc zagłębien kulszowoodbytnicowych w celu usunięcia powiększonych gruczołów chłonnych, tudzież wcześniej już rozrzuconych dokoła kiszki guzików wtórnych.

Szczegóły przypadku spostrzeganego przeze mnie są następujące:

M. A. lat 72, cieszyła się zawsze jak najlepszym zdrowiem; w ciągu ostatnich kilku lat widywałem ją niekiedy i porady udzielałem z powodu dolegliwości artrytycznych w kolanach, to znowu z powodu żylaków odbytnicowych, które czasami krwawiły lub obrzmiewały, co szło w parze ze stałym uporczywym zaparciem stolca. Wielokrotnie badałem odbytnicę i oprócz pomienionych żylaków oraz niewielkich łatwo gojących się szczelin w odbycie nie stwierdziłem nic więcej; po raz ostatni właśnie z powodu dolegliwości w odbycie badałem kiszkę w d. 6/X 1908 r.; po odpowiednich zaleceniach poprawa trwała mniej więcej przez miesiąc, poczem, jak dowiedziałem się później, w listopadzie wystąpiły bole w odbytnicy nieco inne niż poprzednio, mocniejsze, jakby przesywające, wreszcie zaparcie stolca było uporczywsze, a wypróżnianie trudniejsze niż przedtem. W tym czasie pacjentki nie widziałem. W pierwszych dniach grudnia tegoż roku kol. KNAPPE znalazł w odbytnicy guz. W dniu 6/XII podczas badania, ku wielkiemu zdziwieniu memu, stwierdziłem duży guz w kształcie polipa, wypełniający światło kiszki, miękki, niekrwawiący o powierzchni gładkiej, poprzerzynanej płytkimi brózdami; dość szeroka szypuła guza poczyna się na przedniej ścianie prostnicy w odległości 3 ctm. od odbytu, pociąga ku górze śluzówkę kiszki ponad zwieraczem odbytu, tworząc tym sposobem naprężone pasmo, wydłużające pozornie szypułę guza; sam guz zmierza ku górze, jakby poszukując sobie miejsca w szerszej, bańkowatej części odbytnicy; wielkość i kształt jego przypomina dużą gruszkę; podstawę, resp. szypułę guza można dokoła wysledzić palcem; ponad nią i nieco na lewo wyczuwa się w ścianie kiszki kilka drobnych guzików; po należytem rozszerzeniu odbytu możnaby guz, zdaje się, bez trudności wydobyć na zewnątrz; przez pochwę czuć nowotwór na całej długości tylnej jej ściany, śluzówka pochwy ruchoma, nie wciągnięta w szypułę guza.

W dniu 11 grudnia 1908 r. przystąpiłem do operacji w znieczuleniu ogólnem chloroformowem po uprzedniem zastrzyknięciu pod skórę morfiny oraz podaniu w wigilję operacji dużej dawki weronalu. Cięcie podłużne na tylnej ścianie pochwy, opuszczające się na krocze aż do odbytu i łączące się z drugim poprzecznym na kroczu; staranne odtłuszczenie ściany kiszki od pochwy i jak

najdalej od siedliska guza; po oddzieleniu kiszki dokoła jej obwodu na granicy górnej, po uprzednim zamknięciu odcinka doprowadzającego przecięto ją poprzecznie, poczem dalej odłuszczone odbytnicę ku dołowi; tu, po nacięciu podłużnym odbytu oraz poprzecznym na ścianie kiszki, ponad odbytem usunięto część prostonicy wraz z nowotworem na całym jej obwodzie, pozatem usunięto cztery małe guziki wraz z otaczającymi ich tkankami, o ile można było jak najszerzej. Odcinek doprowadzający spojono szwem z pozostałą częścią kiszki ponad odbytem, zeszyto pochwę, odbyty i krocze, pozostawiając rozporek na kroczu ponad odbytem, do odbytnicy zaś wprowadzono rurkę gumową. Przebieg pooperacyjny łagodny bez powikłań, szew kiszki w przedniej części jej obwodu, tudzież na pochwie w dolnej jej części przed kroczem nie utrzymał się, powstała zatem przetoka kiszkowa, przez którą kał przedostawał się do najniższego odcinka pochwy; z biegiem czasu wszakże wylot przetoki skurczył się na tyle, że chora doskonale zatrzymywała stolce, a kał gęsty lub stały wydostawał się na zewnątrz prawie wyłącznie przez odbyty.

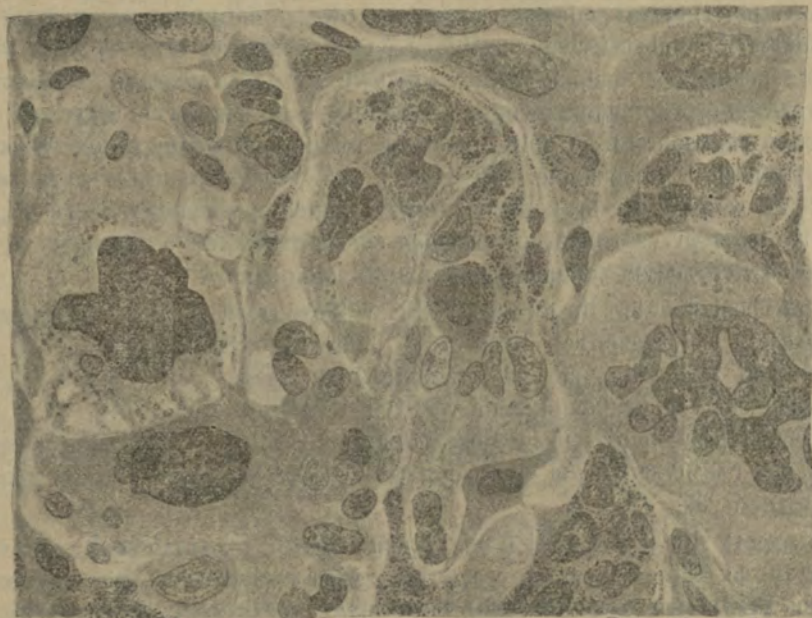
Stan ogólny chorej w ciągu kilku miesięcy po operacji poprawił się znakomicie; poprawa taka trwała przez pół roku z górą, jakkolwiek już w marcu następnego roku wyczulem zdała od ściany kiszki z prawej strony i dość wysoko ponad odbytem bardzo podejrzany guzik, wielkości dużego ziarnka grochu, który wzrastał niezbyt szybko, natomiast niezadługo można było stwierdzić powiększenie gruczołów chłonnych biodrowych po stronie prawej; po upływie 8—9 miesięcy po operacji przerzut w wątrobie, zdaje się, nie ulegał już żadnej wątpliwości. Śmierć nastąpiła w niespełna rok wśród objawów nader szybko postępującego wycieńczenia.

Przy badaniu preparatu przez kol. MARYĘ DUNIN KARWICKĄ stwierdzono szczegóły następujące: guz wielkości dużej gruszki, o powierzchni nierównej, poprzerzynanej brózdami i rozpadającej się na kilka oddzielnych wypukłych wzniesień; wypukłości te są przeważnie barwy szarej z wyjątkiem jednej dość dużej, która posiada zabarwienie o wiele ciemniejsze, prawie czarne. Spójność guza niezbyt twarda. Powierzchnia przekroju niejednolicie zabarwiona: obok miejsc szarych mniejsze i większe pola barwy ciemno-szifrowej prawie czarne. Guziki wtórne są znacznie twardsze niż guz pierwotny, powierzchnia ich przekroju więcej jednolita i czarna, jak sadze. W celu badania drobnowidzowego zrobiono skrawki z dwu różnych miejsc guza pierwotnego. Wśród włóknistej tkanki łącznej widać większe i mniejsze rozmaicie ukształtowane grupy komórek łącznotkankowych. Komórki te odznaczają się znaczną wielkością (*polymorphismus*) jąder: gdy jedne z nich posiadają drobne jądra owalne, albo wrzecionowate, inne mają okrągłe różnej wielkości, wreszcie inne jeszcze posiadają jądra ogromne o kształtach dziwacznych; naostatek trafiają się również komórki wielojądrowe; pewna liczba komórek zawiera barwik brunatny; miejscami komórki obfitujące w ów barwik tworzą dość duże grupy.

Rysunek guza wielkości naturalnej oraz preparatu drobnowidzowego podał Dr. Z. Dmochowski w swej Dyagnostyce anatomopatologicznej. (Część 2-ga, rys. 276 i 277).

Podczas badania odbytnicy przed operacją rozpoznawano brodawczaka (*papilloma*) o charakterze złośliwym z uwagi na szybki rozrost guza; po operacji przekrój guza nasunął przypuszczenie mięsaka czarnego, co w zupełności zostało potwierdzone przy badaniu drobnowidzowym.

W przypadku powyższym zasługuje na uwagę ten niezmiernie szybki wzrost guza pierwotnego, co najwyżej w ciągu 2 miesięcy; z uwagi na niskie usadowienie się nowotworu w odbytnicy nie podobna było nie znaleźć jakiegoś choćby niewielkiego zaczątku jego podczas badania kiszki w d. 6/X 1908 r. Co do reszty szczegółów, to przypadek przytoczony w zupełności zgadza się z klasycznymi opisami mięsaka czerniaczkowego odbytnicy we wspomnianej wyżej pracy QUÉNU i HARTMANN'a, jak również w pracach innych autorów.



Przeglądając dostępną mi literaturę od r. 1900 do ostatniej chwili, zdołałem zebrać jeszcze przypadki następujące:

MUSCATELLO⁴⁾ spostrzegł 2 przypadki mięsaka czerniaczkowego odbytnicy pierwotnego u kobiet w wieku lat 36 i 48. W obu przypadkach badanie drobnowidzowe stwierdziło mięsaka przegródkowatego okrągłokomórkowego (*sarcoma lveolare globocellulare*) podobnych spostrzeżeń M. zdołał znaleźć w literaturze zaledwie 13. Główne ich cechy w zupełności są zgodne z opisem podanego tu przypadku. Co do powstawania nowotworów tych w odbytnicy, M. przypuszcza zabłąkanie się komórek barwikonośnych (*Chromatophoren*) skóry na

⁴⁾ Centr. f. Chir. 1902 Nr. 42 p. 1102.

granicy odbytu, odbytnica bowiem ponad zwieraczem wewnętrznym pochodzi z błazki zarodkowej wewnętrznej (*endoderma*), pozbawionej zupełnie wszelkiego barwika.

E. KEY⁵⁾ opisał b. szczegółowo 3 przypadki mięsaka odbytnicy, z których dwa były czerniaczkowe, 3-i zaś obficie unaczyniony mięsak okrągłokomórkowy. W całej mniej więcej literaturze znalazł zaledwie 40 przypadków tego cierpienia.

EXNER⁶⁾ przytacza statystykę z kliniki HOCHENEGG'a, gdzie wśród 500 nowotworów złośliwych odbytnicy, spostrzeganych od 1900 do 1906 r., stwierdzono 6 razy mięsaka, z tych zaś 2 razy czerniaczkowego; podług E. pochodzenie mięsaków z żyłaków odbytnicowych jest bardzo w niektórych razach prawdopodobne.

DAINVILLE⁷⁾ opisał mięsaka czerniaczkowego odbytnicy na granicy odbytu o niezwykle dobrotnym przebiegu. Guz wielkości orzecha usadowiony na szypule usunięto, a badanie drobnowidzowe wykazało mięsaka czerniaczkowego, wrzecionowato-komórkowego; gruczołów pachwinowych wyraźnie powiększonych nie usunięto. Dopiero po 4-ach latach, gdy osiągnęły one wielkości pięści, wykonano wyluszczenie. Przypadek powyższy zasługuje na szczególną uwagę ze względu na brak przerzutów w innych narządach w ciągu 4 $\frac{1}{2}$ lat, pomimo istnienia przez tak długi przeciąg czasu gruczołów o charakterze, niewątpliwie stwierdzonym zapomocą badania histologicznego.

D. na posiedzeniu lipcowym 1908 r. w Towarzystwie anatomicznym pokazał pakiet wyluszczonych gruczołów pachwinowych z preparatami mikroskopowymi i powołał się na przedstawiony przez siebie przed 4 $\frac{1}{2}$ laty guz o takich samych cechach histologicznych, wydobyty z odbytnicy.

Zarazem przypomniał przypadek TUFFIER'a z 1887 r., w którym również przy mięsaku czerniaczkowym odbytnicy stwierdzono nowotwór ten i w gruczołach pachwinowych.

SCHUEMAN⁸⁾ w pracy swej o mięsakach odbytnicy przytacza 2 przypadki, spostrzegane na klinice Lipskiej; w jednym z nich stwierdzono mięsaka czerniaczkowego; przypadek ten dotyczył 33-letniego mężczyzny, dotkniętego padaczką, który od 8 tyg. zaczął doświadczać bólu podczas wypróżnień, a towarzyszyło im obfite wydzielanie śluzu i krwi; z biegiem czasu z odbytu począł wypadać guz, wreszcie oddawanie moczu stało się wielce utrudnione; przy badaniu stwierdzono zaraz nad odbytem guz w kształcie polipa, osadzony na dość szerokiej szypule, a ponad nim jakby 2-gi guz większy, gładki, pokryty śluzówką i wypełniającej odbytnicę; przekłucie próbne i niezwłoczne przecięcie 2-go guza wykazało torbiel usadowioną pod śluzówką odbytnicy i wypełnioną ciemno-czerwonym krwawym płynem w ilości prawie $\frac{1}{2}$ litra. Operacji

5) Centr. f. Chir. Nr. 2 r. 1907.

6) Centr. f. Chir. Nr. 39 r. 1908.

7) Bull. mém de la soc. anat. de Paris 1908 Nr. 7 p. 380.

8) Deut. Zeit. f. Chir. t. 102 z 4—6 s. 422.

doszczętej nie wykonano, chory zmarł wskutek posocznicy. Badanie drobnowidzowe guza w kształcie polipa wykazało mięsaka czerniaczkowego, którego dalszym ciągiem był guz 2-gi, torbielowato zmieniony wskutek rozpadu tkanki nowotworowej.

II. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA MED. FR. KIJEWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

W sprawie operacyjnego leczenia nowotworów złośliwych okrężnicy.

Napisał

Dr Wacław Dobrowolski,
asystent oddziału.

(Odczyt, zgłoszony na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie 6-go, 7-go, 8-go paźdz. 1910 r.).

Jedną z dziedzin chirurgii praktycznej, gdzie indywidualność operatora znajduje szerokie pole ujścia, jest dotychczas sprawa operacyjnego leczenia złośliwych nowotworów okrężnicy [włącznie z okrężnicą esowatą]. Taki wniosek z konieczności się nasuwa, gdy zechcemy przejrzyć piśmiennictwo zaznaczonego tematu za przeciąg chociażby ostatnich lat kilku. Dostrzeżemy tam wyraźną rozbieżność poglądów w metodyce operacyjnej, dotyczącej stosowania tych lub innych zasad i szczegółów technicznych w poszczególnych momentach operacji. To też nie od rzeczy może będzie wypowiedzenie na tem miejscu paru myśli, jakie mi się nasunęły przy obserwowaniu w szpitalu Św. Rocha w r. 1908 dwu przypadków raka esicy, oraz jednego przypadku raka *flexurae hepaticae* w r. b. w szpitalu Dzieciątka Jezus, operowanych przez Dra med. FR. KIJEWSKIEGO.

1-y przypadek dotyczył J. N., lat 69, z zawodu kamasznika, który zapisał się do szpitala 24-go sierpnia. W listopadzie poprzedniego roku poddawał się w jednej z lecznic prywatnych zabiegom chirurgicznym z powodu nowotworu esicy, powodującego całkowitą niedrożność jelit. Poza tem cierpiał na silnie rozwiniętą rozedmę płuc. Dr K. wykonał wówczas w uspieniu chloroformowem cięcie brzuszne po linii środkowej, guz wyłoniono, a pętle do- i odprowadzającą kiszki w ich częściach zdrowych wszyto w brzegi rany. [Aby ułatwić sobie przytrzymanie napiętej esicy w ranie, przebito *mesocolon flexurae sigmoideae* drenem szklanym, którego oba końce wyprowadzono na zewnątrz rany]. Po umocowaniu w ten sposób kiszki, zrobiono odbyt nieprawidłowy (*praeternaturalis*). W 3 tygodnie po tej przygotowaw-

czej operacji wykonano w znieczuleniu miejscowem rezekcyę schorzałego, t. j. zajętego przez nowotwór, odcinka esicy, długości około 15-u ctm. Usunięto również część *mesocolonis flex. sigm.* wraz z powiększonymi gruczołami i powstały po wycięciu brak klinowaty zaszyto jedwabiem. Oba końce rezekowanej kiszki połączone guzikiem MURPHY'ego i wpuszczono do jamy brzusznej. Ranę ściany brzusznej zaszyto tylko częściowo, wprowadzając do pozostałego otworu paski gazy. W 6 dni potem wystąpiły objawy niedrożności jelit wskutek zatkania światła samego guzika gęstym, dosyć zbitym kałem. Doprowadzająca pętla uległa mocnemu rozdęciu, szwy puściły i guzik wypadł do rany w ścianie brzusznej, zespoloną pozostała tylko ściana tylna w miejscu połączenia obu odcinków. Wkrótce potem chory przeżył opadowe zapalenie płuc. Ponieważ mocno mu dokuczwała rozedma płuc i następcze osłabienie działalności serca, przeto z owym odbytem sztucznym, zresztą doskonale funkcjonującym, wysłano chorego na wieś, do miejscowości lesistej, aby osłabiły objawy rozedmy, wzgl. przewlekły nieżyt oskrzeli. Po przybyciu do szpitala, chory, ściśle mówiąc, nie wypowiadał żadnych skarg poza chęcią uwolnienia się od swego chwilowego kalectwa, t. j. nieprawidłowego odbytu.

St. praesens. Chory średniego wzrostu, prawidłowo zbudowany, z obfitą ilością tłuszczu podskórnego. Tętno prawidłowe, pełne; na twarzy i końcach palców nieznaczna sinica. Serce w stanie niewielkiego rozszerzenia, tony czyste, 2-gi ton aorty zaakcentowany. W płucach — *emphysema c. bronchit. catarrh. chron.* Wątroba i śledziona nie powiększone. W pośrodkowej okolicy brzucha, na granicy meso- i hypogastrii widzimy światło kiszki do— i odprowadzającej, wrosłe w przednią ścianę brzucha. Naokoło skóra bliznowato zmieniona—cała wogóle okolica silnie wypukłona ku przodowi. Omacywanie brzucha bezbolesne, nie wykazuje obecności jakiegokolwiek guza. Również i przy badaniu przez otwarte światło kiszki nie wyczuwa się w jamie brzusznej żadnego guza, a jedynie twarde pasma w niektórych miejscach. W moczu białka, ani cukru niema. Stan ogólny chorego zupełnie zadowalający. 5-go września wykonano operacyę zaszcicia odbytu nieprawidłowego w znieczuleniu miejscowem płynem SCHLEICH'a. Cięcie skórne poprowadzono po obwodzie obu otworów kiszki, czyli na przestrzeni $\frac{3}{4}$ obwodu każdego z nich, odstąpiwszy na $\frac{1}{2}$ —1 ctm. od zięjącej śluzówki kiszki. Odpreparowawszy, wgłąb powłoki brzuszne, aż do otrzewnej, ściągnięto szwami symetryczne punkty zewnętrznych obwodów kiszek, nakładając odpowiednio światło jednej kiszki na światło drugiej. Zamknąwszy w ten sposób otwarte światła obu kiszek pierwszym rzędem szwów, nałożono drugi ich rząd, zachwytyjąc z obu stron otrzewną: szew otrzewny. Wreszcie—trzecie piętro szwów: szwy pozostałej części powłok brzusznych. Wszystko szyto jedwabiem, przyczem szwy powłok były rzadkie, tak iż do wnętrza brzucha wprowadzono dwa paski gazy jodoformowej. Na wierzch suchy opatrunek. Jednakowoż ta operacya nie doprowadziła do pożądanego wyniku, albowiem już po 3-ch dniach z rany wydobywało się nieco kału, którego ilość w ranie z dnia na dzień się powiększała, tak iż w rezultacie utrzymała się jedynie wążka obrączka zeszytej kiszki pośrodku rany. Kał od-

chodził prawie wyłącznie przez odbyt nieprawidłowy. Stan ogólny chorego był w każdym razie dobry. 22-go października, t. j. w 7 tygodni po pierwszej, nieudanej operacji, wykonano znów *enterorrhaphiam*, również w znieczuleniu miejscowem płynem SCHLEICH'a. Cięcie skórne zupełnie tak samo, jak i przy pierwszej operacji, tylko ścianę kiszki odpreparowano znacznie głębiej, niż za pierwszym razem, poczem szwem trzypiętrowym połączono „*end — to — end*” oba światła kiszki. Na 3-ie piętro szwu kiszkowego przy-mocowano jeszcze brzeg sieci, pokrywając w ten sposób linię szwów kiszkowych. Powłoki brzuszne zaszyto rzadkimi szwami węzełkowymi. Do jamy otrzewnej wprowadzono pasek gazy jodoformowej. W 5 dni po operacji zdjęto parę szwów skórnych — w ranie znaleziono minimalną ilość kału; tegoż dnia chory oddał stolce *per vias naturales*. W 2 tygodnie po operacji chory zaczął chodzić. W ciągu drugiej połowy listopada w ranie tylko czasami można było dostrzedz ślady kału. Zaś od końca listopada kału w ranie nie było widać zupełnie, otwór w kiszce zarósł całkowicie, a zresztą i cała rana szybko się zablizniła, tak iż 11-go grudnia N. wypisał się zdrow.

2-gi przypadek. J. K., lat 40, z zawodu kamasznik, przyjęty do szpitala 26-go października. Czuje się chorym od pół roku, t. j. od chwili, gdy poczuł w lewej pachwinie obecność małego guzika, który wszakże nie powodował z początku jakichś znaczniejszych dolegliwości. Dopiero od 3-ch miesięcy zaczęła choremu dokuczać biegunka, niezawsze o jednakiem nasileniu. W ciągu ostatnich 2 — 3-ch tygodni chory dostrzegał w kale domieszkę krwi, a czasami — śluzu. Rozmiary guza przez cały ten okres czasu powoli, lecz stale się zwiększały. Bólów chory nigdy nie doznawał; a jedynie występowało burczenie w lewym dole biodrowym i w sąsiedztwie tegoż. *St. praes.* Chory średniego wzrostu, skóra wiotka, blada, słabo odżywiona i unaczyniona. Tętno prawidłowe, miękkie, słabo napełnione. Tony serca czyste, lecz nieco głuche. W płucach badanie kliniczne nic nienormalnego nie wykrywa. Przy badaniu jamy brzusznej wyczuwamy w lewym dole biodrowym guz twardy, ruchomy, prawie zupełnie bezbolesny na ucisk, wielkości pięści dorosłego człowieka, z pokrywającą go skórą nie zrośniętą. Przy badaniu palcem *per anum* nie osiągamy żadnych ściślejszych wskazówek, ponieważ dosyć wysokie usadowienie się guza nie pozwala osiągnąć go tą drogą palcem. Że jednak twór patologiczny znacznie zwięża światło kiszki, o tem przekonywamy się zapomocą miękkiego zgłębnika odbytniczego, który napotyka znaczną przeszkodę, a przejść poza nią nie może. Mocz nie zawiera składników patologicznych. Rozpoznano: rozpadający się złośliwy nowotwór esicy.

31-go października dokonano rezekcyi esicy w uśpieniu morfinowo-chloroformowem: cięcie skórne w lewym dole biodrowym, równoległe do więzów POUPART'a i ponad nim, długości około 15-u ctm. Po przecięciu skóry, powięzi i mięśni znaleziono nadzwyczaj mocne i rozległe zrosty otrzewne w tej okolicy. Przystąpiono więc najpierw do uwolnienia esicy od zrostów okolicznych i oddzielono ją od przyrosłego *omentum majus*. Następnie wy-loniono schorzały odcinek esicy, poczem wykonano samą rezekcyę kiszki, na-

przeźreni około 22-u ctm., wreszcie oba odcinki przeciętej kiszki zeszyto „end — to — end” szwem 3-piętrowym. Zaś całą okolicę szwu kiszki przykryto siecią i przymocowano ją szwami. Otrzewną ścienną, mięśnie, powięź oraz skórę zaszyto częściowo, do jamy brzusznej wprowadzono 3 pasy gazy jodoformowej. Na wierzch suchy opatrunek. 6-go dnia po operacyi zmieniono opatrunek całkowicie przy podniesionej [wyżej 38°] ciepłocie ciała. Po zdjęciu wszystkich szwów i usunięciu gazy dostrzeżono w głębi rany pewną ilość ropy. Rozszerzono więc otwór w mięśniach, wprowadzono do jamy dren, opatrunek wilgotny pod ceratką. Następnego dnia gorączka spadła. Chory miał kilkakrotne wypróżnienia *per vias naturales* [po uprzednim zażyciu *Ol. ricini* w małych dawkach], przyczem z głębi rany wydzielala się niewielka ilość kału. W trzy tygodnie po operacyi zarówno stan ogólny chorego, jak i stan rany operacyjnej poprawiły się tak dalece, że chory zaczął chodzić już 23-go listopada. Waga chorego — 100 1/4 funta, w 17 dni później — 110 funtów. W ranie kał przestał się pokazywać, wreszcie 17-go stycznia, t. j. w 2 1/2 miesiąca po operacyi, K. wypisał się zdrów ze szpitala z raną zupełnie zabliznioną.

3-ci przypadek. G. P., 48 lat, zamężna, przyjęta do szpitala 26-go maja b. r. Czuje się chorą od pół roku, t. j. od chwili, gdy zauważyła w brzuchu obecność guza. Od dłuższego już czasu cierpi na rozwolnienie.

Stat. praesens. Chora wzrostu średniego, odżywienie ogólne upośledzone, błony śluzowe blado zabarwione. W sercu i płucach zmian nie znaleziono. Narządy trawienia: w okolicy prawego *epigastrium* na *flexura hepatica* wyczuwa się obecność guza wielkości pięści dorosłego człowieka. Guz twardej, prawie bezbolesny, łatwo ruchomy; ku górze podchodzi aż pod łuk żebrowy, a ku dołowi przechodzi skośną linią aż poniżej pępka. Badanie kiszki przez rozdymanie ich powietrzem wyraźniejszych danych nie przysporzyło. Rozpoznano: tumor (*carcinoma?*) *flexurae hepaticae*. 31. V wykonano operacyę w uśpieniu morfinowo-chloroformowem. Cięcie powłok brzusznych po zewnętrznym brzegu *m-li recti abdominis dextri*, poczynając od 9-go żebra w dół, długości około 15-u ctm. Po otwarciu jamy brzusznej wyłoniono guz, zajmujący *flexuram hepaticam*, poczem wyrezekowano schorzałą część kiszki [długości około 18-u ctm.] wraz z przyrosłą częścią sieci. Odcinki rezekowanej kiszki zespolono „end — to — end” szwami 3 - piętrowymi, a oprócz tego na linię szwów przymocowano i sieć. Do jamy brzusznej wprowadzono pasy gazy, ranę operacyjną zamknięto szwami częściowo. W pięć dni potem chora miała samoistny stolec *per vias naturales*. Przez cały czas przebiegu pooperacyjnego w ranie nigdy kał się nie ukazywał. 8-go lipca b. r., t. j. w 5 1/2 tygodnia po operacyi operowana wypisała się ze szpitala z raną prawie zupełnie zabliznioną.

Z powyższego widzimy, że w obu pierwszych przypadkach, choć analogicznych pod względem lokalizacyi cierpienia i obrazu anatomo-patologicznego, niejednakową była metodyka postępowania operacyjnego. Widzimy tu

różnicę w iloczynowości [tempo] samej operacji, w wyborze miejsca dla cięcia skórniego, wreszcie — w sposobie łączenia odcinków rezekowanej kiszki.

Że przy całkowitej niedrożności jelit, spowodowanej przez nowotwór, koniecznym jest przedewszystkiem utworzenie odbytu sztucznego, wzgl. *colostomia*, na to zgadzają się wszyscy autorowie, piszący w tej sprawie. Tam zaś, gdzie guz powoduje tylko nieznaczne stosunkowo zwężenie światła kiszki, lub gdzie niema objawów nawet i zwężenia, głosy są mocno rozstrzelone. Widzimy tu zwolenników jedno—, dwu—i trzy—czasowej operacji, oczywiście, o ile rzecz dotyczy guzów, wogóle nadających się do operacji doszczętnej.

Każdy z tych obozów popiera racjonalność swej metody argumentami, zaczerpniętymi bądź z obserwacji klinicznej, bądź z ogólnej statystyki, bądź wreszcie z warunków anatomo-topograficznych.

Najmniejsza bodaj liczba chirurgów opowiada się za rezekcją jednoczasową, a w ich rzędzie przedewszystkiem BORELIUS, widząc w niej metodę normalną, choć sam przyznaje, że nieraz jest się zmuszonym operować dwuczasiwo. Klinika krakowska—prof. KADER—również przyjęła za normę jednoczasową operację guzów kątnicy, mianowicie: *ileocolostomia* + wycięcie. CAVAILLON, RYDYGIER postępują tak samo w guzach *coeci*. Przy głęboko usadowionych guzach *regionis recto-sigmoideae* uprzednia *colestomia*, zdaniem CLOGG'a, jest zbyt częstą, gdy niema objawów zwężenia lub bólów. Tegoż zdania jest i POUCHET. TIETZE, również CAVAILLON i PERRIN głoszą, że prawostronne niepowikłane raki *colonis* najlepiej rezekować jednoczasowo, ponieważ ta metoda pozwala nam postępować radykalniej, niż wieloczasiwo; przytem często zamknięcie pozostającego odbytu sztucznego przedstawia wiele trudności. Przeciwnie zaś, jednoczasowa rezekcja lewostronnych guzów okrężnicy daje dużą śmiertelność. I według PETERMANN'a, jednoczasowa rezekcja guza z następczą enteroanastomozą stanowi *operatio electionis* we wszystkich guzach okolicy *coeci*, również — prawego kąta *colonis* i początkowej części *colonis transversi*. Dla pozostałej części okrężnicy zaleca operację wieloczasiwą. Widzimy tedy, że zwolennicy jednoczasowej rezekcji stosują ją tylko z wyraźnym zastrzeżeniem: nadaje się ona jedynie do prawej części okrężnicy. Na czem jednak to zastrzeżenie się opiera? Oczywiście, na niejednakowych stosunkach anatomicznych prawej i lewej połowy okrężnicy i związanych z nimi trudnościami technicznymi, które dla rezekcji są tem większe, im silniej *colon* przymocowane jest do ściany brzusznej. Jak wiemy z pracy OKINCZYCA, najwyższa część *colonis ascendentis* i *coecum* mogą posiadać znaczną ruchomość, zaś *colon descendens* w 64% przypadków jest nieruchomo przymocowane do tylnej ściany brzusznej. Otóż, prawostronne guzy okrężnicy po wycięciu często wymagają połączenia pomiędzy *ileum* z jego bardzo unaczynioną i łatwo zlepną surowicówką a *colon*, gdy tymczasem po rezekcji guzów lewostronnych trzeba tworzyć połączenie pomiędzy częściami *colonis*, które z powodu ich nieznacznej ruchomości często mogą być połączone tylko przy pewnym napięciu. To też w tym ostatnim przypadku trzeba znacznie więcej obawiać się niedostateczności szwów, zwłaszcza, że surowicówka okrężnicy jest mniej unaczynioną, niż w jelitach

cienkich. Wreszcie, prawostronne raki, jak twierdzi CAVAILLON, choć zwykle są większe i wcześniej przerastają otrzewną, jednak po dostatecznym uwolnieniu łatwiej dają się wyłonić, niż lewostronne. Wprawdzie te ostatnie długi czas pozostają małe i ściśle ograniczone, nie przerastają tak łatwo otrzewnej, lecz raczej rosną do światła kiszki; zato jednak ruchomość tej części okrężnicy jest tak nieznaczna, iż chirurg zmuszony jest operować zazwyczaj w głębi jamy brzusznej, co, oczywiście, w poważnym stopniu może wpływać na wyniki zabiegu operacyjnego. Jednym słowem, jednoczasowa rezekcja, zdaniem powyżej wymienionych autorów, stanowczo nie nadaje się dla guzów lewej połowy okrężnicy z obawy przed możliwością *peritonitidis postoperativae*, jako następstwa niedostatecznego zamknięcia światła kiszki.

Olbrzymia atoli większość chirurgów odrzuca wogóle jednoczasową rezekcję dla okrężnicy, niezależnie od tego, jaki jej odcinek ma być rezekowany. SOULIGOUX, SCHLOFFER, że nie będziemy już przytaczali dłuższego szeregu autorów, bezwzględnie opowiadają się za operacją dwuczasiową. Najpierw tedy wykonywają odbytu sztuczny, *resp. colostomiam*, a dopiero po pewnym, dłuższym lub krótszym czasie—operację doszczętną. Wprawdzie i tu stosowane są pewne modyfikacje, np. PAUL w *carcinoma colonis ascendentis*, gdzie wszycie odcinka kiszki jest, jego zdaniem, niemożliwe, najpierw robi anastomozę między jelitem cienkim a *col. transversum*, i dopiero, gdy ta anastomoza zacznie sprawnie działać, rezekuje *colon ascendens*. Również ANSCHUETZ, GOULLIUD woli wykonać anastomozę przed rezekcją. MAYO robi toż samo przy zwężeniach przewlekłych.

Jednakowoż w miarę rozwoju chirurgii dwuczasiowa operacja, tak czy inaczej modyfikowana, przestała zadowalać niektórych chirurgów. Długie trwanie odbytu sztucznego i występujące później, choć zresztą samoistnie się gojące przetoki kałowe, zniewoliły, jak widzieliśmy wyżej, do tworzenia przedniej enteroanastomozy zamiast odbytu sztucznego. Takie jednak postępowanie niezadowolilo ogółu malkontentów dwuczasiowego operowania. Było rzeczą daleko prostszą skrócić czas trwania odbytu sztucznego, zamykając go chirurgicznie w czasie właściwym, czyli że operacja z dwuczasiowej staje się trzeczasiową. A więc najpierw zostaje wykonany *anus praeternaturalis* w *coecum* [CAVAILLON i PERRIN], po 2—4-ch tygodniach—rezekcja guza, poczem w 3 tygodnie, gdy spojenie po rezekcji już prawie zbliznowało, następuje zamknięcie odbytu nieprawidłowego. Jednem ze specjalnych wskazań do 3-czasiowej operacji są, według SCHLOFFER'a, te przypadki, w których raka źle lub też zupełnie nie można wyłonić [głęboko usadowione raki *flexurae sigmoideae*, *fl. lienalis* lub *hepaticae*]. RYDYGIER, jeżeli ma wykonać rezekcję kiszki grubej z powodu guza, gdzieś bliżej odbytnicy umiejscowionego, zasadniczo operuje na trzech posiedzeniach. MIKULICZ, wobec niepomysłnych wyników rezekcji jednoczasowej, przyjął wieloczasową *Vorlagerungsmethode* za normalną. Cytowauy wyżej MAYO w przypadkach podostrego zwężenia wyklada guz na wierzch, przecina kiszkę żegadłem po obu stronach guza, wkłada gruby dren w górny koniec kiszki [dla odpływu mas kałowych], a dolny jej koniec przymocowuje do brzegu rany. Po 3—4-ch

dniach usuwa wyłożony guz, wreszcie w 14—18 dni później przywraca ciągłość kiszki, której oba końce są ułożone syfonowato (*en canon de fusil*).

Przedstawivszy współczesną literaturę interesującego nas przedmiotu, wracamy do naszych przypadków. W pierwszym z nich, zgodnie z powszechnie przyjętą zasadą przy całkowitej niedrożności, operowano dwuczasiowo. Co zaś do drugiego przypadku, to tutaj postąpiono wbrew niemal powszechnej opinii chirurgicznej, wycinając esicę jednoczasowo. Czy jednak stanowcze odrzucanie metody jednoczasowej dla tego odcinka kiszki grubej jest bezwzględnie słuszne? Prawda, że *mesosigma* jest bardzo krótka, jednakże nie na tyle, aby esicy nie można było wyłonić w żadnym przypadku; ewentualne zrosty otrzewne w tej okolicy przy raku, jak przyznaje sam CAVAILLON, nie stanowią zjawiska stałego, zdarzają się raczej rzadko. A jeżeli nawet je napotkamy, jak to miało miejsce w naszym przypadku, to uwolnienie esicy od nich nie przedstawia poważniejszych trudności, tak iż zarzut, że w raku esicy chirurg zazwyczaj zmuszony jest do operowania w głębi jamy brzusznej, nie może być uogólniany do wszystkich przypadków tej kategorii. Punkt ciężkości obaw o możliwość *peritonitidis postoperativae* polega nie tyle na tem, że, operując choćby w głębi na kiszce, możemy przy tych rękoczynach zakazić jamę brzuszną, można bowiem wyciąć guz z kiszką przy pomocy enterotrypsy bez otwarcia kiszki, ile raczej na tem, że miejsce zespolenia odcinków wyciętej kiszki [grubej] może być źródłem następczego zakażenia otrzewnej, jeżeli to zespolenie nie okazało się dostatecznie ścisłym. Prawda, że nakładając odbyty sztuczny powyżej miejsca wycięcia przy operacji wieloczasowej, zabezpieczamy miejsce zespolenia od uciskania i drażnienia przez kał, zwłaszcza przy odbyciu syfonowatym; zato jednak operacja staje się więcej skomplikowaną, chory skazany jest przynajmniej na 2-miesięczne przykre kalectwo, a miejsce zespolenia po wycięciu w każdym bądź razie podlega możliwości zakażenia od światła kiszki. Że zaś przy wycięciu wyższych części okrężnicy można również się obejść bez uprzedniego odbytu sztucznego lub bez *ileocolostomiae*, o tem przekonywa nasz 3-ci przypadek, w którym przez cały czas przebiegu pooperacyjnego nigdy w ranie kał się nie ukazywał.

Przechodzimy obecnie do sprawy łączenia odcinków wycinanej kiszki. Że guzik MURPHY'ego jest w tych razach szkodliwym, jak wogóle dla całej kiszki grubej, zbytecznym byłoby się rozwodzić — widzimy to choćby z naszego pierwszego przypadku. Zresztą, cały szereg chirurgów kategorycznie wypowiada się w tymże sensie, więc tylko jako *curiosum* przytoczymy tu przypadek TASUJIRO SATO, który wyciął całą poprzeczną od *flexura hepatica* do *flexura lienalis*, połączył odcinki guzikiem MURPHY'ego i otrzymał wyzdrowienie bez powikłań (?). Nie lepszym też okazał się guzik wchłaniający się, który u STANMORE BISHOP'a po wycięciu *flex. sigm.* spowodował śmierć wskutek zatkania. Jedyną tedy racjonalną metodą tutaj może być bezpośrednie zeszyście obu odcinków, zaszyście na glucho jednego („*end—to side*“) lub obu („*side—to side*“) odcinków *end—to—end* z następczem bocznem połączeniem. W naszym drugim i trzecim przypadku od razu zastosowa-

ny został szew okrężny, czyli połączenie „*end—to—end*“, a w pierwszym przypadku — po wypadnięciu guzika MURPHY'ego, i w obu pierwszych przypadkach okazał się niedostatecznym, choć w nierównym stopniu. W piśmiennictwie znajdujemy wysoce niezgodną ocenę tej metody łączenia dla kiszki grubej u poszczególnych autorów. Gdy jedni, jak RYDYGIER, BORELIUS, MAYO, CLOGG, DESFOSSÉS, uważają szew „*end—to—end*“ za dostatecznie pewny i wytrzymały, zwłaszcza w tych częściach okrężnicy, które na całym swym obwodzie mają zasłonę otrzewną, to drudzy znów ryczałtowo go odrzucają dla *colon*, jak np. MIKULICZ, KAUSCH, a za nimi RADLIŃSKI, i dalej—POUCHET, PETERMANN i inni, zarzucając mu wogóle niewytrzymałość, niepewność spojenia odcinków, trudności techniczne wobec swoistej budowy anatomicznej ścian *colonis*, zwężenie światła przez wpułnienie brzegów rany, niekiedy różnicę w średnicy obu światel, wreszcie obecność liczniejszych i złośliwszych drobnoustrojów w *colon*, niż w jelicie cienkim, i fizyczno-chemiczne właściwości kału w okrężnicy. Ze wszystkich jednakże zarzutów najpoważniejszym zostaje ten, iż przy tej metodzie musimy dbać o pokrycie linii szwów błoną surowiczą na przestrzeni o wiele znaczniejszej, niż przy każdej innej metodzie.

W naszych przypadkach, gwoli większej pewności, na linię szwów 3-go piętra przymocowano jeszcze sieć, jakkolwiek *flexura sigmoidea* posiada błonę surowiczą na całym obwodzie. Tego rodzaju pokrycie miejsca szwów stosują BALFOUR, DEPAGE, CZARKOWSKI i, naszym zdaniem, powinno być ono w omawianych przypadkach zabiegiem normalnym, o ile niema po temu specjalnych trudności. Wprawdzie przez takie umocowanie sieci zwiększamy liczbę i rozmiary zrostów w jamie otrzewnej ze wszelkimi ich następstwami—jednakże zarzut ten miałby wartość bardzo względną, bo tam, gdzie wycinamy nowotworowo zmienione jelito, większa lub mniejsza liczba zrostów pooperacyjnych, jako takich, nie ma poważniejszego znaczenia. Oczywiście, przymocowanie sieci na linii 3-piętrowego szwu nie daje jeszcze absolutnej gwarancji pewności tego szwu, lecz w znacznym stopniu zwiększa jego wytrzymałość i dlatego wydaje się nam godnem zalecenia. O sposobie W. MAYO-BALFOUR'a [łączenie wycinanej esicy z *rectum* na grubym drenie] trudno powiedzieć coś konkretnego, ponieważ nie uzyskał on szerszego rozpowszechnienia. *A priori* jednak wydaje się on niezbyt obiecującym, ponieważ 6-dniowa obecność drenu w odcinku esico-prostnicowym musi wywierać pewien stały ucisk na linię szwów, co, oczywiście, wpływa ujemnie na wytrzymałość i ścisłość linii zeszywania, pomimo wgłobienia górnego odcinka w dolny.

Zresztą, żadna z metod łączenia odcinków wyciętej okrężnicy nie jest na tyle pewną i bezpieczną, abyśmy po wpuszczeniu do brzucha zeszytego jelita mogli spokojnie zaszyć powłoki brzuszne całkowicie. O słuszności tego przekonania obserwacja naszych przypadków oraz dane piśmiennictwa. Możliwość puszczania szwów jelitowych choćby na minimalnej przestrzeni [a możliwość ta urzeczywistnia się bardzo często] winna być dla chirurga dostatecznie poważną przestrogą, aby nie zaniedbywał zabezpieczającego tamponowania jamy brzu-

szej, a ściślej mówiąc—linii szwów kiszkowych. Naturalnie, że taki sposób postępowania sam przez się przedłuży w pewnej mierze przebieg operacyjny, że staje się przyczyną powstawania mniej lub więcej rozległych zrostów [co, zresztą, nie jest tak ważne, jak już zaznaczaliśmy powyżej] i może wywołać przetokę kałową, wreszcie—następczą przepuklinę ściany brzusznej. Wszystkie jednak te strony ujemne nikną wobec tego, że tampon w danym razie stanowi istotną klapę bezpieczeństwa, decydującą w najważniejszej liczbie przypadków o utrzymaniu przy życiu chorego operowanego. Zresztą, sprawa ta była przed niedawnym czasem dostatecznie obszernie omówiona w pracy RADLIŃSKIEGO „O rezeceji kątnicy“ w tymże duchu, więc dłużej nad nią zastanawiać się nie będziemy. Pozwolimy sobie jeszcze tylko mimochodem potrącić o kwestyę wyboru miejsca dla cięcia brzusznej. Otóż, w tej mierze najsluszniejszym nam się wydaje zdanie QUÉNU, że przy dowiedzionym guzie miejsce cięcia zależy od umiejscowienia samego guza; jeżeli zaś tylko podejrzujemy obecność nowotworu, należy wykonać cięcie pośrodkowe.

To i wszystko, cośmy chcieli powiedzieć w obchodzącej nas sprawie.

A teraz, jakkolwiek liczba podanych tutaj przypadków z osobistej obserwacji przedstawia się dosyć skromnie, ośmielamy się streścić wyżej powiedziane w kilku następujących wnioskach:

1. Guzy okrężnicy, nadające się wogóle do operacji doszczętnej, należy operować jednocześnie, o ile one nie powodują wcale lub tylko bardzo nieznaczne objawy zwężenia światła кишки.

2. Łączenie odcinków rezecewanej okrężnicy „*end—to—end*” daje wyniki zadowalające, szczególnie w jej górnych częściach.

3. Gdzie tylko jest to możliwe, należy linię szwów okrężnicy pokrywać siecią.

4. Całkowite zamykanie jamy brzusznej po rezeceji okrężnicy jest przeciwwskazane, a zawsze należy miejsce rezecewane zabezpieczyć przez wprowadzenie pasów gazy.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) H. MAKINS. Surgical experiences etc. Ref. Centrbl. 1901.
- 2) E. STANMORE BISHOP. Union of intestine. Ref. Centrbl. 1903.
- 3) SINCLAIR WHITE. Sarcóm des Dickdarms. Ref. Centrbl. 1902.
- 4) M. PATEL i P. CAVAILLON. Deux observations d'exclusion unilatérale dans les cas de tumeurs malignes du gros intestin. Arch. gén. de méd. 1903, Nr. 36. Ref. Ctrbl.
- 5) QUÉNU. Rapport sur deux observations de résection intestinale pour cancer etc. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, t. 27, str. 357, ref. Centrbl.
- 6) E. FUCHSIG. Ueber die in der Klinik in den letzten 12 Jahren ausgeführten Darmresektionen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir., t. 61, str. 173.
- 7) W. CONKLIN. Removal of the coecum for carcinoma. Buff. med. Journ. 1901, paźdz. Ref. Centrbl.
- 8) A. ZIMMERMANN. Ueber Operationen und Erfolge der Dickdarmresektion wegen Carcinom. Beitr. z. klin. Chir., t. 28, 2, str. 303.

- 9) R. de BOVIS. Le cancer du gros intestin. Revue de Chir. 1900, Nr. 6—8, 10—12.
- 10) J. SCHOEMACKER. Zur Technik der Darmnaht. Centrbl. f. Chir. 1907, Nr. 18.
- 11) J. OKINCZYC. Chirurgische Anatomie des Dickdarmes. Centrbl. f. Chir. 1907, Nr. 50
- 12) Tenze. Pathologische Anatomie der Kolongeschwülste. Centrbl. f. Chir. 1907, Nr. 50.
- 13) H. HARTMANN. Chirurgische Behandlung des Dickdarmkrebses. Centrbl. f. Chir. 1907, Nr. 50.
- 14) J. J. Mc GRATH. Resection of the sigmoid flexure. New York med. Record, 1907, 9. II. Ref. Centrbl.
- 15) RIESE. Beiträge zur Darmchirurgie. Centrbl. f. Chir. 1900, Nr. 44.
- 16) W. MC. ADAM ECCLES. Carcinoma of the ascending colon and its treatment. Brit. Med. Journ. 1900, 13. I.
- 17) F. F. PAUL. Two cases of colectomy. Brit. med. Journ. 1900, 3. II.
- 18) CUSHING. The operative treatment of cancer of the large intestine etc. Annales of Surgery, 1906, VIII.
- 19) J. BORELIUS. Zur Technik der Dickdarmresektion. Nord. med. Arhiv, t. 37. Ref. Centrbl.
- 20) KESSLER. Bericht ueber 31 Fälle von Dickdarmtumoren. Centrbl. f. Chir. 1903, Nr. 1.
- 21) DUNN. Intestinal resection. Report of 16 cases. Journ. of the amer. med. ass. 1903, 30. V. Ref. Centrbl.
- 22) SCHLOFFER. 31 Fälle von Dickdarmcarcinom. Centrbl. f. Chir. 1902, Nr. 48.
- 23) SOULIGOUX. Note sur trois cas de cancer du gros intestin. Revue de Chir. 1901, Nr. 11.
- 24) GOULLIoud. Sur le cancer du coecum et le cancer de l'S iliaque. Revue de Chir. 1901, Nr. 11.
- 25) P. CAVAILLON. Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin. Thèse de Lyon 1905. Ref. Centrbl.
- 26) Boas. Erfahrungen ueber das Dickdarmkarzinom. Deutsch. med. Woch. 1907, Nr. 7, 8.
- 27) Mc GRAW. A new operation for intestinal stenosis with especial reference to colonic cancer. Transact. of the amer. surgic. ass., 1904, t. 22. Ref. Centrbl.
- 28) TASUJTIRO SATO. Ein Fall von Pylorusresektion mit gleichzeitiger Resektion des colon transversum. Wien. Klin. Woch. 1903, Nr. 47.
- 29) H. S. CLOGG. Some observations on carcinoma of the colon. Practitioner 1904, Kwiecień. Ref. Centrbl.
- 30) J. OKINCZYC. L'exploration clinique du colon. La Presse med. 1907, Nr. 12.
- 31) W. MEYER. Cancer of the colon. Trans. of the amer. surg. assoc. 1906. Ref. Centrbl
- 32) ANSCHÜTZ. Beiträge zur Klinik des Dickdarmkrebses. Mittell. a. d. Grenz. d. Med u. Chir. 1907, III Supplem.
- 33) MOYNIHAN. The mimicry of malignant disease in the large intestine. Edinb. med. jowm. 1907, III. Ref. Centrbl.
- 34) SZTEYNER W. Przypadek wycięcia okrężnicz zstępującej. Pam. Tow. Lek. Warsz., 1901, z. III, str. 499.
- 35) DESFOSSES. Le meilleur procédé d'enterorrhaphie après entérectomie. La Presse med. 1906, Nr. 7.
- 36) DUJON. }
37) POUCHET. } Kongres chir. franc. w Paryżu.
- 38) RYDYGIER L. O postępowaniu operacyjnym wobec nowotworów złośliwych pętlisowatej. Przegląd Lek. 1901, Nr. 34.
- 39) CAVAILLON et PERRIN. La colectomie dans les cancers du gros intestin. Revue de Chir. 28 an. Nr. 6—7.
- 40) GARRE. Volvulus der Flexur etc. Ref. Centrbl.
- 41) SCHLOFFER. Der heutige Stand unserer Technik der Darmvereinigung. Prag. med. Woch. 1901, Nr. 35. Ref. Centrbl.
- 42) PERLIS. Adeno-carcin. flex. hepat. Czasop. Lekarskie 1904, z. 8.

- 43) PETERMANN. Erfahrung u. Erfolge bei der operation Behandlung des Dickdarmkreb-
ses v. Langenb. Arch. t. 86, Nr. 1. Ref. Centrbl.
- 44) J. P. LOOKHARD MUMMERY. A new method of restoring the continuity etc. Lan-
cet 1908, 16. V. Ref. Centrbl..
- 45) WILSON. Case of carcinoma of the sigmoid. Intercol. med. journ. 1908, 20. IV.
Ref. Centrbl.
- 46) SCHLOFFER. Dickdarmkarzinom u. Dickdarmresektion. Centrbl. f. Chir. 1902, Nr 48.
- 47) MONPROFIT. Le cancer du gros intestin. Le Progrée med. 1901, 30. XI. Ref. Cetrbl 1
- 48) MIKULICZ. Behandlung der Darmkarzinome. 31 Chir. Kongr. 1901.
- 49) LANE. Excision of growth in the sigmoid flexure. Medic. Press 1901, 16. I Ref.
Centralblat.
- 50) EDGAR. Case of resection of the sigmoid flexure. Ref. Centrbl. 1901.
- 51) Z. RADLIŃSKI. O resecey i kątnicy (Przegl. Lek. 1907.
- 52) ANISIMOW. Nowoobrazowanja tolstoj kiszki (Chirurgija t. XXVI, październik
1909, Nr 154).
- 53) W. J. MAYO. The neoplasm of sigmoid flexur (Montreal Med. Jowin. Nr 10, 1909 —
Ref. Journ. de Chir. Nr 1, 1910).
- 54) D. C. BALFOUR. Un procédé pour anastomoser l'anse sigmoïde avec le rectum (Ref.
Journ. de Chir. 1910, Nr 6).
- 55) ALEXANDER DON. Cancer du colon (Ref. Journ. de Chir. 1910, Nr 8).

III. Z PRACOWNI ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA BRONISŁAWA SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

O wpływie na wątrobę i przewody żółciowe połączenia pęche- rzyka żółciowego z kiszka (*cholecystenterostomia*).

Podali

St. Hubicki i Br. Szerszyński,

asystenci oddziału.

(Streszczenie pracy zgłoszonej na XVI Zjazd chirurgów polskich).

Odkąd WINIWARTER w latach 1880—1881 w przypadku niedającej się usunąć niedrożności przewodu żółciowego wspólnego po raz pierwszy wykonał połączenie pęcherzyka żółciowego z kiszka, operacya ta zaczęła stopniowo zdobywać prawa obywatelstwa w chirurgii dróg żółciowych. Wkrótce jednak zaczęły się odzywać w piśmiennictwie głosy, ostrzegające przed tym zabiegiem, jako prowadzącym do zakażenia wstępującego dróg żółciowych. KEHR np. w r. 1896 powołuje się na spostrzegany przez siebie przypadek ropnego zapalenia przewodów żółciowych w następstwie tego zabiegu (co prawda, szczegółów obrazu klinicznego, ani wyniku badania pośmiertnego nie przytacza). Również na niekorzyść cholecystenterostomii wypowiadają się BEAUMETZ i MICHAUX,

poglądu swego jednak nie opierają na materyale faktycznym. W kilka lat potem KEHR zmienia swoje zdanie i w r. 1905 w pracy swojej „Technik der Gallensteinoperationen“ występuje na zasadzie licznych swoich spostrzeżeń przeciwko zbytnej ostrożności w stosowaniu tego zabiegu, bo choć sam spostrzegął jeden przypadek ropienia w wątrobie w kilka miesięcy po wykonanej cystogastrotomii, (nb. po świeżo przebytej influency), uważa jednak możliwość wstępującego zakażenia dróg żółciowych w następstwie połączenia ich z jelitem za bardzo wątpliwą, o ile przewód żółciowy wspólny jest wolny od ciał obcych—kamieni. MAYO ROBSON uważa też powyższe obawy za nieuzasadnione, gdyż ani razu nie miał do czynienia z ropieniem w drogach żółciowych w związku z tym zabiegiem.

Kwestyę powyższą starał wyświecić na drodze doświadczalnej RADSIEWSKY z kliniki MIKULICZA. Wykonywał on połączenia pęcherzyka żółciowego z kiszka po uprzednim podwiązaniu przewodu żółciowego wspólnego u psów, które następnie zabijał po upływie 1—2½ miesięcy od operacji. Badanie drobnowidzowe dróg żółciowych wykazało jedynie rozszerzenie ich, zgrubienie ścian, w słabym stopniu niezbyt, bez zmian w wątrobie; badanie bakterjologiczne wątroby dawało wynik dodatni. W doświadczeniach Bozzi'ego wszystkie cztery operowane psy zdechły po upływie mniej więcej 5-u miesięcy: u dwu stwierdzono rozrost tkanki łącznej i drobnokomórkowe uacieczenie w przestrzeniach porto-biliarnych wątroby, dwa inne zdechły wskutek ropnego zapalenia dróg żółciowych. Wobec tej sprzeczności wyników badań Bozzi'ego ze zdaniem klinicystów co do możliwości zakażenia wstępującego w następstwie omawianego zabiegu, postanowiliśmy kwestyę wyświecić drogą doświadczeń na psach.

D o ś w i a d c z e n i e I. Pies, operowany 14.XII. 1907, zabity chloroformem 21.XI 1908 (cholecystenterostomia bez zespolenia gałęzi jelita doprowadzającej z odprowadzającą, przewód żółciowy wspólny podwiązano). Badanie makroskopowe: przewody żółciowe rozszerzone, zawierają ropnie, w pęcherzyku zdźbła słomy, w przewodzie wspólnym dwa kamyki żółciowe, trochę piasku żółto zabarwionego, przewód wspólny drożny; wątroba 2 razy powiększona, dość twarda; na przekroju nie szczególnie. Drobnowidz wykazuje w niewielkim stopniu białkowane zwyrodnienie komórek wątrobnych; innych wybitniejszych zmian niema. Z wątroby wyhodowano *streptococcus pyogenes* i *bac. mesentericus ruber*.

D o ś w i a d c z e n i e II. Pies, operowany 20.XII 1907, (tak samo, jak poprzedni), zabity 19.XII 1908. Zmiany makroskopowe te same, co poprzednio, w przewodzie pęcherzykowym znaleziono kłębek sierści i kawałek drzewa; przewód wspólny drożny. Drobnowidzowo nie stwierdzono żadnych zmian w wątrobie, na powierzchni widać zgrubienie otoczki, nacieczonej drobnokomórkowo i pokrytej włóknikiem (*perihepatitis fibrinosa*). Szczepionka z wątroby dała zmetnienie bulionu, z *ductus hepaticus* wyhodowano *bact. coli commune* i *micrococcus aërogenus*.

D o ś w i a d c z e n i e III. Pies, operowany 25.III 1908 sposobem KRAUSE'go (z dodaniem zespolenia gałęzi jelita doprowadzającej i odprowadzającej), zdechł 20.II 1909 r. W przewodach żółciowych zamiast żółci śluz z ropą, kawałki

drewna i słomy. Wątroba powiększona dwa razy, w lewej jej połowie mnóstwo drobnych ropni. Badanie drobnowidzowe: przewody żółciowe rozszerzone, wypełnione leukocytami i pasorzytami, nabłonki przewodów złuszczone; między zrazikami wątroby i w samych zrazikach widać drobne ogniska, posiadające wszystkie cechy ostrych ropni (*cholangitis et hepatitis purulenta*). Z wątroby wyhodowano *bact. coli commune*.

Doświadczenie IV. Suka, operowana sposobem KRAUSE'go 21.IV. 1908, zabita 26.V. 1909. Makroskopowo znaleziono: rozszerzenie przewodów żółciowych, w nich parę kamyków żółciowych, kawałek słomy, w jednym z przewodów wątrobowych trochę ropy, żółci nie widać; wątroba o połowę powiększona twarda, na przekroju nie szczególnego. Badanie drobnowidzowe wątroby dało obraz, podobny do poprzedniego, z tą różnicą, że w wielu miejscach rozwinęła się bliznowata tkanka łączna. Szczepienia nie robiono.

Doświadczenie V. Pies, operowany 8.V. 1908 sposobem MONPROFIT'a (zespolenie ygrekowe), zdechł 5.XI. 1908. Makroskopowo stwierdzono nieznaczne powiększenie wątroby i obecność ropy w przewodach żółciowych, drobnowidzowo obraz taki sam, jak w doświadczeniu Nr. III. (*cholangitis et hepatitis purulenta*). Z wątroby wyhodowano *bact. coli commune*.

Doświadczenie VI. Pies, operowany sposobem KRAUSE'go 10.V. 1908, zabity 19.V. 1909. W pęcherzyku zawartość kiszkowa. Badanie makroskopowe i mikroskopowe nie szczególnego nie wykazało. Szczepienie wątroby na bulionie dało wzrost.

Doświadczenie VII. Pies, operowany bez zespolenia ramienia кишки od i doprowadzającego 15.IV. 1908, zabity 20.IX. 1909. W przewodach trochę okruszyn słomy, ropy niema, wątroba nieco powiększona i twardsza. Obraz drobnowidzowy odpowiada doświadczeniu Nr. IV; badaniem bakteryologicznym stwierdzono dwa gatunki drobnoustrojów, których nie wyodrębniono.

Widzimy więc że z liczby siedmiu psów z przetoką pęcherzykowokiszkową u czterech mamy do czynienia z ropieniem w drogach żółciowych i wątrobie. Wynik naszych badań stoi w zgodzie z wynikiem doświadczeń Bozzi'ego, co zaś do RADSIEWSKY'ego, to badał on operowane przez siebie psy prawdopodobnie zbyt wcześnie i dlatego obraz ropnego zapalenia dróg żółciowych nie zdążył się jeszcze rozwinąć. Wyniki badań doświadczalnych stoją w sprzeczności z opinią klinicystów, jak KEHR, MAYO i ROBSON, którzy wcale albo bardzo rzadko spostrzegali wstępujące zakażenie dróg żółciowych w następstwie omawianego zabiegu. Sprzeczność ta pochodzi być może stąd, że u operowanych psów przenikają z kiszki do przewodów żółciowych ciała obce, jak kłębki sierści, kawałki drewna lub słomy, które drażniąc swą obecnością przewody, stwarzają przeto lepsze warunki dla rozwoju drobnoustrojów. *A priori* sądząc, musimy być przygotowani na podobne dostawanie się ciał obcych do przewodów żółciowych przez przetokę w pewnych, rzadkich wypadkach i u człowieka, i z tej przyczyny z możliwością zakażenia wstępującego u człowieka liczyć się musimy, choć w stopniu znacznie mniejszym, niż u psów.

Czy który z proponowanych sposobów operowania posiada wyższość nad innym pod względem zapobiegania temu zakażeniu, trudno o tem sądzić z tak

niewielkiej seryi doświadczeń, jak Bozzi'ego i naszego. Pewnem jest tylko to, że zakażeniu wstępującemu dróg żółciowych nie zapobiega bezwzględnie ani sposób KRAUSE'go, ani MONPROFIT'a.

IV. O krwotokach macicznych pochodzenia syfilitycznego oraz ocena ich leczenia chirurgicznego.

Napisał

Józef Jaworski.

Sprawa istnienia późnego syfilisu macicy, jako formy chorobowej, w chwili obecnej nie ulega wątpliwości, a cierpienie to najprawdopodobniej wydarza się częściej niż bywa rozpoznawane. Najodpowiedniejszą wydaje się klasyfikacja cierpienia tego ze stanowiska anatomo-patologicznego, którą podał FRANCESCHINI, mianowicie: a) stwardnienie syfilityczne późne naczyń macicy, b) stwardnienie syfilityczne całkowite lub częściowe macicy w dwu odmianach: zanikowej i przerostowej; c) gumat trzonu macicy; d) owrzodzenia grzybowate wewnątrzmaciczne; e) owrzodzenia syfilityczne szyjki macicznej; f) *leucoplakia* szyjki macicznej.

Nas w tej chwili interesuje pierwsza forma—późna angioskleroza syfilityczna macicy. Postać ta charakteryzuje się stwardnieniem macicy, które występuje jako skutek porażenia organu tego przez sprawę syfilityczną. Jest to stwardnienie o specjalnej spoistości, któremu ASTRUC nadał nazwę „*squirrhe venerien*“. Ten przerost i to stwardnienie ogranicza się najczęściej do odcinka dolnego macicy, może jednakże rozszerzyć się na cały trzon macicy, a nawet dosięgnąć i przymacicza. Lecz zajęcie sprawę syfilityczną samego tylko utkania macicy bywa rzadkie: zazwyczaj sprawa obejmuje i układ naczyniowy i okołonaczyniowy.

Pozzi i MORISANI oznaczają cierpienie to nazwą „*angiosclerose envahissante*“, ponieważ sprawa rozszerza się przez tętnice na utkanie międzykomórkowe macicy.

Wydarza się nawet często, że ta *arteriitis syphilitica* okresu trzeciorzędowego występuje na plan pierwszy, a udział utkania macicy jest bardzo mały. Wszak syfilis, jako cierpienie ustrojowe, krwi i głównie naczyń przejawiać się może w okresie trzeciorzędowym jako stwardnienie naczyń syfilityczne, umiejscowione tylko w naczyniach macicy, bez objawów współczesnych w jajnikach i trąbkach, ponieważ i w tym razie występuje tendencja, właściwa syfilisowi, obejmowania sprawą oddzielnie i wyłącznie pewnych tylko organów, pewnego działu naczyń, jak to bywa np. z syfilisem tętnic mózgowych (*arteriitis cerebialis syphilitica*). Takie umiejscowienie późne

syfilisu w macicy pod postacią zachorowań naczyń nie jest bynajmniej rzadkością kliniczną. Zmiany w naczyniach w tych razach mają cechy *endoperiarteriitidis* i *endoperiphlebitidis*, rozwijających się w najmniejszych rozgałęzieniach. Znajdowano też zakrzepy (*thromboses obliterantes*).

Te dwa momenty: utrata elastyczności w utkaniu macicy i stwardnienie naczyń macicznych, bywają źródłem krwawień ciężkich, uporeczywych, wzmagających się wskutek czynności menstruacyjnych, a także z przyczyn wszelkich, które powodują przekrwienie macicy.

Krwotoki maciczne takiego charakteru, t. j. obfite, bez cech peryodyczności, bardzo uporeczywe, nie poddające się zarówno środkom krwiotamującym, podawanym wewnątrznie, jako też stosowanym bezpośrednio na śluzówkę macicy w postaci przemywań, przyżegań, a także nie ustępującym po stosowaniu elektryczności i zeszkobaniu śluzówki macicy (*abrasio mucosae*), spostrzegalem w ciągu 6-u lat ostatnich u 8-u kobiet. Krótkie historie chorób podaję 5-u, ponieważ co do 3-ch przypadków obserwacya była krótka i o dalszych losach chorych tych nie posiadam dokładniejszych danych.

Spostrzeżenie I. Osoba 31-letnia, niezamężna; roniła 3 razy w 3-im miesiącu ciąży; 1-y poród czesny przed 12-u laty, dziecko zdrowe. Od 3-ch lat uporeczywe, długie, nieregularne krwawienia maciczne. Macica w lekkim tyłopochyleniu—zgięciu, duża, twarda, głównie trzon, nieco bolesna, szyjka bez zmian; w prawem sklepieniu resztki starego wysięku, lewe wolne. Trzykrotny pobyt w Ciechocinku [kąpiele słone i błotne], następnie *abrasio mucosae* — bez rezultatu. Niedokrwistość, wycieńczenie w wysokim stopniu. Analiza krwi [kol. KNAPPE]: hemoglobiny 15%; krążków czerwonych w 1 mm. sz. 1,166,000, bezbarwnych w 1 mm. sz. 8,900; stosunek bezbarwnych do czerwonych 1:131 [normalnie 1:681]; zmniejszenie ciężaru gatunkowego surowicy krwi. Objawów skórnych, kostnych, gruczołowych syfilisu nie znaleziono. Przyjaciół, z którym żyje od lat 18-u, leczę się na *tabes dorsalis* u kol. E. FLATAUA. Zastosowałem *injectiones Hydrargyri cyanati a 0,01*. na razie 12, po miesiącu znów 12, wewnątrznie *Sol. kali iodati*, ogółem 80 grm.

Krwawienia ustąpiły; *menses* $\frac{4}{IV}$; macica mniejsza, spoistość normalniejsza, poprawa duża w stanie ogólnym.

Spostrzeżenie II. 30-letnia żona przemysłowca; silnej budowy; w ciągu 4-ch lat 3 razy *partus praematurus*, zawsze w 6-ym miesiącu; płód zgniły, macerowany. Miesiączka $\frac{6-9}{IV}$; pozatem stale duże upławy, bardzo cuchnące, często z domieszką krwi. Macica duża, ruchoma, *adnexa* wolne.

Po ostatnim porodzie przed 2-ma laty ślady białka i wałeczki w moczu [kol. MAYZEL]; objawów syfilisu brak; mąż zaprzecza, aby go przechodził. Na serodyagnostykę chora nie zgadza się. Łóżysko badane 2 razy [kol. S. MALINOWSKI i DMOCHOWSKI], przedstawione w sekeyi ginekol. Tow. Lek. Warsz.: obrzęk, przerost śluzówki kosmków, objawy zgorzeli i *arteriitis*. Na leczenie metodyczne i specyficzne chora nie zgadza się. Podawałem przez pewien czas pigułki z *Protojoduretum Hydrargyri*, ogółem w ilości około 2 grm. Odchody cu-

chnące na parę miesięcy zniknęły, następnie jednak znów wystąpiły; krwawienia nieco mniejsze, lecz częste.

Spostrzeżenie III. 36-letnia żona drobnego przemysłowca, 4 razy roniła w 3-im miesiącu ciąży; 1 raz poród donoszony przed 16-u laty, dziecko z *dermatitis vesiculosa*, sapka, katar nosa, śmierć w 8-ym miesiącu. Miesiączka zawsze $\frac{8-9}{IV}$, *anteponens*; upławy obfite, cuchnące. Macica znacznie powiększona, *adnexa* zajęte: *perioophoritis et salpingitis*. Niezależnie od tego chora od kilkunastu lat cierpi na zaburzenia układu nerwowego oraz narządów zmysłów (ostatnio przed dwoma laty porażenie prawego nerwu *oculomotorii*, obecnie objawy *tabes dorsalis*), lecz się jednocześnie u kol. L. BREGMANA. Przechodziła kilkanaście razy leczenie specyficzne antysyfilityczne—frykcyje, jodek potasu; kilkakrotny pobyt w Busku, w szpitalu; kąpiele siarczane. Po każdej seryi leczenia merkuryalnego poprawia się stan narządów płciowych; miesiączkowanie znacznie mniejsze; upławy z ropnych stają się śluzowe, odbarwione, bezwonne; bolesność podbrzusza mniejsza, szczególnie na przebiegu tętnic miednicowych. Osobę tę obserwuję od lat 16-u, a rozpoznanie syfilisu macicy postawiłem *a posteriori*, t. j. dopiero po zapoznaniu się z tą kwestyą dzięki głównie pracom E. OZENNE'a, chirurga szpitala Św. Łazarza w Paryżu. Leczenie specyficzne, które wywierało wpływ dodatni i na narządy płciowe, zalecane miała z powodu zaburzeń w sferze nerwowej nie przeze mnie.

Spostrzeżenie IV. 34-letnia niezamężna, urzędniczka. Poznałem ją podczas wielkiego krwotoku macicznego; w ciągu ostatnich dwu lat miesiączka co 2—3 tygodnie, bardzo obfita. Stan ostrej niedokrwistości bardzo alarmujący, brak tętna, przerwy w oddychaniu. Przy pomocy kol. RYŁKI wlałem $1\frac{1}{2}$ litra roztworu soli—*serum artificiale*, przystąpiłem do wyłęczkowania macicy, lecz oprócz skrzepów i cząsteczek tkanki o twardości chrząstki nic się wyskrobać i wymyć nie dało. Macica mała, bardzo twarda, niebolesna. *Adnexa* zupełnie wolne. Stan się nieco poprawił. Następnie krwawienia już znacznie mniejsze, opauowywane wstrzyknięciami *Gelatinae* 10% [MERCK'a]. W końcu okazało się, że osoba ta straciła *virginitas* przed 17-u laty, a narzeczony jej odebrał sobie życie wskutek zarażenia się syfilisem od innej kobiety; ona syfilisu, jak zapewnia, nie przechodziła i objawów tegoż obecnie istotnie brak.

Serodyagnostyka syfilisu [odczyn WASSERMANN'a] dała wynik dodatni [kol. SERKOWSKI]. Zastosowano *injectiones Hydrargyri cyanati à 0,01 cum Cocaino*, ogółem 24 zastrzyknięć, wewnątrznie jodek potasu około 30-u grm. i przepłukiwania z roztworu tegoż. Poprawa ogólna i miejscowa bardzo szybka i duża. 15% hemoglobiny—po dwu miesiącach zwiększyły się do 65%; stosunek krążków bezbarwnych do czerwonych z 1:145 zmienił się na 1:726 [kol. KNAPPE].

Spostrzeżenie V. 30-letnia żona kupca, 8 lat zamężna, przed 8-u laty, zdaje się, przechodziła *gonorrhoeam*; nie zachodziła w ciążę. Macica powiększona $1\frac{1}{2}$ raza, bardzo twarda, w tyłopochyleniu-zgięciu, nieco bolesna; oba przymacicza zajęte (*perioophoritis et salpingitis*). Miesiączkowanie bardzo

długotrwałe, przerwy w krwawieniu i znów nawroty tegoż; upławy śluzowo-ropne, obfite, stale cuchnące. Duże wychudzenie, niedokrwistość wybitna. Chorą obserwowałem wspólnie z kol. W. LEHR'em. Przed dwu laty kol. W. LEHR stwierdził u niej: bardzo dotkliwe bole głowy, zawroty, omdlenia, zaburzenia wzrokowe, *strabismus divergens*, *miosis* obu źrenic, a także objaw ROMBERGA. Leczenie ginekologiczne przez parę miesięcy z małym wynikiem. Zaproponowałem serodyagnostykę na syfilis. Wynik odczynu [WASSERMANN'a] okazał się dodatnim, surowica krwi wywołuje zupełne odchylenie komplementu [kol. MUTERMILCH]. Zastosowano: *injectiones Hydrargyri cyanati* à 0,01. Ogółem chora otrzymała 48 wstrzyknięć, 24 w r. u. i 24 w r. b. i przez czas dłuższy brała jodek potasu. Stan ogólny poprawił się. Miejscowo: macica zmniejszyła się do normy, bolesność zniknęła; upławy ustały, a wydzielina utraciła woń poprzednią; miesiączka trwa tylko dwa dni.

* * *

Objawy, które pozwalają przypuszczać istnienie syfilisu macicy w okresie trzeciorzędowym, jak widzimy z podanych przypadków, w rzeczywistości nie wiele przedstawiają cech wybitnie charakterystycznych. Najstalszym, najczęstszym objawem bywają krwotoki maciczne, zazwyczaj bardzo obfite, występujące bądź podczas miesiączki, bądź w okresach międzymiesiączkowych. Krwotoki te nie dają się opanować żadnymi środkami leczniczymi, podawanymi wewnątrznie, stosowanymi podskórnymi [preparaty ergotyny, gelatyna], lub miejscowo na śluzówkę jamy, a nawet zabiegami operacyjnymi—zniszczeniem śluzówki macicy—*abrasio mucosae*. Toż samo dotyczy upławów bądź wodnistych, bądź śluzowo-ropnych, prawie zawsze mniej lub więcej cuchnących, a zawsze bardzo uporczywych. Utraty krwi i upławy sprowadzają wprost wybitny stopień niedokrwistości, o czem między innymi świadczą podane przez nas analizy krwi; a także wywołują wprost wyniszczenie.

Macica najczęściej bywa w swej objętości powiększona, rzadziej zmniejszona, jak w IV-ym przypadku moim, w którym istniała forma zanikowa syfilisu macicy; spoistość jej traci cechy elastyczności, staje się mniej lub więcej twarda, niekiedy wprost posiada twardość chrząstki, zdarza się, że spoistość jej posiada cechy, które widzujemy w *myometritis*. BONNET w pracy „*De la métrite syphilitique*” podaje długą charakterystyką macicy, porażonej przez syfilis.

Bolesność, macicy dotkniętej syfilisem, bywa bardzo nieznaczna, a PAUL LAFFONT wyraża się o objawie tym—*il y a plus de gêne et de lourdeur que de douleur*, zasłużony zaś badacz całej tej kwestyi, dr. E. OZENNE odnośnie objawu tego dodaje: „*des douleurs apparurent principalement dans la region suspubienne et ne furent pas calmées par l'application du sac de glace*”.

Ważną oznaką dyagnostyczną syfilisu macicy są, powtarzające się niekiedy całemi seryami—poronienia, przypadające w jednym i tym samym okresie ciąży. Wskazują także, jako na objaw, na brak krwawienia w razie badania zgłębnikiem jamy macicy, a także na istnienie w tych razach obfitych upławów, najczęściej wodnistych, czasami śluzowo - ropnych, prawie za-

wsze cuchnących, a zawsze bardzo uporeczywych, nie poddających się zwykłym metodom leczniczym.

MORISANI wypowiedział zdanie, że wiele krwotoków u dziewcząt bywa warunkowanych syfilisem dziedzicznym, na którego gruncie powstaje *endometritis syphilitica*, a nawet doradza, gdy istnieje tylko podejrzenie na syfilis dziedziczny, a tem bardziej nabyty, wykonanie leczenia próbnego specyficznego.

Przy rozpoznaniu różniczkowem trzeba pamiętać, że formy syfilisu macicy trzeciorzędowego wrzodziejącego mogą dać powód do pomyłek z rakiem macicy. Istnieje prawdopodobieństwo, że część przypadków raka macicy, głównie trzonu, uleczonych zapomocą stosowania w dużych dawkach jodku potasu, wewnątrznie i przez odbytnicę, była utajonym późnym syfilisem macicy.

Następnie gumaty, ograniczone lub rozlane, macicy, mianowicie międzymięśniowe przyjąć można za włókniako-mięśniaki. Wreszcie *metritis parenchymatosa* z kowotokami, po złej involucyi lub sprawach zapalnych macicy powstałe, mogą także dać powód do pomyłek. Tak więc przy rozpoznaniu całozbiór objawów i bardzo dokładna anamneza, jak zawsze, tak i w tych razach, jest niezbędną.

Rokowanie, w większości przypadków przy leczeniu specyficznem energicznem, bywa dobre.

Gdy sprawa jest bardzo rozległa, gdy porażenie naczyń jest głębokie, gdy ich zapalenie przechodzi w tętniaki, tam przyjsć może do konieczności nawet wyłuszczenia macicy.

Operacyi tej w przypadku niedającego się niczem powstrzymać krwotoku dokonał między innymi we Lwowie SOŁOWIJ. Przypadek ten zbadany został histologicznie. U 41-letniej kobiety występowały bardzo obfite krwawienia z macicy. Wyskrobanie nie pomogło; badanie strzępów wykazało sprawę zapalną śluzówki macicy. Gdy krwawienia utrzymywały się dalej, wykonano całkowite wyłuszczenie macicy przez pochwę, poczem pokazało się, że jedno z większych naczyń krwionośnych było otwarte. Na podstawie badania anatomopatologicznego przyszedł autor do wniosku, że w przypadku tym ma się do czynienia z miażdżycą naczyń macicy.

Badania na syfilis i leczenia specyficznego w przypadku tym nie przeprowadzono.

V. O ZAPALENIU UCHYLKA MECKEL'a.

Diverticulitis.

Skreślił

Dr med. Fr. Kijewski,

ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz zgłoszona na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie 6-go, 7-go i 8-go paźdź. 1910 r.).

Sprawa chorobna, na którą chcę zwrócić uwagę Szanownych Panów, nie należy do częstych, tem nie mniej niejednokrotnie musi być brana pod uwa-

gę jużto przy zapaleniach wyrostka robaczkowego, już też przy wewnętrznych zaciśnięciach jelit. Chcę tu mówić o zapaleniu uchyłka MECKEL'a—*inflammatio diverticuli Meckeli* albo o tak zwanej „*diverticulitis*“.

Jeżeli uchyłek MECKEL'a wogóle spotykamy stosunkowo rzadko, to schorzenie jego, znane pod nazwą „*diverticulitis*“, należy do szeregu rzadszych zmian jego. Na 643 przypadki, dotyczące uchyłka MECKEL'a, według wyliczeń ROSTOWCEWA do r. 1907, na *diverticulitis* przypada zaledwie 45. Do chwili obecnej liczba tych spostrzeżeń cokolwiek się powiększyła i przenosi 50. Na zasadzie tego nader szczupłego materiału kazuistycznego starano się ustalić zmiany anatomopatologiczne i określić obraz kliniczny cierpienia, lecz jeszcze tak niedokładny, że rozpoznanie przy łóżku chorego spotyka na niezmiernie trudności.

Zapalenie uchyłka MECKEL'a miałem możność spostrzegania i z tym przypadkiem postaram się w krótkości zaznajomić Szanownych Panów.

Mężczyzna 30-letni, rolnik, był przywieziony do szpitala Św. Rocha [31. VIII. 1907] z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, świadczącymi o utrudnionem krążeniu zawartości jelit.

Chory opowiadał, że przed 3-ma dniami w ciągu kilku godzin leżał na brzuchu na mokrej ziemi, poczem najadł się surowego żyta w ziarnach, świeżo upieczonego chleba razowego oraz w znacznej ilości mleka kwaśnego. Po upływie kilku godzin poczuł ból w brzuchu, nudności i rozpieranie w kiszkiach. Kiedy w ciągu ostatnich dwu dni objawy te się potęgowały, oraz wystąpiło zaparcie stolca i niemożność oddawania nawet gazów, chory zwrócił się o pomoc do szpitala.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chory pochodzi z rodziny zdrowej, sam zawsze uważał się za zdrowego, przed kilku jednak laty miał podobny napad, który sam przez się po pewnym czasie się uspokoił, dlatego też obecnie chory nie przywiązywał wielkiej wagi do swojego cierpienia. „Abym się dobrze wypróżnił, to mi wszystko przejdzie“, mówił.

Badanie narządów klatki piersiowej zmian nie wykazuje. Tętno 80, pełne.

Brzuch umiarkowanie wzdęty, pętle kiszki odznaczają się przez powłoki brzuszne; wzdęcie brzucha lepiej się zarysowuje w górnej części z lewej strony. Bolesność brzucha rozlana, szczególnie jednak zaznacza się w lewej połowie brzucha na wysokości pępka. Przy omacywaniu nie wykrywamy ani guza ograniczonego, ani rozlanego stwardnienia, występuje żywszy tylko ból we wskazanem miejscu. Ciepłota 38,2°, nudności, brak stolca od trzech dni.

Po założeniu sondy HEGAR'a przez prostnicę i przemyciu kiszki wypuściliśmy znaczną ilość gazów oraz kału płynnego.

W ciągu następnych 3-ch dni chory sam stolca nie oddawał, lecz przez sondę; za każdym razem odchodziły gazy i płynna zawartość kiszki. Bolesność brzucha zwiększała się, wzdęcie umiarkowane, stan słabo gorączkowy. Chory nic nie je; upadek sił dosyć znaczny.

Mieliśmy zatem do czynienia z niezupełną niedrożnością jelit, istniała jakaś przeszkoda, hamująca swobodne przechodzenie kału. Ponieważ wyciekowanie nie doprowadziłoby do żadnego wyniku, przekonaliśmy chorego o konieczności wykonania operacji.

6. IX. 1907 r. w uśpieniu chloroformowem laparotomia w smudze białej. Kiszki cienkie mocno wzdęte, otrzewna silnie zaczerwieniona, oddzielne pętle kiszek pokryte włóknikowym nalotem, w wolnej jamie otrzewnej niewielka ilość mętnego, krwistego wysięku.

Po wydobyciu cienkich jelit na zewnątrz i starannem rozpatrywaniu okazało się, że kiszka cienka—*ileum* w odległości 82 ctm. od *valvula Bauhini* była przyczepiona zapomocą krótkiego, wąskiego zrostu do *mesocolon flexuræ lienalis*. Zrost ten stanowiło pasmo łącznotkankowe dosyć mocne, które znajdowało się na powierzchni kisзки najwięcej odsuniętej od krezki i które hamowało swobodne ruchy jelit. Odcinek doprowadzający kiszków rozszerzony dosyć znacznie, na miejscu przyczepu kiszków przegięty; kiszka w tem miejscu załamana i część doprowadzająca przykrywa i uciska odcinek odprowadzający. Tuż poniżej przyczepu pętli *ilei* znajdujemy uchyłek MECKEL'a, długości 8 ctm., a grubości palca wskaziciela; uchyłek ten wychodził z wolnej ściany jelita naprzeciw przyczepu krezki, w miejscu swego wyjścia był przegięty i przyklejony do bocznej ściany kiszków oraz do części krezki; ściany jego były mocno zgrubiałe, rozpulchnione i pokryte złoгами włóknika. Podstawa jego, miejsce połączenia z kiszką i przednia ściana kiszków mocno zmienione, ciemno sine, rozciągnięte, uległe zgorzeli. Na przedniej ścianie uchyłka, nie przyklejonej znajdują się dwa ogniska zgorzelinowe, przez które po oddzieleniu złożeń włóknikowych wydobywała się zawartość uchyłka—płynny kał wraz z masą ziarenek żyta. Uchyłek nie posiadał *ligamentum terminale*, ani też krezki oddzielnej.

Pętlę kiszków uwolniłem przez przecięcie zrostu, uchyłek wraz z częścią kiszków wyciąłem, a obawiając się, aby szew w zmienionej ścianie kiszków nie puścił, założyłem rzyć sztuczną. Do jamy brzusznej wprowadziłem sączki, na ścianę zaś brzuszną szew częściowy.

Kał przez rzyć sztuczną odchodził obficie, ciepłota po operacji obniżyła się do normy, tętno jednak było drobne i częste.

Po dwu dniach przy objawach wzmagającej się zapaści chory zmarł.

W danym przypadku mieliśmy zatem przyczep części cienkiej kiszków (*ileum*), uchyłek MECKEL'a, który uległ zapaleniu, zgorzeli częściowej i przedziurawieniu, zapalenie otrzewnej, spowodowane przez wyżej wymienione sprawy w uchyłku, niezupełne zamknięcie światła jelita, wywołane częściowo skutkiem zagięcia się pętlicy kiszków przez zrost jej z *mesocolon*, częściowo zaś przez zapalenie otrzewnej.

Przyczep kiszków cienkiej do *mesocolon* mógł być wrodzony, może przedstawiać anomalię rozwoju, tak jak sam uchyłek, albo też nabyty, jako następstwo przebytego zapalenia.

Za tem ostatniem przypuszczeniem przemawia ten fakt, że chory przed

kilku laty przechodził podobną sprawę, że wtedy zapomozą złogów zapalnych mogło nastąpić przyklejenie kiszki.

Uchylek MECKEL'a w naszym przypadku był wolny, nie znaleźliśmy *ligamentum terminale*; można przypuszczać, że więz ten istniał, że skutkiem zapalenia przyrósł do *mesocolon* i do samej ściany kiszki i uchylka. Dowodów na to przekonywających nie posiadamy, gdyż skutkiem zgorzeli części uchylka i ściany kiszki odpowiednie zmiany anatomopatologiczne zupełnie się zatarły.

Zapalenie uchylka nastąpiło skutkiem przedostania się do niego i zatrzymania w nim kału oraz ciał obcych — ziarenek żyta. Jakkolwiek przejście z kiszki do uchylka było dosyć obszerne, jednak łączność ta była przerwana skutkiem załamania uchylka i przyklejenia do ściany kiszki oraz krezki. Na załamanie się uchylka wpływał ucisk, powodowany przez rozdętą i wypełnioną kałem pętlę kiszki powyżej jej przyczepu. Im więcej zbierało się kału w przegiętej kiszce, tem ucisk jej na część odprowadzającą poniżej przyczepu oraz na uchylek był większy, co wpłynąć musiało na zmianę w krążeniu krwi i sprzyjało rozwojowi zgorzeli.

Odgrywały tu rolę zatem dwa czynniki—obecność ciał obcych w uchylku i ucisk kolankowato przegiętej kiszki.

Rozpoczynające się zapalenie uchylka objawiało się głównie przez ból z lewej strony pępka w górnej części brzucha, oraz przez podwyższenie się niezbyt znaczne ciepłoty.

Dotąd spostrzegano bardzo niewiele przypadków podobnych do wyżej opisanego, a przynajmniej ogólna literatura lekarska posiada szczupły materiał, dotyczący omawianej sprawy.

Nasze piśmiennictwo lekarskie jest nader ubogie w prace, mające za przedmiot uchylek MECKEL'a i zmiany chorobne, jakim on sam podlegać lub też jakie wywoływać może w ustroju. Cały nasz dorobek naukowy pod tym względem ogranicza się zaledwie do kilku luźnych prac, jak GRÜNBAUM'a [1888 r.], ODERFELDA [1891 r.], CZAJKOWSKIEGO [1900 r.], SCHRAMM'a [1900 r.], i mojej [1906 r.], które bynajmniej nie wyczerpują kwestyi, a dają o niej zaledwie pobieżne wiadomości.

Zmiany zapalne w samym uchylku były tylko u nas raz opisywane przez SCHRAMM'a, który u 12-letniej dziewczynki wyciął uchylek MECKEL'a, uległy zapaleniu, z zejściem pomyślnem.

Dla łatwiejszego zrozumienia spraw, jakie tu omawiać mamy, postaram się w krótkości przypomnieć wiadomości o uchylku MECKEL'a.

Na zasadzie poszukiwań MECKEL'a ustalono, że uchylki, spotykane na ścianach cienkich kiszek, stanowiąc wady rozwojowe, przedstawiają część niezarośniętego *ductus omphalomesaraici*. Uchylki te, nazwane *diverticulum Meckeli*, spotykają się stosunkowo dosyć rzadko. Według wyliczeń HILGENREINER'a na 4878 ciał sekowanych znaleziono *diverticulum Meckeli* w 90-u przypadkach, czyli niemal 2%. MITCHELL zaś zaznacza, że uchylek ten spotyka się dwa razy częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet, gdyż na 1390 sekcji mężczyzn znaleziono go 35 razy, a na 305 autopsji kobiet tylko 4 razy.

Odróżniamy dwa rodzaje uchyłków MECKEL'a — otwarty i zamknięty.

Do pierwszego — otwartego należą przypadki, w których uchyłek łączy się ze światem zewnętrznym zapomocą przetoki, powstałej skutkiem niezarośnięcia *ductus omphalomesaraici*, jego części zewnętrznej. W tych spostrzeżeniach na pępku otwierała się przetoka mniej lub więcej długa i szeroka, prowadząca jużto do samej kiszki, jużto kończąca się ślepo w jamie brzusznej, albo też w samej ścianie brzucha. Spotkać tu można następujące odmiany:

1) Kiszka łączy się zapomocą kanału bezpośrednio z pępkiem, w którym znajduje się zewnętrzny otwór przetoki.

2) Od strony kiszki *ductus omphalomesaraicus* zarasta, powstaje zatem w jamie brzusznej kanał, ślepo się kończący, który zapomocą sznurka łączno-tkankowego łączy się z kiszką cienką.

3) Połączenie powyższe niekiedy może ginąć, sznurek ulega zanikowi, a w jamie brzusznej pozostaje ślepy worek, otwierający się na zewnątrz.

5) W niektórych przypadkach resztkę *ductus omphalomesaraici* przedstawia się pod postacią guzika na pępku, guzika, pokrytego błoną śluzową, nie mającego kanału, któryby prowadził w głąb jamy brzusznej.

Przez niezarośnięty *ductus omphalomesaraicus* może wypadać na zewnątrz część samego przewodu, ściana kiszki cienkiej, a nawet cała kiszka wraz z krezką, i wtedy powstają guzy rozmaitej wielkości, pokryte błoną śluzową. Pojawianiu się takich guzów niekiedy towarzyszą ciężkie i groźne objawy dla życia chorego, które zniewalają do szybkiej pomocy chirurgicznej. Jeżeli część ściany przewodu, prowadzącego w głąb jamy brzusznej, lub też nawet guzik na pępku ulegną zapaleniu, sprawa może dojść do ropienia i być źródłem rozległej *phlegmone* przedniej ściany brzucha, na co zwraca uwagę CZAJKOWSKI.

Sznurek łączący kiszkę z pępkiem może być przyczyną zaciśnięcia światła kiszek.

Zamkniętym uchyłkiem nazywamy taki, który nie ma łączności ze światem zewnętrznym, nie ma przetoki prowadzącej z głębi jamy brzusznej na zewnątrz. Przedstawia się on pod postacią lejkowatego wypuklenia ściany kiszki cienkiej, z szerokim otworem, zwróconym do światła kiszki, a zwężonym ślepym końcem do wolnej jamy otrzewnej. To ślepe zakończenie uchyłka może łączyć się ze ścianą brzucha zapomocą sznurka łączno-tkankowego — *ligamentum terminale*.

Uchyłek MECKEL'a znajduje się na cienkich kiszkach, zajmując część ściany najwięcej oddaloną od krezki, w rozmaitej odległości od kiszki ślepej.

W niektórych razach od *valvulae Bauhini* dzieli go zaledwie kilka centymetrów, jak na przykład w spostrzeżeniach RIECK'a, KAREWSKIEGO, KAMMERERA, MACKENZIE'GO, w innych znów odległość ta się powiększyła aż do 250 ctm., jak to było w przypadku PETERSONA.

Długość uchyłka bywa rozmaita, waha się pomiędzy 2,5 ctm. [MORISON] aż do 26-u ctm. w przypadku opisanym przez ROSTOWCEWA. Niekiedy uchyłek posiada własną krezkę.

Zapomocą sznurka łączno-tkankowego *lig. terminale*—uchyłek może się przyczepiać do pępka samego lub też w okolicy jego, do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, nad *lig. Pouparti*, do ściany miednicy, do pęcherza moczowego, do krezki i kiszki. Przyczepy do krezki są najczęstsze i następują zwykle w pobliżu wyjścia samego uchylka, niekiedy zaś znacznie dalej np. do *mesocolon transversum* albo w pobliżu kiszki prostej. Znane są przypadki zrostu z kiszką cienką, z okrężnicą, z *appendix epiploicus*, a nawet z wyrostkiem robaczkowym.

Ciekawe jest pod tym względem spostrzeżenie ODENIUSA: uchyłek wychodził z cienkiej kiszki w odległości 75-u ctm. od *valvulae Bauhini*, a 7—8-u ctm. powyżej wyjścia ponownie się łączył z kiszką, nie tylko ze ścianą, ale i z jej światłem. HOLBECK widział u 4¹/₂-letniego chłopca uchyłek MECKEL'a w odległości 22-u ctm. od *valvulae Bauhini*, który przyrósł do sieci i był powodem zaciśnięcia kiszek.

Zwykle uchyłek zapomocą szerokiego otworu łączy się ze światłem kiszki i zawartość jej może dostawać się do wnętrza uchylka. Niekiedy jednak otwór jest mniejszy aniżeli światło uchylka, który się kolbowato rozszerza [CAMUS i MATRY], a niekiedy nawet otwór zarasta i wtedy uchyłek sam przedstawia się pod postacią tworu walcowatego, zwężonego na obu dwu swoich końcach, jak to widzimy w spostrzeżeniu WALTZBERG'a.

Zamknięty uchyłek MECKEL'a bądź wolny, bądź też przyczepiony zapomocą *lig. terminale*, może powodować zamknięcie światła kiszek. Przypadki te wcale nie są rzadkie; według wyliczeń niektórych chirurgów na 100 przypadków *occlusionis intestinorum internae* w 5—7-u przyczynę zamknięcia światła kiszki stanowił uchyłek MECKEL'a. Mechanizm tego zaciśnięcia jest niezmiernie interesujący i przedstawia wiele odmian. Część tej sprawy opracował już u nas ODERFELD w r. 1891. Od tego czasu jednak kazuistyka znacznie się powiększyła i wykazała liczne odmiany zaciśnięcia. Nie będę tu przytaczał wszystkich szczegółów odnośnych, gdyż znacznieby to rozszerzyło ramy mojej pracy; z konieczności ograniczyć się muszę do tej tylko wzmianki.

Wolny uchyłek MECKEL'a może niekiedy stanowić zawartość przepukliny brzusznej, jak to było w spostrzeżeniu GRÜNBAUM'a i mojem. W worku przepuklinowym może nastąpić przyrośnięcie uchylka do ściany worka, uwięźnięcie a nawet zgorzel.

Dalej uchyłek może się wgłobić do kiszki i powodować *invaginatio* samej kiszki, jak to widzimy w spostrzeżeniu SCHRAMM'a.

Wspomnę tu jeszcze o guzach, biorących początek z resztek *ductus omphalomesaraici*, o tak zwanych—*entero-cystoma*, usadowionych bądź na kiszkach, bądź na krezce, bądź też na wewnętrznej powierzchni przedniej ściany brzucha.

Nie mam zamiaru rozpatrywania szczegółów wszystkich spraw chorobnych, które może powodować uchyłek MECKEL'a, lub jakim sam może ulegać. Odsyłam w tej kwestyi do obszernego referatu DREIFUSS'a [1905 r.] lub też do wybornej monografii ROSTOWCEWA [1907 r.]. Przechodzę do z a p a l e n i a i z g o r z e l i uchylka, spraw które nas obecnie najwięcej zajmują. [D. n.]

Stwardnienie krezki (*mesenteritis fibrosa*), jako postać kliniczna.

Napisał

Prof. dr. Leon Kryński.

Sprawy chorobowe krezki nader rzadko zwracają uwagę na siebie same przez się, jako oddzielne zjawiska patologiczne. Stanowiąc zarówno pod względem rozwojowym, jak i anatomicznym część składową otrzewnej, bywa krezka siedzibą tych samych spraw, jakie rozgrywają się w innych miejscach tej ogromnej błony surowiczej.

Z pomiędzy spraw zapalnych w krezce opisują anatomo-patologowie ograniczone zapalenie włókniste (*mesenteritis fibrosa chronica, cirrhosis mesenterii*), które powoduje bardzo głębokie zmiany w kształtach, ułożeniu i budowie tego narządu. ORTH zmiany te zalicza do często spotykanych w krezce, DMOCHOWSKI w swej Dyagnostyce charakteryzuje je w sposób następujący: „Przejawia się ono (zapalenie) zwykle pod postacią białawych, rozgałęziających się, często gwiaździstych blizn, czasem pod postacią równomiernego zgrubienia otrzewnej. Badanie mikroskopowe wykazuje rozrost tkanki łącznej otrzewnej, sięgający do tkanki tłuszczowej”. ORTH spotykał je zarówno w krezce jelita cienkiego, jak i kiszki grubej, to ostatnie nawet uważa za częściej występujące, szczególnie w krezce esicy (*flexura sigmoidea*), której ułożenie i stosunki topograficzne ulegają przeto znacznym zaburzeniom, usposabiającym do skręcenia tej części kiszki.

Uwzględniając znaczenie anatomiczne i rolę fizyologiczną krezki, można *a priori* wnioskować o następstwach takich zmian chorobowych. Pierwszem z nich jest upośledzenie ruchów robaczkowych jelita, dochodzące do zupełnego ich zaniku i wywołujące objawy niedowładu jelit wraz ze wszystkimi następstwami zatrzymania zawartości jelitowej. Stanowi ono wynik działania czynnika mechanicznego, jakim jest przemiana cienkiej i podatnej błony krezki na twardą, niepodatną, sztywną, mającą 2 i więcej centymetrów grubości, która nie dozwala na kurczenie się ścian rozpiętych na jej brzegach jelit. Następstwo drugie—to zaburzenia w krążeniu jelitowem wskutek warunków, w jakich znalazły się przebiegające w środku krezki naczynia krwionośne, chłonne i mleczowe; to znów sprowadza zwiększanie przesiąkania i nagromadzenie się płynnej zawartości w świetle jelita z jednej strony, z drugiej — zmiany odżywcze w jego ścianie. Wszystko zaś razem wzięte daje obraz kliniczny o objawach burzliwych i groźnych.

Przedstawione zmiany chorobowe do tychczas znajdowano jedynie na sekcjach i przeto tylko w podręcznikach anatomo-patologicznych widzimy opisy ich obrazu. Ze strony klinicznej nie zwrócono jeszcze na nie uwagi, gdyż

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ

PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
 NIESTRAWNOŚĆ
 NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA)
 ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
 ZAPALENIE OKRĘŻNICY
 LECZENIE GRUŻLICY
 LECZENIE CHOROÓB UMYŚLOWYCH
 I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed
 każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
 w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉ.

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIGULKACH.
 KRZYWICA,
 PRÓCHNIENIE KOŚCI
 PIERWSZE OKRESY GRUŻLICY
 GRUŻLICA PŁUC I KOŚCI
 NIEDOMOGA NERWOWA
 OKRES ZDROWIENIA
 I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od
 kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżeczka
 przed każdym posiłkiem. Lek rozpuszcza się
 w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg, Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa, H. Bruns.—Warszawa, Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odessa, Z. Lerme i Cie.—Kijów, Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Charków, Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów, Z. Lerme i Cie.—Tyflis, Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: **DALLOZ & C^{ie}** 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS
 PRÓBYNA ŻĄDANIE BEZPŁATNIE

Aperitol

Nazwa prawnie zastrzeżona N.P.P. zameldow.

Isovaleryl+Acetyl — Phenolphthalein.
 działa łagodnie i bez bólu, absolutnie
 nieszkodliwy

Środek przeczyszczający
 w postaci

smacznych

Cukierków owoc.
 Oryginalne pudełko
 zawiera 15 sztuk.

łatwo rozpuszczał.

Tabletek
 Oryginalna rurka
 zawiera 12 sztuk.

Aperitol zawiera PHENOLPHTHALEINE,
 doskonały środek przeczyszczający, związa-
 nany chemicznie z WALERJANĄ, działają-
 jąco kojąco na bóle w brzuchu.

Bornyval

(Isovalerjanat Borneolu)

Znakomity środek kojący

we wszystkich nerwicach narządów
 krążenia, trawienia i układu nerwowego;
 posiada wzmożone działanie swoiste walerja-
 ny, i nie wywołuje objawów obocznych.

Wskazania szczególne: Nerwice serca i na-
 czyn, Histerja, Hypochondrja, Neurastenia,
 Bezsenność i ból głowy pochodzenia nerwowe-
 go, Zaburzenia w miesiączkowaniu, Astma ner-
 wowa. Atonia żołądka i kiszek.

Dawka: Najwyżej 3—4 razy dziennie
 jedną kapsułkę.

Oryginalne pudełko zawiera 25 kapsułek.

Próby i literatura na żądanie pp.lekarzy
 gratis.

J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN N, 39

Collargol

(Lawatywy, wstrzykiwania)

W odpowiedniej dawce i przy konsekwentnem stosowaniu leczy wiele przypadków

ciężkiego zakażenia ogólnego:

ropnicę (zwłaszcza pologową), ostry gościec stawowy (mianowicie postacie nie ustępujące pod wpływem Salicylu) tyfus, posocznicę gonokokową, zakażenie mieszane w suchotach i t. p.

Creosotal „Heyden”

Duotal „Heyden”

oddawna znane leki we wszystkich cierpieniach zakaźnych dróg oddechowych.

Próby i literaturę dostarcza darmo:

Chemiezna fabryka von Heyden, RADEBEUL-DREZNO.

lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Nagrodzona na wystawach złotymi medalami i dyplomami uznania.

Mydła przethuszczzone
hygieniczne i lecznicze

z zastosowaniem najnowszych
wskazań nauki (jak albuminowe,
antrasolowe i t. p.)
oraz

środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia ——— APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

Nowy Świat Nr. 35, w Warszawie.

Maladies du Cerveau
ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES
Traitées depuis 40 ANS avec succès par les

SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. } 2° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium).
3° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées, 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges ameres irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés. — FLACON: 3 rb. 90 cop. Maison HENRY MURE. A. GAZAGNE, 71^{me} de 1^{re} classe, Pont-Saint-Esprit (Gard) France.

Nabyć
można
we
wszystkich
aptekach
i
składach
aptecznych.

przypadki takie, trudne do rozpoznania właściwego, prawdopodobnie nie były nigdy terenem celowych zabiegów operacyjnych.

Przed rokiem spostrzegalem jeden przypadek, będący obrazem klinicznym omówionych zmian chorobowych w krezce.

Albin Ż. l. 22., rzemieślnik przybył w maju 1909 roku do szpitala Ś-go Ducha ze skargą na ciężkie zaburzenia kiszkowe. Zaczęły się one przed czterema miesiącami, jako uporczywe zaparcia stolca w połączeniu z odbijaniem, brakiem łaknienia i częstymi bólami brzucha; stan taki z niewielkimi wahaniami trwał koło trzech miesięcy i w ciągu ostatniego miesiąca uległ znacznemu pogorszeniu: w miejsce zatwardzenia wystąpiły rozwolnienia obfite i bardzo uporczywe, trwające po kilka dni z rzędu i połączone z nadzwyczaj silnymi bólami. W ciągu ostatnich 5-u dni brak stolca i wymioty. Z innych danych wywiadowych zaznacza chory, iż przed rokiem chorować miał na zapalenie ślepej kiszki: silne bole w całym brzuchu, głównie zaś w dole, brak stolca, wzdęcie i wysoka gorączka zmusiły go do leżenia przez dni kilka w łóżku; pomimo poprawy jeszcze przez czas dłuższy później nie czuł się dobrze i minęło kilka tygodni, zanim mógł powrócić do swych zajęć.

Mężczyzna budowy prawidłowej, dobrego wzrostu, bardzo wynędzniały, powłoki zewnętrzne blade. T° 36,2°—36,7°, P—74. Narządy klatki piersiowej zmian żadnych nie okazują, płuca zupełnie prawidłowe, oddech płuczkowy, tony serca czyste, choć słabe. Brzuch wzdęty w całości; wypukłość zaznacza się najwybitniej w okolicy pępka i przechodzi ku stronie lewej. Wypuk na całej przestrzeni bębniasty; na ucisk brzuch wrażliwy, większa bolesność występuje tuż obok pępka po stronie lewej. Przy omacywaniu otrzymuje się wrażenie rozdętych pętli jelitowych, które przykrywają sobą głębiej leżące narządy; przy głębszem uciskaniu wyczuwa się w głębi, w części środkowej brzucha płaskie zgrubienie, jednostajnie twarde, przesuwające się ku dołowi i na lewo, nie dochodzące jednak na szerokość 4-ch palców do spojenia łonowego. Badanie palcem przez odbytnicę nie wykazuje nic nieprawidłowego. Płynu wodnego w jamie brzusznej niema. Przy zmianie ułożenia chorego i uciskaniu brzucha słychać przelewanie w kiszkach. Badanie promieniami X po spożyciu proszku bizmutowego nie dało wyników, któreby rozjaśniły stosunki anatomiczne w brzuchu. Nerki w stanie dobrym, moc czysty, w ilości 600—900 ctm. sz. na dobę, wykazuje małą ilość (1⁰/₁₀₀) białka.

R o p o z n a n i e kliniczne, zrobione z zastrzeżeniem, brzmiało *invaginatio chronica incompleta intestini ilei*.

O p e r a c y a dn. 15. V. 09 w znieczuleniu rdzeniowem (*Tropacocaini* 0,08). Cięcie brzucha w linii białej powyżej i poniżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej wysunęły się pętle jelit cienkich, bardzo mocno rozdęte, barwy ciemno-czerwonej. Wszystkie pętle wyjęto na zewnątrz i po obłożeniu gorącymi serwetami mokremi poddano dokładnym oględzinom, z których wynikało, iż wgłobienia nie było nigdzie i że same jelita poza rozdęciem na przestrzeni mniej więcej 1½ metra, poza zesinieniem ściany i wypełnieniem światła płynną zawartością żadnych innych zmian nie okazują. Natomiast krezka jelitowa na całej tej przestrzeni przedstawia widok nadzwyczajny. Stanowi ona grubą warstwę

około 2 ctm. grubości, mało podatną, miejscami bliznowatą, przytwierdzoną podstawą swą do kręgosłupa, bez żadnych jednak guzów, czy oddzielnych zgrubień wewnątrz. Robi to wrażenie jakby dużych wachlarzy, opartych o tylną ścianę jamy brzusznej, ułożonych jeden nad drugim i zakończonych na brzegach zewnętrznych pętlami rozдутych jelit. Zmiany te ciągną się na przestrzeni przeszło metra i kończą w niewielkiej odległości od zastawki BAUHINA. Wyrostek robaczkowy zmian wyraźnych nie przedstawia, lecz koniec jego, skierowany na wewnątrz i ku górze, przyrosły jest lekko do zmienionej krezki jelita biodrowego.

Poza temi żadnych innych zmian w narządach brzusznych zauważyć nie można, niema również wolnego płynu w otrzewnej. Ażeby uwolnić jelita od zalegających mas kału płynnego i umożliwić ich odpływ ku dołowi do leżących poniżej części jelit zdrowych, zrobiłem nacięcie w odcinku dolnym jelita rozдутego i po wypuszczeniu zeń kilku litrów bardzo cuchnącej cieczy kałowej założyłem połączenie tego miejsca z górną częścią kiszki esowatej (*ileo-colostomia*). Miejsce szwu kiszkowego pokryłem brzegiem sieci, którą nadto przyczepiłem w paru miejscach do ściany zmienionej jelita. Zeszycie ściany brzusznej zupełne.

Stan chorego po operacyi niezły; ciepłota 36,3°—37°, tętno 90°, dość miękkie. W ciągu następnego dnia miał chory 2 płynne wypróżnienia pomimo dawek makowca. Upadek sił ogólny zwiększał się i chory wśród objawów wyczerpania zmarł trzeciego dnia po operacyi.

Se k c y a (prof. PRZEWOŚKI) potwierdziła wynik badania operacyjnego: zmiany w krezce i jelicie biodrowem ciągną się na przestrzeni 160 ctm. i kończą w odległości 25 ctm. od kątnicy. Błona śluzowa w stanie silnego obrzęku zapalnego, wytwarzającego miejscami ogniska zgorzelinowe na dość znacznej niekiedy przestrzeni. Wszystkie inne narządy zmian chorobowych nie okazują; tylko w płucach wybitne przekrwienie opadowe w płatach dolnych.

B a d a n i e m i k r o s k o p o w e skrawków z różnych miejsc krezki wykazuje wszędzie tę samą sprawę — zapalenie włókniste z ogromnym rozrostem tkanki bliznowatej, która bujając nadmiernie, wywołała zanik tkanki tłuszczowej i elementów elastycznych, przemieniając narząd krezkowy w twardą deskowatą płaszczyznę. Miejscami widać większe kępki tkanki tłuszczowej, wśród niej zaś gruczoły chłonne, niekiedy dużych rozmiarów. Naczynia krwionośne żyłne miejscami znacznie rozszerzone i wypełnione krwią; w ich sąsiedztwie duże nacieczenia drobnokomórkowe. Żadnych ognisk zapalnych natury swoistej (gruźlicy) nie widać nigdzie.

Jaka jest e t y o l o g i a tego cierpienia?

Przedstawione zmiany anatomo-patologiczne w krezce są wyrazem przewlekłego zapalenia otrzewnej włóknistego (*peritonitis chr. fibrosa*), ograniczonego do jednego organu — krezki jelita biodrowego. Analogiczne zmiany widzimy w okolicy innych organów jamy brzusznej — wątroby, śledziony, narządów kobiecych w miednicy małej, gdzie powodować mogą najróżnorodniejsze zniekształcenia i w następstwie zaburzenia czynnościowe; stąd też i nazwa: *perito-*

nitis deformans. Punktem wyjścia spraw tych bywa prawie zawsze ograniczone zapalenie ropne otrzewnej rozmaitego pochodzenia.

I w naszym przypadku taka musiała być geneza rozgrywających się kolejno spraw w otrzewnej, które doprowadziły w wyniku ostatecznym do wytworzenia się tak głęboko sięgających zmian w krezce jelitowej. Najbliższymi prawdy będziemy, uważając za *primum movens* całej sprawy chorobowej owo zapalenie wyrostka robaczkowego, które miał chory przechodzić przed rokiem. Naokoło końca wyrostka utworzył się pomiędzy warstwami krezki ropień ograniczony, dający ostatecznie zmiany bliznowate z rozrostem tkanki włóknistej w krezce. Zastanawiającą jest tu ogromna rozległość tych zmian, powodujących tak ciężkie zaburzenia czynnościowe i szereg objawów klinicznych, groźnych dla życia.

Leczenie winno tu mieć za zadanie przywrócenie krążenia zawartości w jelitach. Wobec niemożliwości opróżnienia własną siłą zmienionego odcinka jelit, koniecznym jest ułatwienie tego przez połączenie chorej pętli z leżącą poniżej zdrową częścią przewodu kiszkiowego (*entero-enterostomia*), na przykład z esicą, jako uczyniłem w tym przypadku. Wreszcie ze względu na ciężkie zaburzenia w krążeniu jelitowym dodałem tu przyszycie sieci w kilku miejscach do ściany chorego jelita, podobnie, jak za przykładem TALMY czynimy to w przypadkach zwyrodnienia włóknistego w innych narządach jamy brzusznej.

VII. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA FR. KIJEWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS I Z PRACOWNI WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

Leczenie wakcyną specyficzną (autohomogenną lub heterohomogenną) przewlekłych zapaleń dróg żółciowych.

Komunikat tymczasowy w sprawie przypadków połączonych z kamicą, a traktowanych operacyjnie.

Podał

Dr Stefan Karp Rottermund,

asystent oddziału.

Leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych, połączonych z kamicą lub bez niej, stanowi dotąd ciągle to wielkie sporne pogranicze między terapią wewnętrzną a chirurgią. Na szczęście przebrzmiałemi wobec postępów chirurgii dróg żółciowych i jej wyników u nas i zagranicą stały się bodaj jeszcze przed 10-u laty wygłaszane przez najznakomitszych naszych internistów (DUNIN, KORCZYŃSKI, GLUZIŃSKI i inni) zdania, że operacja to *ultimum refugium*, leczyc zaś można jedynie rozumnie *cholagoga, sedativa, desinfectantia, carminativa*, fizyo-

terapią miejscową i dyetetyką. Już w r. 1903 PRUSZYŃSKI¹⁾ na XIII Zjeździe chirurgów polskich wygłosił zdanie, że jedynie „czekać z operacją“ radzi on „przy napadach, powtarzających się w długich odstępach czasu“, oraz przy ostrem zatkaniu przewodu żółciowego, które może być czasowem“. W r. 1905 spostrzegawczy umysł DUNINA odwołuje²⁾ dawne bezwzględne restrykcyje; za nim idą prawie wszyscy najpoważniejsi interniści polscy. Jest to znamieny punkt zwrotny w sprawie leczenia stanów zapalnych dróg żółciowych, połączonych z kamiecią: odtąd rzec można obawy śledzących postęp nauki internistów przed samą operacją znikają bezpowrotnie. Zaczyna się drugi etap: krytyczna obserwacja momentów wykonywania operacji, sposobów tejże, przebiegu pooperacyjnego i wyników operacji.

Identycznie jak u nas, rzecz się miała i za granicą, z tą jedynie różnicą, że o 1½ dziesiątka lat, szczególnie w szkole niemieckiej i angielskiej, poprzedziła stan poglądów naszych. Wielki ich statystyczny materiał³⁾, bogactwo obserwacji i tam wysunęło w dalszej konsekwencji wiele nowych pytań i wątpliwości, na które dotąd jednolitych nie dawano odpowiedzi lub zupełnie pomijano. Jakież to pytania?

Przedewszystkiem z punktu widzenia internisty co do ogólnie przyjętych momentów wskazania do operacji. Bezwzględnych wskazań nie poruszam; lecz istnieją wskazania względne, np. przy drożności dróg żółciowych, wątpliwej obecności w pęcherzyku kamieni, a często występujących lub ostrych objawach zapalnych i t. p. Otóż czydotychczasowy system uznawania względnej bezsilności terapii wewnętrznej bez zdiagnozowania charakteru infekcji X, można uważać za naukowo ostateczny; czy ogólnikowa z nią walka, a nie specyficzna może być uważana za dostateczną—oto pierwsze pytanie, na które dotąd praktyka nie dała odpowiedzi.

Drugie pytanie — to wybór przez chirurga sposobu operowania. Nie mówię tutaj o cholecystoenterostomii, choledochotomii, jako o zabiegach, mających specjalne zastosowanie. Lecz kiedy ryzykować *cholecystotomiam* *ideałem*, kiedy wykonywać *cholecystostomiam*, ewentualnie *cholecystectomiam*? Bystrzejsze oko bezwzględnie spostrzeża tu, że schematyzacya na podstawie tylko techniki oraz % danych tej lub innej szkoły ostać się nie może; przypadkowe zachowanie się chorego ustroju wobec infekcji, na które ani operujący,

1) PRUSZYŃSKI. Powstanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych. Gazeta Lekarska 1903.

2) Pam. Tow. Lek. Warsz. 1905 r. str. 645.

3) a) Prof. Dr. HANS KEHR. Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit 1906 (1108 operacji, 3000 obserwacji).

b) WILLIAM J. MAYO. Annals of Surgery 1906 (1500 operacji).

c) A. BRÜNNING. 700 operacji w klinice prof. POPPERTA w Giessen. Zeitschrift für Chirurgie T. 77.

d) KOERTE. Ueber die Operation der Cholecystitis acuta infectiosa in acuten Stadium. Arch. Langenbeck'a. 1903. Ueber die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis und Cholecystitis. D. m. Wochenschrift 1903 (300 operacji).

e) JOHN B. DAEVER. The Journal of the American Medical Association 1906: 216 operacji.

ani terapeuta specyficznego wpływu wywierać się nie starali — oto właściwie probierz dotychczasowych wyników operacyjnych. Boć czyż sączkowanie pooperacyjne jest już jedynym środkiem walki z infekcją?

Co do tego ostatniego powstaje i trzecie zasadnicze pytanie. Dobrze, gdy po pewnym okresie czasu mianowicie nastąpi samorzutne zamknięcie się przetoki żółciowej; lecz co czynić, gdy po dłuższym nawet okresie, pomimo drożności dróg żółciowych, pomimo stanowczego wykluczenia obecności ciała obcego w ranie (ligatury), przetoka miesiącami nie zamyka się wcale lub, co gorsza, zamyka się tylko na czas b. krótki po to, by powstać znowu przy ogólnych objawach zakażenia miejscowego? Po bliższem zastanowieniu się i dobrze przebiegające przypadki nie przedstawiają się zupełnie jasnymi. Krytycznie rzecz biorąc, gdzie wskaźnik: kiedy z zupełnym spokojem zaprzestać wolno sączkowania? Czy wystarcza stan przezroczystości wydzielanej żółci, czy też nie jest rzeczą konieczną posiadać kategoryczne dane co do jałowości żółci?

Pozostają wyniki operacji. Że nawroty w pewnym % przypadków (choć są operatorzy, którzy ogłaszają, że ich nigdy nie mieli, jak J. MAYO) mają miejsce z początku w postaci stanów zapalnych, a potem i kamicy, nawet bez możliwości przypadkowego pozostawienia podczas operacji kamienia, jakto chcieliby niektórzy (KEHR, POPPERT—BRUENNING) wytłómaczyć,—trudno zaprzeczyć (Fr. KIJEWSKI, MARTYNOW¹⁾). I nie dziwnego: toć poza mechanicznem usunięciem przyczyn infekcji z dróg żółciowych, nie czynimy dotąd nic, co by z walką samego organizmu miało bezpośrednio związek. Jak dążyć do ograniczenia do minimum tej możliwości nawrotów przez uodpornienie ustroju—oto ostatnie pytanie, jakie na podstawie dotychczasowych obserwacji nasuwa się dotąd.

Podsumujmy te wszystkie pytania. Poza mniejszego znaczenia wątpliwościami i niedomówieniami uderza przedewszystkiem jedna wspólna wszystkim nuta: niewyzyskanie wszystkich znanych dotąd środków w walki z samą istotą infekcji. Widocznem się staje, że między internistą a chirurgiem brak w dotychczasowem postępowaniu jakichś potężnych ogni, jest luka, którą w mojem rozumieniu jedynie bakteryologia, serodyagnostyka i seroterapia wypełnić są w stanie.

Drugi żółciowe, jak ostatecznie ustalonom się zdaje, nie licząc dolnego odcinka *ductus choledochus*, oraz ich zawartość w stanie zdrowym nie zawierają żadnych chorobotwórczych, żywych bakterii. Każdą obecność takiej flory, choćby bez subiektywnych objawów chorobliwych, uznać należy za objaw patologiczny (O. MINKOWSKI²⁾, A. O. KELLY³⁾). Twierdzenie to, oparte na sze-

¹⁾ Fr. KIJEWSKI. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. Gazeta Lekarska 1906.

MARTYNOW. Nieskolko suczajew operacyi na żołącznych putiach. Wrazech. Gazeta 1907 N 15.

²⁾ Prof. O. MINKOWSKI. Icterus und Leberinsuffizienz. Tłom. ros. Klin. lekcyi. Wrazech. Gaz. 1906 Nr. 26.

³⁾ The American Journal of the medical sciences. 1906 wrzesień.

regu badań, znajduje pozatem i teoretyczne potwierdzenia. Są niemi otrzymane ostatnio eksperymentalne dane o pierwszorzędnego znaczenia własnościach wątroby w sprawie zwalczania infekcyi wogóle (C. VERIGO¹⁾ H. ROGER²⁾). Charakterystycznym przytem w tych doświadczeniach jest fakt, że własności te bynajmniej nie jednakowo mają się w stosunku do różnych gatunków bakteryi. O ile wątroba, pisze ROGER²⁾ o swych doświadczeniach na królikach, znakomicie zwalcza np. *staphylococcus aureus*, *oidium albicans*, *micrococcus prodigiosus* i wiele innych bakteryi, o tyle *bacterium coli commune* i *streptococcus* nie tylko nie jest ona w stanie zwalczyć, lecz są objawy, że bakterye te pod wpływem jej produktów nabierają specjalnie złośliwych własności. Dowodzenia ROGER'a potwierdzają: TEISSIERI GUINARD³⁾ w stosunku do *diplococcus pneumoniae*, SANARELLI⁴⁾ do *b. typhi*, LEMOIRE⁵⁾ dla *b. coli commune* i wielu innych; specjalnie na uwagę zasługują doświadczenia prof. GILBERT'a wspólne z DOMINICI, którzy badali działanie wątroby na sztucznie wywołaną infekcyę dróg żółciowych⁶⁾. Jeśli jednak zabezpieczające własności wątroby z jakichkolwiek powodów zmniejszają się (ROGER⁷⁾), np. przy mieszanem zakażeniu, ogólnem wyczerpaniu i t. p., wszelka infekcyja może przez wątrobę przeniknąć do dróg żółciowych.

Przyjrzyjmy się teraz, jakimi wogóle drogami następować może zakażenie dróg żółciowych. (Badanie eksperymentalne P. S. IKONNIKOWA⁸⁾). Wyłączność zakażenia wstępującego z kiszki jest już dzisiaj odrzuconą; poza tą drogą zakażenia nastąpić może: 1) przez *ven. portae*, 2) przez *art. hepaticam*, 3) przez naczynia limfatyczne, 4) bezpośrednio przez ściankę pęcherzyka. Co do poszczególnych gatunków infekcyi A. O. KOLLE⁹⁾ konstatuje, jakoby *bact. coli commune* przenika przez *ven. portae*, *bact. typhi*—przez *v. portae* lub *art. hepaticam*, *staphylococcus*, *diplococcus*—przez *art. hepaticam*. Teoretycznie, jak widzieliśmy z wyżej przytoczonych danych, drogami temi przeniknąć do dróg żółciowych i w sprzyjających warunkach rozwijać się może wszelka infekcyja. Jak się jednak ma rzecz w rzeczywistości: która infekcyja najbardziej przenika i znajduje najbardziej sprzyjające warunki — wskazać może tylko wielka liczba obserwacyi i badań bakteriologicznych żółci *in vivo*.

Dotąd tych badań ogłoszono niewiele. KOLLE¹⁰⁾ ogłosił 70 badań żółci u niektórych operowanych w niemieckim szpitalu w Filadelfii. W po-

1) VERIGO. Wojenno-medic. żurnal 1892 str. 472 — 518.

2) H. ROGER. Les organes protecteurs contres les infections. La Presse medic. 1898. Nr 50. Les meladies infectieuses. Paris 1902.

3) La sem. med. 1895 str 353.

4) Etudes sur la fièvre typhoïde experimentale. Annales de l'Institut Pasteur 1892.

5) Arch. de med. experiment. et d'anatom. patholog. 1899.

6) Soc. de biologie. 23 grudzień 1893, 13, 20, 2 + luty 1894.

7) The American Journal of the medical sciences. 1906.

8) IKONNIKOW. DySSERTACYJA Woj. Med. Akad. 1906 r.

9) Mitteilungen a. d. Grenzgebieten. t. XIX.

10) Prof. W. KOLLE i prof. H. HETSCH. Die experimentelle Bakteriologie. Wien 1907.

Alfons Mann

NAJDAWNIEJSZA W KRAJU FABRYKA

NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH (zał.: r. 1819)

PRZENOSI SKŁAD SWÓJ, W POŁOWIE PAŹDZIERNIKA R. B.,

z ulicy Tłomackie Nr. 3

na ulicę **Mazowiecką № 20.**

(dom Suk. hr. A. Krasieńskiego).

Bronisław Krug

Warszawa, Bracka 18 tel. 35-47

poleca w wysokich gatunkach:

Narzędzia lekarskie. Przyrządy szpitalne.

Wyroby ortopedyczne i gumowe chirurgiczne.

Reperacja i odnawianie narzędzi.

Ceny najprzystępniejsze.

Skład Wyrobów Gumowych, Chirurgicznych i Środków
Opatrunkowych.

G. EHLERT

Warszawa, Senatorska Nr. 19 I-e piętro.

Poleca: Watę, Gazę i bandaże do opatrunków, Ceratki, Termometry lekarskie, Katetery i Sondy, Płótna i Poduszki pod chorych, Pessarja wszelkich systemów, oraz wszelkie przyrządy do pielęgnowania chorych.

Przyjmuje: Urządzenia sal operacyjnych, ambulatorjów i gabinetów lekarskich.

Skład i kanter w porze obiadowej od 1-ej do 2 1/2 zamknięty.

Telefon Nr. 984.

D-r med. Z. Dmochowski.
Dyagnostyka anatomo - patologiczna

CZĘŚĆ I.

Klatka piersiowa.

Str. 400, rysunków 163.

Cena na papierze kredowym rb. 4.

CZĘŚĆ II.

Jama brzuszna

Str. 1000, rysunków 473.

Cena na papierze kredowym rb. 10.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego,
 poświęcone higienie i medycynie socjalnej

POD REDAKCYĄ

D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,
 objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

- I. ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE. III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ: 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokóły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCYI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z Instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenwała, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz. VII. RUBRYKĘ Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE. XIII. ŻYCIORYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

łowie przypadków żadnych bakteryi już mu się nie udało odkryć; z pozostałej zaś liczby — w 68% znalazł *bacterium coli commune*, w 20% *bac. typhi abdom.*, w 12% i inne bakterye; co do wysokiego % *bac. typhi*, zanotować należy, że KELLY specjalnie zajmował się objawami żółtaczki i zapalenia pęcherzyka w tyfusie i ostre jego przebiegi poddawał operacyjnemu leczeniu. RIEDEL ogłasza 6 badań, z których w 3-ch znalazł obecność bakteryi, w 3-ch ich nie było; te ostatnie nazywa on tajemniczemi, nie biorąc bynajmniej pod uwagę tego, że uprzednie leczenie usunęło bakterye. KOLLE i KETSCH *bact. coli commune* uważają przedewszystkiem za najczęstszą przyczynę infekcyi oraz wytwarzania się w dalszej konsekwencyi kamieni. Przyczynę *cholangitis suppurativa* A. PICK i A. HECHT¹⁾ widzą zwykle w *bacterium coli*, czasami w *streptococcus*, lub w mieszanej infekcyi przy obecności *bact. coli*. Chiari; QUENU²⁾ wskazuje na częste wypadki równoległego z tyfusem kiszkiwym zakażenia *bact. typhi* dróg żółciowych; ogłasza on również 2 przypadki zakażenia *bact. typhi* bez równoległego, a nawet uprzedniego tyfusu brzuszego (?) Moje osobiste badania bakteriologiczne, wykonane na 6-u żółciach chorych, operowanych, w kilku odstępach czasu, dały następujące wyniki [patrz tablicę na str. nast.].

W zestawieniu rzecz się przedstawia w ten sposób, że we wszystkich przypadkach wykryto obecność *bacterium coli commune* (przy badaniu średnio między 4—10 dniem, przyczem w 4% czyste kultury, w pozostałych mieszane—*streptococcus staphylococcus albus*, *diplococcus pneumoniae*). Po 7—10 dniach sączkowania mieszane infekcyje przechodziły w czyste *bacterium coli comm.*; w jednej 22-go dnia po operacyi żółć nie wykazała obecności żadnej kultury chorobotwórczej.

O badaniach surowicy krwi u cierpiących na *cholecystitis calculosa* z żółtaczką (na aglutynacyę) piszą jedynie KOLLE i HETSCH³⁾; twierdzą oni, że u tego rodzaju chorych, gdzie niema wprost możliwości przypuszczenia tyfusu, dodatni wynik reakcyi GRUBER-WIDALA prawdopodobnie objaśnić można jedynie colibacillozą. Zdaje się, że obserwacya ta, wobec najczęstszej formy zakażenia *bact. coli*, ma racjonalną podstawę i potrzebuje tylko klinicznego potwierdzenia. Ja osobiście badałem surowicę 5-u chorych (z tych 2 przed operacyą); u 4-ch dodatnia reakcyja na aglutynacyę z *bac. coli commune*, otrzymana z dróg żółciowych człowieka, wystąpiła w granicach rozcieńczenia $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{50}$, u 1-go nie wystąpiła wcale; u obudwu chorych po operacyi po badaniu żółci znaleziono czyste kultury *bact. coli commune*. U 2 wreszcie chorych po operacyi dwukrotnie dokonałem badań na *index bactericid.* (patrz tabl.).

Pozostaje ostatnia przesłanka, na podstawie której wobec wyżej wskazanych obserwacyi oparłem nową, równoległą z postępowaniem pooperacyjnem metodę walki z chroniczną, ewentualnie nawet ostrą infekcyą dróg żółciowych. Są nią dane dotychczasowe o uodpornianiu sztucznem zapomocą wstrzykiwania

¹⁾ Prof. dr. A. PICK i A. HECHT. Klinische Semiotik. Wien—Leipzig 1908.

²⁾ Prof. QUENU. Revue de Chirurgie 1908.

³⁾ British Medical Journal 1904 r.; Osnovy wakenoterapii. Tróm. ros. BREJTMANA 1907 r.

	Lat	Rodzaj choroby	Operował	Typ operacji	Postępowanie poopercyjne	Czas trwania fistuły	I badanie bakteriologiczne	II badanie (oraz następnie) bakteriologiczne
Chora K. Ch.	50	cholecystitis calculosa	pr. dr Karewsky w Berlinie i dr. Fr. Kijewski	cholecystostomia	drenage	20 miesięcy z nawrotami	w 15 miesiący po operacji	bact. coli comm. w odstępach 3 tygodniowych
Chora Z. K.	43	"	dr. Fr. Kijewski	partialis cholecystectomia	"	4 miesiące	6 dnia	b. coli comm. w odstępach 3 tygodniowych
Chora I. M.	36	"	"	cholecystostomia	"	—	5 dnia	b. coli comm.
Chora X. X.	42	"	dr Solman	"	"	—	7 dnia	b. coli comm. + staphylococ. + alb. diplococ. pneumon.
Chora Gol. T.	45	cholecystitis calculosa appendicitis cystis ovar. d.	dr Rottermund	cholecystostomia appendicetomia ovariectomia	"	—	4 dnia	bacter. coli comm.
Chora N. N.	34	"	dr Szreyner	cholecystostomia	"	—	11 dnia	b. coli comm. + streptococcus + staphylococcus albus

odpowiednich dawek emulsji martwych bakterji wakcynacji (WRIGHT¹⁾ DOUGLAS), specjalnie zaś obserwacye, ogłoszone przez asystenta prof. WRIGHT'a na oddziale szczepień ochronnych w St. Mary's Hospital (Londyn) dr. Johna MATTHEWS'a. Pewien wpływ na system stosowania wakuiny miała ogłoszona w czasie moich badań praca w „*La Presse medicale*“ o leczeniu wakuiną z *bact. coli commune nephritidis purulentae*. Opierając się na tych obserwacyach, 2 chore, u których infekcyja była pojedyncza (*bact. coli commune*), a sączkowanie nie dawało dodatnich wyników, zastosowałem wakuinacyę specyficzną autogenną wakuiną (*vaccina anti bacterium coli*, w skróceniu *anti B. C.*), przyjmując za zasadę, że identyczne działanie może wywierać i wakuina *anti BC* heterohogenna; przy mieszanej infekcyi—wakuina *anti BC*+wakuina z najmniej po 20-u dniach otrzymanej się z *bacterium coli* równolegle bakterji przygotowana, np. antystreptokokowa lub przeciwtyfusowa. Co do *index opsonicus*, to wobec ostatnio ogłaszanych zdań samego WRIGHT'a i STEAT'a, oraz ustalonych już i ogłoszonych danych o stosowaniu różnych gatunków wakuin, na tej reakcyi serodyagnostycznej nie uważałem za potrzebne budować samego sposobu wakuinacji; to, ogólne samopoczucie, reakcyja miejscowa, wreszcie badanie na *index bactericid* surowicy (stopień rozcieńczenia surowicy krwi, przy którym bakterye dane giną, nie dając rozrostu przy posiewach) zastąpiły mi ją w zupełności.

Przechodzę do techniki wszystkich tych zabiegów bakteryologicznych sero-dyagnostycznych i terapeutycznych. Szczegóły znajdzie każdy w odpowiednich najnowszych podręcznikach, ewentualnie pracach, których tytuły przytoczyłem. Specjalnie zwracam uwagę jedynie:

1) ażeby przy badaniu bakteryologicznem żółci wyraźnie starać się ustalić, czy obok *bact. coli commune* niema dodatkowej infekcyi; w razie mieszanej infekcyi badanie wykonywać kilkakrotnie w odstępach czasu od 8—10 dni;

2) ażeby próbę surowicy krwi na *index bactericid*. wykonywać z kolonią otrzymaną z dróg żółciowych leczonego chorego; przy rozcieńczeniach dla ujednostajnienia obserwacyi trzymać się następującej tablicy²⁾: [p. tabl. na str. n.].

A=0,1	serum + 0,4 NaCl = 0,5
B=0,05	A + 0,2 NaCl = 0,25
C=005	B + 0,2 NaCl = 0,25

3) ażeby przy próbach na aglutynacyę trzymać się tejsze zasady, korzystając z następującej tablicy:

A=0,1	ser + 0,9 NaCl
B=0,1A	+ 0,9 NaCl

4) ażeby do wakuinacji używać standardyzowaną wakuinę; mianowicie po 3-godzinnej wannie przy 60°C zwykłą emulsyę z kultury bakterji wyosobnionej zmieszać z normalną krwią o określonej liczbie czerwonych ciałek krwi; przez

¹⁾ Terapeutyczneskoje prymienienie wakuiny dla leczenia bakteryjnych zarażeńj. Tłóm. ros. Wraczeb. Gaz. 1908 Nr 37.

²⁾ Według dra SERKOWSKIEGO.

№	Serum	NaCl 0,9%	Komplement	Bakterye	Titr-serum quant-absol.	
1	0,1 Ser	1,6	}	1 uszko kul- tury + 3	0,1	
2	0,3 A	1,4		uszka buljonu	"	0,06
3	0,1 A	1,6		"	"	0,02
4	0,05 A	1,65		"	"	0,01
5	0,15 B	1,55		0,3	"	0,006
6	0,05 B	1,65		"	"	0,002
7	0,15 C	1,55		"	"	0,0012
8	0,05 C	1,65		"	"	0,0004
9	0,02 C	1,68		"	"	0,0016
10	0,1 Ser	1,9	0	"	} Kontrola	
11	0	1,7	0,3			
12	0	2,0	0			
13	0,1 Ser	1,7	0,3	0		

№	Solutio	Serum	Na Cl	Emuls. bact.
1	1 : 10	0,05 Ser	0,35	0,1 CCm.
2	1 : 20	0,25 A	0,15	"
3	1 : 40	0,125 A	0,275	"
4	1 : 50	0,1 A	0,30	"
5	1 : 80	0,06 A	0,34	"
6	1 : 125	0,4 B	0	"
7	1 : 250	0,2 B	0,2	"
8	1 : 500	0,1 B	0,3	"
9	Kontrola	0	0,4	"

porównanie liczby bakteryi oraz tych ciałek w kilku polach widzenia łatwo będzie określić liczbę bakteryi na 1 ctm. sz. wakcyny; najlepiej jest przygotować wacynę o sile 50,000,000 w 1 ctm. sz. przez odpowiednie rozcieńczenie oraz dodanie $\frac{1}{4}$ ‰ lizolu.

Pozostaje przytoczenie historii chorób w tych przypadkach, które podległy specyficznemu leczeniu wacyną *anti* B. C.

S p o s t r z e ż e n i e I. Chora C. KUNOWSKA ORLAŃSKA lat 43, przy mężu, zamężna od 20 lat, od $3\frac{1}{2}$ lat znajdowała się w ciągłej kuracji skutkiem cierpienia dróg żółciowych. Bole w pierwszym okresie występowały naprzód co kilka miesięcy, później tygodni; bywały wymioty, oraz lekka chroniczna żółtaczka. W październiku 1908 roku skutkiem rady lekarzy w Białymstoku udała się do Berlina do kliniki prof. KAREWSKY'ego; tutaj 19/X 1908 „wegen schwerer eitriger Cholecystitis mit Steinverschluss des Choledochus“, miano jej dokonać *choledochotomiam*, lecz wykonano jedynie *cholecystostomiam* z sączkowaniem. Po 14-u tygodniach wypisaną została z kliniki bez zagojonej przetoki; po 20-tu tygodniach od operacji po raz pierwszy zagoiła się przetoka; kał żółty; w kilka dni po zamknięciu się przetoki chora zaczęła znów niedomagać; bole, od czasu do czasu dreszcze, lekka żółtaczka, ogólne niedomaganie, wreszcie po 10-u tygodniach przetoka sam otworzyła się na zewnątrz, poczem nastąpiła ulga. Po 4-ch dniach ponowne zamknięcie się przetoki; pierwsze 6 dni chora czuła się znośnie, potem wystąpiły znów poprzednie objawy; po miesiącu, jak w pierwszym razie, znów nastąpiło otwarcie przetoki. Tak z przerwami od 1—3-ch miesięcy zamykanie i przy ostrych objawach otwieranie przetoki powtarzało się 4 razy. Ostatni raz obserwowałem je osobiście w marcu 1910, gdy chora zapisała się do szpitala Ś-go Rocha w Warszawie na oddział chirurgiczny dra KJEWSKIEGO. W kwietniu 1909 r. prof. KAREWSKY, który chorą operował, uważał ten przypadek już za nieuleczalny. „*Sollte in etwas 3 Monaten noch reichliche Gallensecretion bestehen, so empfiehlt Ihnen Herr Prof. KAREWSKI [pisał asystent tegoż dr MARCUSE] einen Apparat machen zu lassen, der in die Fistelöffnung eingeführt wird und die Galle in ein am Körper zu tragendes Reservoir führt, nach Art eines Urinals.*“

Chora wzrostu średniego, miernej budowy i odżywienia; w płucach, ani w sercu żadnych zmian nie znaleziono; moc nie zawiera ani cukru, ani białka; barwników żółciowych mało. Wątroba cokolwiek powiększona; w okolicy pęcherzyka żółciowego blizna gwiaździsta (śląd cięcia równoległego do łuku żebrowego w odległości 2—3-ch ctm. od tegoż); w jej górnej części otwór, prowadzący do kanału—pęcherzyka żółciowego wszytego; kanał ten gwałtownie się rozszerzał, tworząc jamę wielkości kurzego dużego jaja; z otworu tego wydzielała się żółć mało przezroczysta; kał zlekką tylko zabarwiony; niewielka żółtaczka; chora nie gorączkuje (T. do 37,2° max.). Po 5-u dniach przetoka się zablizniła; jednak już na drugi dzień chora uczuła nadzwyczaj silne bole, kał pozostał jasnym; T. dochodziła do 38,2°. Pomimo zastosowania kompresów, morfiny, soli karlsbadzkiej stan chorej się nie poprawiał; czwartego dnia z rana przetoka otworzyła się znów, przyczem wylała się wielka ilość żółci mętnej.

Po 3-ch dniach, po założeniu drenu gumowego, wszystkie objawy znikły; chora czuła się zupełnie dobrze. Żółci wydzielano się dziennie od 800—1200 ctm. sz.

Badanie bakteryologiczne wykazało obecność *bacterii coli communis* (I badanie 6-go dnia po otwarciu przetoki). Reakcja na aglutynację przy rozcieńczeniu $\frac{1}{60}$.

Z wyosobnionej kultury przygotowano wakcyne o sile 50,000,000 w 1 ctm. sz. Zaczęto wakcyzację 17 marca.

1) 17. III. I *Inj. vacc. anti BC* 20,000,000; rano 11 godzina t° 36,4 $^{\circ}$; stan normalny; południe 3 godzina t° 37,6 $^{\circ}$; bez zmian; wieczorem 7 godzina t° 39,8 $^{\circ}$; dreszcze, ogólny niepokój; ból głowy; w nocy dreszcze.

18. III. rano t° 37, 6, ogólne osłabienie, ból głowy; 12 południe 37,2 $^{\circ}$ wieczorem 37,4 $^{\circ}$.

19. III. rano t° 36,8, południe 36,7 $^{\circ}$, wieczorem 37,0 $^{\circ}$.

2) 22. III. II *inj. vaccinae* 20,000,000; 11: rano 36,5 $^{\circ}$, stan normalny; żółć wydziela się jak uprzednio; nieprzezroczysta; 3 południe—38,1 $^{\circ}$, wieczorem 39,1 $^{\circ}$; dreszcze, ból głowy; w nocy dreszcze, poty.

23. III. rano t° 37,5 $^{\circ}$; ból głowy; południe 36,8 $^{\circ}$, wieczorem 37,2 $^{\circ}$.

24. III. t° norm.; *titr. bactericid* 5; *bact. coli commune* choć nie tak obficie wzrasta jednak na posiewach wyraźnie.

3) 27. III. III *inj. vaccinae* 40,000,000; t° 36,6,—37,9—38,6; w nocy dreszcze, ból głowy.

22. III. powrót do normy; żółci 200; kał żółty; chora uważa, że jej się poprawia apetyt.

4) 1. IV. IV *inj. vaccinae* 50,000,000; t° 36,5—38,0—38,4; w nocy dreszcze, ból głowy.

2. IV. powrót do normy.

5) 9. IV. V *inj. vaccinae* 50,000,000; t° 36,7—37,5—38,1; ogólne osłabienie, ból głowy.

10. IV. powrót do normy; *bact. coli commune* występuje; postronnej infekcji niema.

6) 16. IV. VI *inj. vaccinae* 100,000,000; t° 36,9—37,9—38,4; w nocy dreszczy nie było; ból głowy.

17. IV. powrót do normy.

7) 27. IV. VII *inj. vaccinae* 100,000,000; t° 37,1—37,9—37,4; stan ogólny dobry.

18. IV. powrót do normy; żółć przezroczysta; kał zabarwiony częściowo.

8) 2. V. VIII *inj. vaccinae* 150,000,000; t° 36,8—38,2—37,4; w nocy dreszcze.

3. V. powrót do normy; *titr. bactericid* 7—8.

9) 10. V. IX *inj. vaccinae* 50,000,000 t° 36,6—37,4—35,8 (rano).

11. V. powrót do normy; żółć jałowa: posiewy nie dały żadnych wyników.

10) 23. V. X *inj. vaccinae* 50,000,000; t° 36,8—37,5—37,0; stan zadowalający.

24. V. powrót do normy.

Wobec jałowości żółci sączek usunięto, a codziennie zakładano tylko wązki pasek gazy; gdy po 10-u tygodniach zbadano znowu żółć, ta okazała się jałową; w obec tych danych postanowiono zeszyście pęcherzyka.

2. IX. 1910 w uśpieniu chlorowormowem w szpitalu Dz. Jesus dr KIJEWski otworzył jamę brzuszłą. Tak w pęcherzyku, jak i w drogach żółciowych kamieni nie było. Po oddzieleniu obszernych zrostów z kiszkaami pęcherzyk żółciowy wyseparowano, przednią ścianę jego wraz z przetoką wycięto; szew na pozostałą część. Przebieg pooperacyjny idealny. Ciepłota nie podniosła się wyżej 37,3°, raz jeden na drugi dzień po operacyi dosięgła 37,7°. Zagojenie się rany nastąpiło bardzo szybko. Chora czuje się znakomicie; nie ma żadnych bólów; całe ciało jej jak mówi chora, „wybielało”. (Demonstracya chorej).

S p o s t r z e ż e n i e II. Kunegunda Z. chora lat 43, żona szewca; rodziła 6 razy, ostatni raz 4 lata temu; od 5-u lat cierpi na napady kolki wątrobowej—bole w okolicy wątroby, wymioty, żółtaczka przemijająca; guz w prawem podżebrzu, opuszczający się do wysokości pępka, ruchomy. Napady powtarzały się co kilka miesięcy; przez ostatnie 4 miesiące ciągle czuje się niedobrze. Przybyła do szpitala Ś-go Rocha 23-go stycznia 1910 r.

Chora wzrostu średniego, niezłej budowy i odżywienia; w dzieciństwie przeszła odrę i szkarlatynę; w 16-ym roku pierwsza miesiączka; peryody dawniej regularne; obecnie od 4-ch miesięcy peryodu niema (*climax?*); w płucach i sercu nic nienormalnego nie znaleziono; w moczu białka i cukru niema; wątroba powiększona, przy omacywaniu bolesna; pęcherzyk żółciowy powiększony, wyczuć się daje przez powłoki brzuszne, również bolesny. T. 37,6°. Tętno 78.

Rozpoznano *cholecystitis calculosa*. Chora chętnie zgodziła się na operacyę, gdyż napady bólów w ostatnich czasach znacznie się zwiększyły i czyniły ją niezdolną do żadnej pracy.

1. II 1910 r. dr KIJEWski wykonał operacyę. W uśpieniu chloroformowem cięciem poprzecznem, niemal równoległem do łuku żebrowego otworzono jamę brzuszłą. Pęcherzyk żółciowy powiększony, zrosnięty z *omentum* i *colon transversum*. Zrosty oddzielono; w szyjce pęcherzyka i samym pęcherzyku wyczuło kamienie; *ductus cysticus et choledochus* nie wykazywały żadnych stwardnień; po otworzeniu pęcherzyka wypuszczono około 200 ctm. sz. cuchnącej zmieszanej z żółcią ropy, oraz wyjęto 4 kamienie. Wobec znacznych zmian w ścianach pęcherzyka i owrządzenia błony śluzowej, cały pęcherzyk aż do *ductus cysticus* wycięto; przewód pęcherzykowy wszyto do rany brzusznej, zakładając tym sposobem przetokę żółciową.

Pierwsze badanie bakteryologiczne dokonano 6-go dnia po operacyi; żółć mętna; dziennie wydziela się około 900 ctm. sz.; posiewy wskazały na obecność jedynie *bact. coli commune*, których wzrost na niektórych pożywkach (płytki endo) wykazywał większą żywość i rozrost w stosunku do zwykłych *bact. coli* [wziętych z kiszek dziecka]. Reakcyja na aglutynacyę przy rozcieńczeniu $\frac{1}{50}$.

Z wyosobnionej kultury przygotowano wakcyne *anti BC*. o sile 50,000,000 w 1 ctm. sz.; zaczęto wacynować 17 marca 1910 r.

1) 17. III. 1910; I *inj. vacc. anti BC* 20,000,000; rano 11 godzina: t° 36,9. stan normalny; 3 godz. pp.—38,1°, ogólne niedomaganie, 7 wieczór—40,1°; dreszcze, ogólny niepokój, ból głowy. W nocy dreszcze.

18. III, 1910 t° 37,8—37,2—37,4; ogólne osłabienie; żółć wydziela się w zwiększonej ilości, mętna (osad szybko osiada).

19. III. 1910 t° 36,7—36,7—37,1—powrót no normy. *Tit. bactericid*—4.

2) 20. III. 1910; II *inj. vaccinae* 20,000,000; t°: 36,8—38,2—39,5; dreszcze, ból głowy; w nocy dreszcze, silne poty.

23. III. 1910 t° 39,9—36,9—37,4—powolny powrót do normy; żółć mętna; posiewy wykazują obecność w wielkiej ilości *bact. coli comm.*

3) 29. III 1910; III *inj. vaccinae* 20,000,000; t° 36,4—37,2—37,8—ogólna reakcja słaba; żółci wydziela się około 600 ctm. sz. specjalnie tylko nocą około godziny 3—6; żółć mętna.

30. III. 1910; powrót do normy.

4) 8. IV. 1910; IV *inj. vaccinae* 50,000,000; t° 36,8—37,4—38,1; wieczorem lekkie dreszcze, ból głowy; naogół chora czuła się dobrze.

9. IV. 1910 t° 36,7—35,9—37,1; żółci wydziela się mało; chora skarży się na rozwolnienie.

10. IV. 1910 t° 36,4—36,4—36,7; powrót do normy.

5) 27. IV. 1910 badanie bakteryologiczne żółci z 3 posiewów jedynie w jednym wykazały obecność *bact. coli comm.*

Inj. vaccinae 100,000,000; t° 36,7—37,1—37,8; ogólne samopoczucie dobre; żółć przezroczysta. W nocy dreszcze.

28. IV. 1910 powrót do normy, t° 36,7—36,6—36,8.

6) 2. V. 1910. VI; *inj. vaccinae* 100,000,000; t° 36,9—36,8—37,2; żadnych objawów silniejszych chora nie konstatowała; żółć jałowa.

3. V. 1910 powrót do normy t° 36,8—35,9—36,9. Rana w okolicy przetoki niewielka, czysta, bez zaczerwienienia.

5. V. 1910. Żółć wydziela się przezroczysta. *Tit. bactericid* 7; posiewy nie dają żadnych wyników. Postanowiono dążyć do zamknięcia przetoki; w 3 tygodnie badano żółć i zmian nie skonstatowano. Przetoka zamknęła się 14. VI. 1910 roku. Chorą przetrzymano jeszcze pod obserwacją 2 tygodnie; żadnych ani miejscowych, ani ogólnych zmian nie skonstatowano.

Chore są pod dalszą obserwacją.

Rozumiem, iż przytoczone przypadki nie mogą służyć za podstawę do ostatecznych wywodów. Nie wyprowadzam ich też obecnie; uczyni to krytyczna obserwacja dalsza po drodze, którą uważam za wytkniętą.

Są jednak zasadnicze wnioski, jakie na podstawie wszystkich wyżej przytoczonych przesłanek, obserwacji i badań klinicznych wpływają same przez się. Wnioski te poddaję pod rozpatrzenie Szanownych Panów Członków Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie w r. b. Brzmia one:

a) każdy zabieg operacyjny, bez kategoriycznych danych o jałowości żółci, winien być wykonany tak, ażeby możliwem było zastosowanie sącz-

kowania; żółć otrzymana z przetoki żółciowej, winna być zbadaną bakteriologicznie przynajmniej w 2-u odstępach czasu: pierwszy raz między 4—10-ym drugi między 15 — 18-ym dniem, a to celem ustalenia charakteru infekcyi;

b) po ustaleniu charakteru infekcyi przy drugim badaniu bakteriologicznem, poza zwykłym drenowaniem wskazane jest uodpornienie organizmu za pomocą szczepienia pojedynczej wakcyny (gdy mamy do czynienia z pojedynczą infekcją) lub mieszanej (gdyby ta nie ustępowała); wakcyna — najlepiej z kultur, wziętych od chorego osobnika, (autohomogenna) lub z kultur od innego chorego, lecz jedynie z dróg żółciowych tegoż (heterohomogenna); specjalnie dotyczy to wacyń z *bac. coli commune* (*vacc. anti BC.*).

c) jałowość żółci — to wskazanie do zaprzestania drenowania; podniesienie się *index bactericid.* przy jałowości żółci — to kres wacyńcacji (ewentualnie kontrola z *index opsonicus*).

Wakcyna *anti B C*, przygotowana przeze mnie z kultur tej bakteryi wprost z dróg żółciowych człowieka, znajduje się obecnie w specjalnie przygotowanych ampulkach w pracowni Tow. Lekarskiego. Pragnący czynić doświadczenia w szpitalach nad wacyńą *anti B C* heterohomogenną, mogą otrzymać ją bezinteresownie.

W zakończeniu czuję się w obowiązku złożyć publiczne podziękowanie Warszawskiemu Tow. Lekarskiemu za umożliwienie mi dokonania wyżej przytoczonej pracy w jego pracowni; specjalnie kierownikowi tejże drowi SERKOWSKIEMU oraz drowi FR. KIJEWSKIEMU, ordynatorowi oddziału, na którym dokonałem klinicznych obserwacyi, wyrażam najgłębszą wdzięczność za naukowe kierownictwo i prawie współpracę.

Warszawa we wrześniu 1910 r.

VIII. W SPRAWIE LECZENIA ROZSZERZEŃ ŻYLNICH KOŃCZYNY DOLNEJ.

Podał

Z. Sławiński.

Utarło się u nas przekonanie, że leczenie operacyjne rozszerzeń żylnych kończyny dolnej usuwa dolegliwości na stałe, zapewnia możność ciężkiej pracy, a nie naraża przytem na szwank życia chorego. Zamiarem jest moim wykazać, że w rzeczy samej sprawa ma się inaczej, przedtem jednak chciałbym zwrócić uwagę na niezbędnosć ustalenia terminologii w danym względzie. Rozszerzenia żylna lub żyłakowatość (*phlebectasis, varicositas*) jest nazwą zbiorową dla całej sprawy i tą tylko należałoby się posiłkować, zamiast używania określenia — żyłaki (*varices*), oprócz bowiem tego rodzaju rozszerzeń żylnych rozróżniamy nadto rozszerzenia cylindryczne oraz węzowate (*cirsoidea*).

Największem rozpowszechnieniem i uznaniem w leczeniu rozszerzeń żylnych kończyny dolnej cieszy się operacja TRENDELENBURGA, jako zabieg najprostszy, a zarazem podstawowy. Według TRENDELENBURGA wzmózone ciśnienie krwi wywołuje oprócz rozszerzenia żył niesprawność ich zastawek. Przy umiarkowanym rozszerzeniu żyły i czynnych jeszcze zastawkach żyła jest niejako rozdzielona przez nie na segmenty i w ten sposób zmniejszone zostaje ciśnienie krwi. W miarę dalszego rozwoju rozszerzenia przestają się domykać zastawki w pniu żyły odpiszczelowej podskórnej (*v. saphena interna*), a ponieważ w żyłach biodrowej i głównej niema zastawek, przeto według TRENDELENBURGA na ścianę rozszerzonej żyły ciśnię wtedy cały słup krwi, aż do poziomu serca, powodując dalsze jej wypuklanie.¹⁾ Przekonywać ma o tem naocznie następujące doświadczenie, nazywane niekiedy klasycznym (t. zw. *Trendelenburgsche Druckversuch*). Jeżeli leżącemu choremu podnieść nogę do pionu i po zapadnięciu się żylakowatości ucisnąć palcem uwydatniający się (poprzecznie) pień żyły odpiszczelowej na udzie, wtedy przy ciągłym ucisku pnia rozszerzenia żyłne nie wypukną się zrazu nawet na opuszczonej na dół kończynie, lecz nastąpi to zwolna i w mniejszym niż poprzednio stopniu; z chwilą odjęcia palca rozszerzenia uwydatnią się po dawnemu. Z doświadczenia powyższego ma wynikać, zdaniem TRENDELENBURGA, powtarzanem we wszystkich podręcznikach, że krew, wypełniająca w zwykłych warunkach żylakowatości żyły odpiszczelowej napływa tylko w nieznacznej ilości z naczyń włoskowatych kończyny, przeważnie zaś jest to krew wracająca z żyły biodrowej i głównej. Według obrazowego określenia tego autora, rozszerzony pień żyły odpiszczelowej zachowuje się jak jedno z ramion ujścia rzeki: napełnienie jego zależy więcej od wysokości wody w morzu niż od napływu wody z góry rzeki.

Na tych przesłankach teoretycznych opiera się zabieg TRENDELENBURGA, uważany powszechnie za przyczynowy rodzaj leczenia danej sprawy, a mianowicie podwiązanie i przecięcie żyły odpiszczelowej podskórnej na udzie. Zdaniem mojem, doświadczenie powyższe nie świadczy bynajmniej o istnieniu nadmiernego ciśnienia krwi w żyłach rozszerzonych wskutek napływu krwi z położonych wyżej pni żylnych, lecz przekonywa raczej, że własności fizyczne ściany żylny uległy zmianom wyraźnym.

Zaznaczyć należy, przedewszystkiem, że żylakowate naczynia podskórne, przebiegające w kierunku żyły odpowiedniej na wewnętrznej powierzchni kończyny, bardzo rzadko powstają na samym pniu danej żyły i mylnie są za takie po-czytywane. Rozszerzenia umiejscawiają się przeważnie na licznych dopływach podskórnych żyły odpiszczelowej, częstokroć na pewnym tylko odcinku danego dopływu, pozostała zaś część dopływu, przylegająca do pnia, jak również sam pień żyły odpiszczelowej, nie ulega wyraźnym zmianom. Badania moje, przed 8-u laty ogłoszone, wykazały, że zmiany żylakowate na dopływach powstają zupełnie niezależnie od stanu samego pnia żyły odpiszczelowej; że sam pień ulega rozszerzeniu stosunkowo rzadko i że przeciwnie bywa on częstokroć zwężony, gdy na jego do-

¹⁾ Francuscy badacze (Delbet, Rémy) określają to jako „varices à reflux cardiaque“.

pływach uwydatniają się rozszerzenia. Najciekawszym wszakże w danym razie jest wynik poszukiwań moich co do zastawek. Dowodzą one, że na dotkniętej żyłakowatością kończynie liczba zastawek może być większa, niż na przeciwległej, zdrowej nodze; i nawet na bardzo rozszerzonym pniu żyły odpiszczelowej istnieje zawsze w jej ujściu jedna, a częstokroć dwie pary sprawnych zastawek; rozszerzone dopływy posiadają w rzeczy samej bardzo mało zastawek. Dane te świadczą, że tak u osobnika zdrowego, jak u dotkniętego żyłakowatością zastawki mogą spełniać swą czynność, i że nie od ich liczby lub sprawności zależy wypuklanie się rozszerzeń żył podskórnych. W późniejszych okresach istnienia tej sprawy chorobowej zmniejsza się kurczliwość ściany żyłnej i te anormalne własności sprawiają, że żyła o ścianie niesprężystej uwydatnia się wskutek biernego wypełnienia przez krew przepływającą podczas stania oraz opróżnia i zapada również biernie na uniesionej pionowo kończynie.

Jasną jest tedy rzeczą, że podwiązanie rozszerzonego żyłakowato dopływu, a nawet pnia żyły odpiszczelowej w jednym lub kilku miejscach i stworzenie tym sposobem sztucznej zastawki według TRENDELENBURGA nie może wrócić normalnych własności ścianie żyłnej i nie usunie zmian żyłakowatych na rozmaitych dopływach tejże żyły; rozszerzenia „wznawiać się“, a właściwie trwać będą pomimo wykonania powyższego zabiegu, czego dowodzą coraz liczniejsze, zwłaszcza zaś dłuższe spostrzeżenia. Trzeba tu dodać, że TRENDELENBURG zalecał swój sposób w przypadkach ograniczonej żyłakowatości. Z tem zastrzeżeniem zrozumiałym się staje pomyślny wynik tego zabiegu: jeżeli bowiem dana rozszerzona żyła podwiązana zostanie i w ten sposób przerwany zwykły tor krążenia, krew odpływać będzie innemi drogami przez żyły zespolone lub głębokie i zmniejszy się przeto wypełnienie żyły rozszerzonej, stanie się ona niewidoczną, a żyłakowatość będzie w ten sposób wyleczona. — Nie można wreszcie uważać tego sposobu za zgoła niewinny, znane są bowiem przypadki zakrzepu centralnego odcinka podwiązanego żyły oraz następnych zatorów u ludzi wiekowych.

Podstawa rozumowa metody TRENDELENBURGA stała się punktem wyjścia dla wielu innych sposobów operacyjnych, dążących również do przerwania drożności żył rozszerzonych, że wymienię: cięcie koliste powyżej kostek; także cięcie pod kolanem lub na udzie powyżej kolana; mniej lub więcej liczne podwiązania pnia żyły odpiszczelowej na udzie i goleni; cięcia spiralne oraz podłużne na goleni. I tutaj obszerniejsza statystyka wykazuje liczne wznowy. Wyliczone zabiegi nie zmieniają, rzecz prosta, podłoża, na którym powstały rozszerzenia i stąd muszą być zaliczone do szeregu środków tylko paliatywnych. Nie można również uznać za leczenie przyczynowe jeszcze jednego sposobu operacyjnego leczenia żyłakowatości, a mianowicie doszczętnego ich wyluszczenia, gdyż i potem powstają niekiedy rozszerzenia innej grupy żył podskórnych; a nadto sposób powyższy jest wykonany tylko na ograniczonych rozszerzeniach.

Z powyższej oceny podstaw leczenia operacyjnego wyniku przede wszystkim konieczność wybrania wskazań operacyjnych dla poszczególnych postaci klinicznych żyłakowatości. Najtrwalej co do skutku dają się usuwać ograni-

czone rozszerzenia poszczególnych żył t. zw. *forme circonscrite ou paquets variqueux* i to zapomocą całkowitego wyłuszczenia, zwłaszcza gdy sprawa dotyczy osobników w wieku średnim. Odpowiednim będzie również zabieg powyższy wobec zmian na obu kończynach, lecz wyraźnie co do przestrzeni ograniczonych, tudzież wobec poszczególnych żyłaków, bolesnych lub ulegających łatwo krwotokom. Za zupełnie wyłączone uważać należy natomiast wszelkie zabiegi operacyjne w najbardziej niestety dokuczliwej postaci żyłakowatości kończyny dolnej, a cechującej się rozszerzeniem drobnych żył skórných z mniej lub więcej wydatnym obrzękiem oraz następczemi zmianami skóry, w t. zw. *cyanose variqueuse, variété bleue*.

Nie mogę już wchodzić w ocenę wartości i potrzeby zabiegów operacyjnych do leczenia owrzodzeń goleni; poprzestanę na zaznaczeniu, że w tem cierpieniu osiągnąć można środkami paliatywnymi lepsze wyniki, niż w rozszerzeniach żylnych. W ściśle wybranych przypadkach żyłakowatości operacja (wyłuszczenie) usuwa pewne dolegliwości oraz źródło niebezpieczeństwa, zwykle jednak nie zwalnia chorego od dalszej troski o swe żyły i dlatego też kierować się należy tu oględnością w rokowaniu i mniejszą pochopnością do operowania.

Program Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie

1910 r.

POSIEDZENIE I.

(Czwartek 6 października od g. 9 — 1 w południe).

1. Prof. KOSTANECKI (Kraków). O położeniu wyrostka robaczkowego i jego fałdach otrzewnej ze stanowiska historii rozwoju.
2. Prof. CIECHANOWSKI i prof. GLIŃSKI (Kraków). Topografia wyrostka robaczkowego.
3. I. Temat programowy: Leczenie zapaleń ostrych wyrostka robaczkowego.
Sprawozdawcy: prof. RYDYGIER (Lwów) i prof. KADER (Kraków).
4. Prof. ZIEMACKI (Petersburg). W sprawie etyologii zapaleń wyrostka robaczkowego.
5. P. SŁĘK (Przemyśl). Zapalenie ostre wyrostka robaczkowego.
6. P. BRONIATOWSKI (Kraków). *Appendicitis gangraenosa* wśród porodu.
7. P. ODERFELD (Warszawa). Zapalenie wyrostka robaczkowego w worku przepuklinowym.

POSIEDZENIE II.

(Czwartek 6 października od godz. 2 $\frac{1}{2}$ —6 po południu).

8. P. SZUMAN (Toruń). Wyniki operacji przepuklin pachwinowych u dzieci.

9. P. JEDŁĘKA (Lwów). O przeszczepianiu mięśni w przypadkach przepuklin rozległych.
10. P. RECHNIOWSKI (Suwałki). Przypadek uwięźnienia przepukliny pachwinowej w worku wodniaka jądra.
11. P. HEADLIJ (Kraków). Operacja przepukliny udowej.
12. P. BURSCHE (Warszawa). O przepuklinie nadbrzuszej.
13. Prof. KRYŃSKI (Warszawa). Modyfikacje w operacjach doszczętnych przepuklin pachwinowych.
14. P. RECHNIOWSKI (Suwałki). Przypadek obecności macicy szczątkowej w worku przepukliny pachwinowej.
15. P. MARCINKOWSKI (Piotrków). Dwa przypadki uwięźnienia wstecznego jelit cienkich.

16. P. ŁAZAREWICZ (Poznań). O zamknięciu dwunastnicy pooperacyjnym.
17. P. A. RYDYGIER (Lwów). Uwagi nad postępowaniem wobec nowotworów esicy i odbytnicy.
18. P. OSTROWSKI (Lwów). O gruźlicy kątnicy.
19. P. PERIJS (Łódź). Przypadek guza zapalnego *flexurae lienalis coli*.
20. P. A. RYDYGIER (Lwów). O zakładaniu odbytu sztucznego w kształcie syfona sposobem L. RYDYGIERA.
21. P. OSTROWSKI (Lwów). Przedstawienie okazu mięśniaka odbytnicy.
22. P. KACZURBA (Przemyśl). O leczeniu wypadnięcia odbytnicy sposobem SICK'a.
23. P. COHN (Łódź). Przyczynek do kazuistyki *ileus paralyticus*.
24. Prof. KADER (Kraków). Postępowanie w przypadkach guzów i gruźlicy kiszki grubej.
25. P. DOBRUCKI (Lublin). Przyczynek do patologii i chirurgii wgłobień jelit.
26. P. KIJEWSKI (Warszawa). O zapaleniu uchyłka MECKEL'a.
27. P. DOBROWOLSKI (Warszawa). Wycięcie pierwotne kiszki grubej w przypadkach nowotworu.
28. P. ODERFELD (Warszawa). O postaci zgorzelinowej skręcenia esicy.
29. P. KRAKOWSKI (Warszawa). O skręceniu esicy.
30. P. SKABOWSKI (Warszawa). Przyczynek do leczenia krwawnic sposobem JONNESCU.
31. P. BURSCHE (Warszawa). Polipowatość odbytnicy.
32. P. KRAUZE (Warszawa). Przyczynki do patologii przydatków sieciowych.
33. P. TUCHENDLER (Warszawa). Rectoromanoscopia i jej zastosowanie kliniczne.
34. P. LEYZEROWICZ (Warszawa). Zgorzel samoistna zatok kulszowo-odbytnicznych.
35. P. HINCZ (Warszawa). Postępowanie operacyjne w przypadkach *pericolitis i perisigmoiditis*.
36. P. WERTHEIM (Warszawa). W sprawie leczenia przetok kałowych.
37. P. GARSZYŃSKI (Warszawa). O leczeniu wypadnięcia odbytnicy.
38. P. FAYTT (Warszawa). O leczeniu przetok odbytnicy.

39. Prof. KRYŃSKI (Warszawa). Stwardnienie krezki (*mesenteritis fibrosa*), jako postać kliniczna.

POSIEDZENIE III.

(Piątek 7 października od godz. 9-ej—1 w południe).

40. Prof. CYBULSKI i p. EIGER (Kraków). O elektrokardiogramach przy rozmaitych rodzajach narkozy.
41. II temat programowy: Współczesne sposoby znieczulania. Sprawozdawca: prof. KRYŃSKI (Warszawa).
42. Prof. KADER (Kraków). O znieczulaniu lędźwiowem.
43. P. KACZURBA (Przemyśl). O znieczulaniu lędźwiowem.
44. P. GOLDBERG (Łódź). Spostrzeżenia nad znieczulaniem lędźwiowem.
45. P. SŁAWIŃSKI (Warszawa). O znieczulaniu miejscowem.
46. Prof. KADER (Kraków). O postępowaniu w razie *syncope* serca podczas uśpienia.
47. P. JEDLIĆKA (Lwów). Wpływ mięsienia bezpośredniego na korę mózgową.
48. P. KOPCZYŃSKI (Warszawa). W sprawie wskazań do trepanacyi paliatywnej w cierpieniach mózgu.
49. P. HIGIER (Warszawa). O zabiegach chirurgicznych w cierpieniach przewlekłych opon mózgu i rdzenia.
50. P. RAUM (Warszawa). Z dziedziny chirurgii mózgu.
51. P. ROTBERG (Warszawa). Przyczynki do mięsaków opony twardej.
52. P. SAWICKI (Warszawa). Leczenie objawów uciskowych rdzenia w gruźlicy kręgosłupa.
53. P. A. RYDYGIER (Lwów). Badania doświadczalne nad wycinaniem *ganglion stellatum*.
54. P. A. ZAWADZKI (Warszawa). Przyczynki do chirurgii zwoju GASSERA.
55. P. WERTHEIM (Warszawa). O leczeniu operacyjnem porażen nerwu twarzowego.
56. P. OSTROWSKI (Lwów). O przeszczepianiu naczyń.
57. P. A. ZAWADZKI (Warszawa). W sprawie szwu naczyń krwionośnych.
58. P. W. STANKIEWICZ (Warszawa). O leczeniu mięsaków, nie nadających się do operowania.
59. P. KIJEWSKI (Warszawa). Wyniki leczenia nowotworów złośliwych za pomocą fulguracyi.
60. P. SOLMAN (Warszawa). O sposobach, uzupełniających leczenie chirurgiczne nowotworów z demonstracją elektrokoagulacyi.
61. Prof. ZIEMACKI (Petersburg). O powstawaniu ropni zimnych w gruźlicy stawów i kości.
62. P. ZALESKI (Płock). W sprawie leczenia ropni zimnych.
63. P. KACZYŃSKI (Warszawa). Badanie doświadczalne nad promienicą.
64. P. KIZLER (Warszawa). Symbioza laseczników gruźliczych z innymi drobnoustrojami (praca doświadczalna).
65. P. ŻURAKOWSKI (Warszawa). Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem promienicy siarczanem miedzi.
66. Prof. CHLUMSKY (Kraków). Wyniki leczenia za pomocą diatermii.
67. P. JAKIMIAK (Warszawa). O stosowaniu pasty bizmutowej Beck'a.
68. P. BIEHLER (Warszawa). Metale-fermenty i zastosowanie ich w chirurgii.

POSIEDZENIE IV.

(Piątek 7 października godz. 2¹/₂ — 6 po poł.).

69. Prof. ROSNER (Kraków). O wyluszczeniu włókniaków wśród doszczętej myotomii.
70. P. FALGOWSKI (Poznań). O korzyściach operowania drogą pochwową.
71. Prof. ROSNER (Kraków). Dwa przypadki ciąży brzusznej.
72. P. RADWAŃSKA (Kraków). O mięśniach więzów obłych.
73. P. NOWOTNY (Kraków). *Aneurysma venosum parametrii et paracolpii.*
74. P. JAWORSKI (Warszawa). Krwotoki maciczne natury syfilitycznej oraz wartość ich leczenia operacyjnego.
75. P. MONSIORSKI (Warszawa). Kombinacje nowotworów w narządach płciowych kobiety.
76. P. NEUGEBAUER. (Warszawa). W sprawie ciąży pozamacicznej.
77. P. CZARKOWSKI (Warszawa). Leczenie ropni otrzewnej, powikłanych przetokami kiszkowymi i pęcherzowymi, powstałych na tle schorzeń przydatków macicznych.
78. P. CZERWIŃSKI (Lublin). Statystyka przetok pochwoowych, operowanych w szpitalu św. Wincentego w Lublinie w r. 1895—1910.
79. P. Cz. STANKIEWICZ (Warszawa). Przedstawienie preparatów anatomicznych.
80. Prof. RYDYGIER (Lwów). O wycinaniu sterczu (*prostatectomia*).
81. P. MINCER (Warszawa). W sprawie wycinania sterczu.
82. P. GROSLIK (Warszawa). O leczeniu doszczętnem przerostu gruczołu krokowego sposobem FREYERA.
83. P. GROSLIK (Warszawa). W sprawie wycinania sterczu w przypadkach zaniku sterczu.
84. Prof. KRYŃSKI (Warszawa). W sprawie leczenia *prostatismus sine hypertrophia*.
85. P. SŁAWIŃSKI (Warszawa). W sprawie leczenia operacyjnego niepłodności męskiej.
86. P. MOTZ (Paryż). O zapaleniu miedniczek nerkowych.
87. SCHLANK (Kraków). O zapaleniu miedniczek nerkowych w ciąży.
88. P. JEDLIĆKA (Lwów). Pokaz kamieni nerkowych wraz z uwagami rozpoznawczymi.
89. P. DOBRUCKI (Lublin). Kamień nerkowy wielkich rozmiarów, wydobyty przez nacięcie nerki.
90. Prof. KADER (Kraków). W sprawie leczenia gruźlicy nerek oraz innych cierpień nerkowych.
91. P. MOTZ (Paryż). O rozpoznawaniu niektórych postaci gruźlicy nerek.
92. P. LEŚNIEWSKI (Warszawa). O przeroście zastępczym nerki (praca doświadczała).
93. P. KIEŁKIEWICZ (Warszawa). O rozpoznawaniu wczesnem gruźlicy nerki.
94. P. FRYSZMAN (Warszawa). Z dziedziny pyelografii.
95. P. W. STANKIEWICZ (Warsz.). O brodawczakach pęcherza moczowego.
96. P. Cz. STANKIEWICZ (Warszawa). Kilka uwag z powodu przypadku wycinowania pęcherza moczowego (operacja MAYDL-BORELIUSA).
97. P. FRYSZMAN (Warszawa). O metodzie wewnątrzpęcherzowej operowania guzów pęcherza moczowego.
98. P. GROSLIK (Warszawa). Przyczynek do kazuistyki nowotworów łagodnych pęcherza moczowego.

99. P. GROSGLIK (Warszawa). Przypadek ciąży zamacicznej z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebiegiem do pęcherza moczowego.

100. P. SŁĘK (Przemyśl). Leczenie zapaleń otrzewnej z przedziurawienia trzew (peritonitis perforativa).

101. P. SZCZAWIŃSKA (Warszawa). Przyczynek do leczenia *ascites tuberculosa* u niemowląd.

102. P. LEWENSTERN (Warszawa). O tłuszczakach zaotrzewnych.

103. P. FAYTT (Warszawa). W sprawie ropni podprzeponowych.

104. Prof. KADER (Kraków). Udostępnienie pola operacyjnego w miednicy małej od strony jamy brzusznej.

105. P. JUDT (Warszawa). O roentgenografii jamy brzusznej.

106. P. BARSZCZEWSKI (Warszawa). *Radio-palpatio* jamy brzusznej (z pokazem radiogramów w obrazach nikonowych).

107. P. A. ZAWADZKI (Warszawa). Przedstawienie chorych po operacjach.

POSIEDZENIE V.

(Sobota 8 października od 9 — 1 w poł.).

108. III-ci temat programowy: Aseptyka i antyseptyka operacyjna. Sprawozdawcy: Prof. HERMAN (Lwów) i p. LEŚNIEWSKI (Warszawa).

109. Prof. BUJWID i p. SZULC (Kraków). Doświadczenia nad odkażaniem rąk, zakażonych drobnoustrojami ropnymi.

110. P. SŁĘK (Przemyśl). Wyjałowienie skóry nalewką jodową.

111. P. ZAREMBA (Husiatyn). O odkażaniu skóry sposobem GROSSICHA.

112. P. FILIPOWICZ (Warszawa). W sprawie wyjałowienia skóry przed operacją.

113. P. SŁAWIŃSKI (Warszawa). W sprawie wyjałowienia narządów ostrych.

114. Prof. KADER (Kraków). Aseptyka w klinice chirurgicznej krakowskiej.

115. Prof. RYDYGLER (Lwów). Nasze stanowisko w leczeniu chirurgicznym wrzodu żołądka.

116. P. MARCINKOWSKI (Piotrków). Przyczynek do wycięcia odźwiernika z powodu raka i słów kilka w sprawie rozpoznawania zwężeń odźwiernika.

117. P. PERLIS (Łódź). O tak zwanym ostrem rozszerzeniu pooperacyjnym żołądka.

118. P. EDELSCHIN (Lwów). W sprawie gastrostomii.

119. P. CIECHOŃSKI (Warszawa). Uwagi nad plastyką przełyku według Roux.

120. P. SŁAWIŃSKI (Warszawa). Zabiegi chirurgiczne w przypadkach otrucia łągiem.

121. P. A. ZAWADZKI (Warszawa). O operowaniu aseptycznym żołądka i kiszek.

122. TUCHENDLER (Warszawa). O rozpoznawaniu spraw chorobowych przełyku zapomocą wziernika (*oesophagoscopia*).

123. Prof. ZIEMACKI (Petersburg). Wybór metody operacyjnej w kamicy żółciowej.

124. P. MINTZ (Warszawa). O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej.

125. P. SAWICKI (Warszawa). Powikłania po zabiegach operacyjnych na drogach żółciowych.

126. P. HUBICKI i SZERSZYŃSKI (Warszawa). O wpływie na wątrobę zespolenia dróg żółciowych z jelitem (praca doświadczalna).
127. P. ROTERMUND (Warszawa). Badania doświadczalne nad leczeniem kamicy żółciowej.
128. P. KIZLER (Warszawa). Przyczynek do leczenia bąblowca wątroby.
129. P. GOLDMAN (Łódź). O pęknięciu podskórnem śledziony.

POSIEDZENIE VI.

(Sobota 8 października godz. 2 $\frac{1}{2}$ — 6 po poł.).

130. Prof. RYDYGIER (Lwów). Leczenie sioniawaczny kończyn sposobem HANDLEY'a.
131. P. KALINOWSKI (Warszawa). Przyczynek do leczenia operacyjnego sioniawaczny kończyn dolnych.
132. Prof. KADER (Kraków). Przypadek wszczepienia części stawowej kości udowej ze świeżych zwłok ludzkich w miejsce części wyciętej.
133. P. MIECZKOWSKI (Poznań). O pęknięciu błony wewnętrznej tętnicy piszczelowej skutkiem nadmiernego wyprostowania kolana.
134. P. GOLDMAN (Łódź). Przeszczepienie mięśni przy rozerwaniu więzcu rzepki.
135. P. DOBRUCKI (Lublin). Wyniki plombowania kości sposobem MOSETIG-MÖORHOF'a.
136. P. CZAJKOWSKI (Sosnowiec). O leczeniu gruźlicy kości, stawów i skóry.
137. P. SKABOWSKI (Warszawa). Leczenie gruźlicy kości i stawów promieniami X.
138. P. WRZEŚNIEWSKI (Częstochowa). Leczenie otwarte gruźlicy stawów ropnej.
139. P. SCHATZ (Lwów). O następstwach późniejszych zwichnięć barku.
140. P. RAUM (Warszawa). O kostnieniu mięśni po zwichnieniach stawów.
141. P. SMUŻYŃSKI (Warszawa). Przyczynek do leczenia zwichnięć nawykowych.
142. P. MAZUREK (Warszawa). Przyczynek do uszkodzeń tętnicy pachowej przy nastawianiu zwichnięć barku.
143. P. CZARKOWSKI (Warszawa). Przypadek nerwowłókniaków nerwów przedramienia.
144. P. ZAREMBA (Husiatyn). O kikucie osteo-plastycznym w amputacjach podudzia.
145. P. HŁADIJ (Kraków). Osteotomia *intertrochanterica* i *subtrochanterica*.
146. P. WRZEŚNIEWSKI (Częstochowa). Leczenie zachowawcze złamań otwartych zmiażdżonych.
147. P. WRZEŚNIEWSKI (Częstochowa). O opatrunkach klejowych według HESSINGA.
148. P. HŁADIJ (Kraków). Leczenie stopy płaskiej zeszywniałej.
149. St. KON (Warszawa). Z dziedziny patologii i terapii cierpień stopy.
150. P. SŁAWIŃSKI (Warszawa). W sprawie leczenia żyłaków i wrzodów podudzia.

151. P. HUBICKI (Warszawa). W sprawie leczenia żyłaków kończyn dolnych.
152. Prof. CHLUMSKY (Kraków). Przyczynki do etyologii skrzywień bocznych kręgosłupa.
153. P. JAKIMIAK (Warszawa). O ranach przepony.
154. P. MAJEWSKI (Lwów). Leczenie gruźlicy żeber i mostka.
155. Prof. CHLUMSKY (Kraków). O leczeniu ropniaka opłucnej.
156. P. EDELSCHHEIN (Lwów). O powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc.
157. P. GABSZEWICZ (Warszawa). O ranach serca.
158. P. ERBRICH (Warszawa). Bronchoskopia i jej zastosowanie w chirurgii.
159. P. KARŁOWICZ (Warszawa). O stosunku pomiędzy wołem a schronieniem gościcówem.
160. Prof. KRYŃSKI (Warszawa). Leczenie operacyjne choroby BASSEDOU-GRAVESA.
161. P. GOLDMAN (Łódź). Podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej z powodu rany postrzałowej.
162. P. CYKOWSKI (Warszawa). W sprawie torbieli krwawych szyi.
163. P. JANKOWSKI (Warszawa). Zabiegi doszczętne w raku krtani.
164. P. SOLMAN (Warszawa). Wyniki leczenia cierpień krtani przy pomocy rozcięcia (laryngofissura).
165. P. JANKOWSKI (Warszawa). W sprawie wskazań do rozszczepiania krtani (laryngostomia).
166. P. HERYNG (Warszawa). Leczenie zwężeń krtani zapomocą rur kauczukowych.
167. P. SZLEIFSZTEIN (Warszawa). W sprawie przecinania krtani w twardzieli.
168. P. POHORECKI (Lwów). Postępowanie operacyjne w raku języka.
169. P. SCHATZ (Lwów). Postępowanie w operowaniu wilczej paszczy.
170. P. CHORAŻYCKI (Warszawa). Nowy sposób leczenia operacyjnego ropni zatoki szczękowej.
171. P. KRAUZE (Warszawa). Z chirurgii oczodołu pozagąłkowego.
172. P. MIECZKOWSKI (Poznań). Martwica żuchwy w przebiegu cukrzycy.
173. P. MIECZKOWSKI (Poznań). Przypadek włókniaka ośrodkowego żuchwy.
174. P. GELBARD (Warszawa). Zabiegi lecznicze w złamaniu żuchwy.
175. P. GELBARD (Warszawa). Z kazuistyki cierpień szczękowych.
176. P. BOROWSKI (Nieśwież). O działalności lecznicy chirurgicznej w Nieświeżu.
177. P. WŁ. STANKIEWICZ (Warszawa). O niezbędności uzdrowiska morskigo dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną.
178. P. KON (Warszawa). O potrzebie stworzenia u nas uzdrowisk dla kąpek.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

PILULAE SANGUINALIS

KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWISTOSCI i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb., Chinin. mur., Jodem, Ichthyolem, Lecithiną, Natr. cinnam.

Extr. Rhei.

KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez ministerium Przemysłu i Handlu.

Kantor preparatów chemicznych St. Petersburg, Małaja Konluszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 12846.

Lecytyna „Agfa”

Znakomity lek, krzepiący nerwy,

Wskazania: Neurastenia, zolzy, gruźlica, krzywica, wład rdzenia i t. p.

Bromlecytyna

Zastępuje w niedokrwistości przetwory żelaza.

3 razy dziennie po 2 pigułki.

Flakony po 50 i 100 pigułek.

Próby i literatura na żądanie.

ACTIEN - GESELLSCHAFT FÜR ANILIN - FABRIKATION

PHARMACEUT - ABTEILUNG

BERLIN S. O. 36.

Wyszedł z druku i jest do nabycia w Administracji Gazety i w Księgarniach

Odczyt Kliniczny Ser. XVII. № 203. 204.

O niedokrwistości podczas ciąży

przez Fr. Caruso.

Cena kop 60.

Skład główny w Księgarni E. Wendego i S-ki (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

Wyszedł z druku

ZESZYT I.

Zarysu Chirurgji Praktycznej

dla lekarzy i studentów
przez D-ra I. Borzymowskiego.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka.

OPUŚCIŁA PRASĘ:

L. E. BREGMAN

Dyagnostyka chorób nerwowych
podręcznik dla lekarzy i studentów

(stron 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami w tekście)

Cena w oprawie Rb. 4.

Skład główny E. Wende i Sp. (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

Nabywać można we wszystkich Księgarniach.

KĄPIELE KWASO-WĘGLOWE
(NAUHEIMSKIE)

można mieć w domu w każdej wannie, używając aparatu

„AEOSAN“

zaw. przez Radę Lekarską za № 8015.

Koszt jednej kąpieli wynosi 15—20 kop.

Prospekty na żądanie wysyła:

Ludwik Freider, Leszno 60, telefon 6-20.

Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



LEYSIN

4 Sanatoria:

na linii Symplońskiej	Szwajcaryja	
	francuska	
1450 m. nad p. m.	Caly rok otwarte	
Grand Hotel	Peasyonat od 12 fr.	
Montblanc	} łącznie z { „ 11 „	
Chamossaire		lecze- { „ 9 „
Anglais		niem { „ 11 „

Specjalne leczenie gruźlicy, płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powie
trzem górskim. Prospekty bezpłatnie.

Dyrekeya