

90585

№ 21.

Warszawa d. 15 (27) Maja 1899 r.

T. XXVII.

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

Czeigodnemu Profesorowi

Doktorowi medycyny

Julianowi Kosińskiemu

z powodu ukończenia 35-letniej profesorskiej

Jego działalności

numer ten poświęcają

Współpracownicy i Redakcja.

1-20952113

Prof. Julian Kosiński.

Zasłużony profesor Uniwersytetu Warszawskiego, długoletni dyrektor kliniki chirurgicznej wydziałowej, po 35 latach niezmordowanej pracy, ustępuje dobrowolnie z zajmowanej przez siebie katedry z wielkim żalem licznych swych uczniów i słuchaczy. Żal ten tem większy, strata dotkliwsza, że zastąpienie tak wielkiego chirurga i klinicysty nigdzie łatwemby nie było. Dziś, gdy profesor KOSIŃSKI kończy swą działalność kliniczną i pedagogiczną, należy przypomnieć Jego na tem polu zasługi.

Profesor Kosiński urodził się 16 listopada 1833 roku we wsi Iwoniszkach, w powiecie Rosieńskim, gubernii Kowieńskiej. Gimnazjum ukończył w Kiejdanach, medycynę studyował w Akademii lekarskiej w Petersburgu, którą ukończył ze stopniem lekarza i obdarzony został medalem srebrnym w roku 1858. W tym samym roku nadto złożył egzamin na lekarza powiatu i akusзера. Dnia 10 stycznia 1859 roku objął Kosiński posadę młodszego ordynatora szpitala Ujazdowskiego w Warszawie, a dyplom doktora medycyny otrzymał 23 sierpnia 1859 roku od Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego.

Jeszcze w Akademii oddawał się Kosiński z zamiłowaniem pracom anatomicznym, to też gdy w Warszawie w owym czasie założono Cesarско-Królewską Akademię medyko-chirurgiczną, otrzymał dnia 6 lutego 1862 roku posadę prosektora, którą następnie zajmował w Szkole Głównej. Preparaty anatomiczne, Jego biegłą ręką dokonane i zachowane w Muzeum, pokazywał z wielkiem upodobaniem i dumą profesor HIRSZFELD przez wiele lat następnych.

W roku 1866 opuścił Kosiński Warszawę i przez dwa lata prowadził studia naukowe za granicą, przebywał w klinikach i pracowniach Berlina, Paryża, Londynu, Edynburga, Heidelberga, Pragi i Wiednia. Oprócz chirurgii z wielką pracowitością studyował anatomie patologiczną pod VIRCHOW'em, klinikę u Ottona WEBER'a i badanie mikroskopowe pod kierunkiem ARNOLD'a.

Jeżeli największy zasób teoretycznej wiedzy zasięgnął K. z zakładów niemieckich, to wszystko, co się odnosiło do chirurgii praktycznej, klinicznej, zaczerpnął od mistrzów francuskich, a przedewszystkiem angielskich. Tam w Anglii naocznie się przekonał, jak wielki wpływ ma czystość w szpitalach nie tylko wogóle na zdrowie publiczne, ale zwłaszcza w oddziałach chirurgicznych na przebieg gojenia się ran. To swoje głęboko ugruntowane przekonanie starał się wszczepić w swoich uczniów i współpracowników nadługo przed wprowadzeniem metody LISTER'a.

Przebywszy dwa lata na usilnej pracy w obcych krajach, powraca Kosiński do Warszawy i otrzymuje katedrę chirurgii operacyjnej w styczniu roku 1869, jako profesor nadzwyczajny w Szkole Głównej, a po przemianowaniu jej na Uniwersytet Warszawski dostaje dnia 8 lipca tegoż roku nominację na profesora nadzwyczajnego kliniki chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus. Po latach dziewięciu przenosi się jako profesor zwyczajny do kliniki wydziałowej, osieroconej ze śmiercią GIRSZTOWTA w szpitalu Świętego Ducha. Tytuł zasłużonego profesora otrzymuje Kosiński w roku 1897.

Tym sposobem działalność kliniczna profesora KOSIŃSKIEGO obejmuje całych lat trzydzieści, pedagogiczna lat 35, wogóle lekarska lat czterdzieści jeden.

Postaramy się przede wszystkim scharakteryzować wrażenia nasze z kliniki jeszcze w szpitalu Dzieciątka Jezus z przed lat dwudziestu dwu, w czasach przedantyseptycznych. Wstępującego słuchacza piątego kursu uderzały najpierw wielki porządek, spokój, pomimo nad wyraz niepomysłnych warunków ogólnych całego szpitala, a zwłaszcza pawilonu klinicznego. Zdawało się, że nawet chorzy są jacyś inni, nie tak bardzo nieszczęśliwi, mniej cierpią, mniej krzyczą. I nie było to wcale iluzją, ani przesadą, ale miało swe źródło w osobistych zdolnościach i zaletach profesora KOSIŃSKIEGO i nie zależało tylko wyłącznie od obejścia się z chorymi. Przede wszystkim samo chloroformowanie zawsze zupełne, bez przesadzonych obaw, do wszystkich bolesnych, nawet krótkotrwałych operacji stosowane, opatrunki robione nadzwyczaj delikatnie, częste słowa otuchy, dawane chorym, a zawsze spokojnie, bez krzyku i groźnych spojrzeń.

Po nad tem wszystkim górowało mistrzowstwo w wykonywaniu operacji i wszelkich czynności chirurgicznych. Nic też dziwnego, że nawet w owych czasach, przed wprowadzeniem ścisłej antyseptyki, wyniki operacji profesora KOSIŃSKIEGO były daleko lepsze, niż gdzieindziej, tak samo, jak lepsze wyniki, mniejszą śmiertelność mieli na długo przed LISTER'em wogóle chirurdzy angielscy, niż chirurdzy na kontynencie.

Z chwilą przeniesienia się profesora KOSIŃSKIEGO do kliniki wydziałowej w szpitalu Św. Ducha, warunki zmieniły się jeszcze na większą korzyść. Wprowadzenie metody LISTER'a i zupełnie inne, daleko lepsze warunki higieniczne szpitala Św. Ducha, wkrótce okazały swój wpływ stanowczy. Liczba chorych operowanych wzrosła znacznie, materiał kliniczny ogromnie się powiększył; do tego dodać należy olbrzymie ambulatoryum, pomnożone licznymi przypadkami z praktyki prywatnej. Wszystko to razem dla uczniów, którzy chcieli pracować i byli odpowiednio przygotowani, stanowiło materiał pierwszorzędnej wartości.

W tej właśnie klinice profesora KOSIŃSKIEGO można się było nauczyć rzeczy najważniejszych dla lekarza, który chce godnie odpowiedzieć swojemu wzniosłemu posłannictwu, można się było nauczyć, jak się powinno badać chorego, jak go leczyć, a zwłaszcza, jak się z nim obchodzić. Obejście się profesora z chorymi było wzorem godnym naśladowania: najpierw cierpliwie wysłuchał skargi chorego, potem badał go tak, by mu najmniej bólu przysporzyć, a w końcu, kiedy miał wypowiedzieć swoje orzeczenie o stanie choroby i potrzebnej operacji, to umiał to przedstawić w sposób tak łagodny i budzący zaufanie, że nie zdarzyło się prawie nigdy, by chory mu nie uwierzył, by się na operację nie zgodził. Starał się też zawsze wlać przekonanie w swoich uczniów, że lekarz powinien zawsze z wielkiem współczuciem zwracać się do chorego, że nie powinien zwłaszcza nic takiego ani zrobić, ani powiedzieć, co by mogło jego cierpienia fizyczne i moralne powiększyć. Nigdy nie traktował chorego obojętnie, jako materiału naukowego dociekania, ale zawsze widział w nim cierpiącego człowieka.

Badanie chorego zawsze przeprowadzał nadzwyczaj starannie, szczególnie i sumiennie, do tego dopomagał mu nadzwyczajnie umysł spostrzegawczy, krytyczny i czucie w palcach, wyćwiczone w wysokim sto-

aniu. Niejednokrotnie wprawiał w zdumienie obecnych studentów, gdy określił naprzykład głębokie chelbotanie, którego przedtem nikt stwierdzić nie mógł, gdy wyczuł kamień w pęcherzu moczowym elastyczną świeczką, albo w głębi rany rozpoznał zgłębnikiem obecność miękkiego ciała obcego. Do tego należy dodać rozumowanie zawsze jasne, logiczne, uwzględnienie wszelkich możliwych zбочeń, niepominięcie żadnego, choćby najmniej wyraźnego objawu; nic więc dziwnego, że Kosiński dochodził do granic dyagnostycznej doskonałości.

Nadto należy pamiętać, że nie szło tu jedynie o nazwę choroby, o określenie danej postaci patologicznej, ale przede wszystkim o oznaczenie anatomicznie miejsca i granic danego cierpienia, o wykazanie, które części są jeszcze zdrowe, aby następnie wyprowadzić odpowiednie wskazania lecznicze. A po tem wszystkim, gdy następowała operacja, to wszyscy obecni w parę chwil później mogli naocznie przekonać się i sprawdzić, że wszystko tak było, jak przedtem wykazano i określono.

Najwybitniejszą atoli właściwością Kosińskiego, prawdziwym talentem było istotne mistrzostwo w wykonywaniu najtrudniejszych operacji, ta olbrzymia technika posunięta do największego stopnia. Pod tym względem nie ustępował, można powiedzieć, ani jednemu z największych, jakich mieliśmy sposobność widzieć w Europie, a równych sobie miał bardzo niewielu. A w tej jego technice oprócz szybkości i dokładności była dbałość o pewną wytworność, o pewną, rzekłbym, estetyczność, nie było nigdy tak wstrętnego szarpania i rozrywania rany, że nie wspomnę już o ohydnych trzymaniu noża w zębach, rozlewaniu krwi po podłodze. To też była to szkoła dla młodych chirurgów wyborna, choć nieraz ciężka, bo profesor wymagał od swoich asystentów nie tylko tej samej pilności, ale często tej samej biegłości i zręczności, którą sam posiadał.

Ta znakomita technika w wykonywaniu operacji miała naturalnie daleko większe znaczenie dawniej, ale i dziś jeszcze pomimo postępów aseptyki, już choćby jeden wzgląd, dłuższe działanie chloroformu na narządy wewnętrzne operowanego, daleko gorszy wpływ wywiera, jeżeli na przykład operacja a więc i chloroformowanie trwa 2 godziny zamiast, przypuścmy, 40 minut. Przecież jesteśmy dziś świadkami reakcji w sprawie chloroformu, że nawet laparotomię wykonywają niektórzy przy znieczuleniu miejscowem.

Powiedzieliśmy wyżej, że metodę antyseptyczną zaczął ściślej przeprowadzać profesor Kosiński z chwilą przeniesienia się do kliniki wydziałowej w szpitalu Św. Ducha. Otóż być może, że właściwy Kosińskiemu krytycyzm nie pozwalał wprowadzać tak szybko wszystkich nowości antyseptyki, jak to chcieli młodzi entuzyaści, pomimo to antyseptyka rozwijała się w klinice powoli, ale stale. Za to brakło smutnych powikłań śmiertelnych, tak częstych gdzieindziej, a znanych nam z literatury zagranicznej, przypadków zatrucia karbolem, sublimatem, jodoformem, zbyt szczerą ręką, a bezkrytycznie stosowanymi podczas operacji i opatrunków.

Z rozwojem antyseptyki, z powiększeniem się liczby operacji zabrakło miejsca i dla chorych i dla słuchaczy; wtedy staraniem Kosińskiego przerobiono gruntownie salę operacyjną, dodano oddzielne pomieszczenie dla chorych po operacjach brzusznych, a gdy i to po niedługim czasie okazało się niewystarczającym, wybudowano całe nowe piętro pawi-

lonu operacyjnego i urządzone dwie wielkie sale operacyjne bardzo obszerne i dogodne z oddzielnymi przedpokojami i pokojem do sterylizacji.

Przejsie od antyseptyki do aseptyki stało się możliwem i nastąpiło stosunkowo prędko. Pomiedzy profesorem a jego współpracownikami nastąpiła ściślejsza zgodność w poglądach na sposoby postępowania bezgnilnego, w klinice zapanował ruch wielki. Ażeby dać wyobrażenie o tym ruchu w owych latach, przytoczymy niektóre dane, tem ciekawsze, że mniej znane, a podane przez Kosińskiego na kongresie międzynarodowym w Rzymie w roku 1894. Otóż od roku 1883 do marca 1894 r. wykonano w klinice profesora Kosińskiego 413 laparotomii, w tej liczbie było: rezekcji kiszek 32, gastrostomii, rezekcji odźwiernika i gastroenterostomii 10, cholecystostomii i cholecystektomii 11, bąblowców wątroby, śledziony i krezki 5, torbieli trzustki 2, torbieli krezkowych 3, promienicy brzusznej 1, owaryotomii 218, cierpień jajowodów 7, myomektomii 53, doszczętnych herniolaparotomii 7, gruźlicy otrzewny 17, laparotomii badawczych 33, nefrektomii 14.

Przy tak olbrzymim materiale, opracowanym mistrzowską ręką, zebrany pod względem rozpoznawczym i leczniczym z głębokim krytycyzmem, mógł wytworzyć i istotnie stworzył Kosiński prawdziwą szkołę chirurgów. Z tej szkoły wyszli chirurgowie tej miary, jak Matlakowski, Jawdyński, Zagórski, Bukowski, przedwczesnie zmarli z wielką stratą dla nauki i społeczeństwa. Nie należy zapominać, że to byli uczniowie Kosińskiego, i że wszystko, co się odnosiło do chirurgii klinicznej w ścisłym znaczeniu tego słowa, wszystko to zaczerpnęli oni od niego; a później nawet niektórzy z nich, zajmwszy samodzielne stanowisko, mogli przekazać nabytą technikę swoim współpracownikom.

Zasługi profesora Kosińskiego dla naszego społeczeństwa są bardzo wielkie, przede wszystkim jako lekarza, który niezliczonym rzeszom przywrócił zdrowie, a często i życie, jako przewodnika młodzieży lekarskiej i jako założyciela i kierownika szkoły chirurgów polskich. Nie mniejsze są też zasługi Kosińskiego dla naszego piśmiennictwa, które przez tak długie lata zasilał swemi cennemi pracami. Dla naszego czasopisma zrobił bardzo wiele, w niem ogłosił najpoważniejsze swe prace i w największej ilości. Dla „Medycyny“ nigdy nie szczędził swej pomocy materialnej i moralnej. Nadto przez długie lata był jednym z najczynniejszych członków naszego Towarzystwa lekarskiego, gdzie piastował godność prezesa, a przed kilku laty wybrany został na członka honorowego.

W ostatnich czasach pomimo tylu i tak pracowitych zajęć znalazł czas i na działalność społeczną. Swemi osobistemi staraniami przyczynił się nie mało do założenia i rozwoju tak ważnych instytucji społecznych, jak Pogotowia Ratunkowego i Towarzystwa Higienicznego. Wybrany też został w pierwszej instytucji na vice-prezesa, a w drugiej na prezesa.

Wł. Sztejmer.

**Spis prac oraz komunikatów w towarzystwach naukowych przez prof. Kosińskiego
dokonanych i drukiem ogłoszonych.**

1863 r. 1) „Otwór w podniebieniu twardem, przenikający do jamy nosowej. Operacja plastyczna z dobrym skutkiem“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1863). 2) „Rana postrzałowa uda z rozerwaniem tętnicy udowej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1863).

1866 r. 3) „O połączeniu gałęzi trzewowych z gałęziami ściennymi aorty brzusznej“. (P. T. L. W. 1866). 4) „Pięciokrotne wycięcie i odrodzenie się mięsaka w ciągu lat 16“. (Klinika. 1866). 5) „Rana potłuczona głowy, zgorzel kości ciemieniowej prawej, bezwład połowy ciała, ropień w mózgu, otwarcie tegoż za pomocą cięcia. Wyzdrowienie“. (Klinika. 1866). 6) „Encephalocoele cum hydrocephalo“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1866). 7) „Wypilowanie całkowite jednostronne szczęki górnej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1866). 8) „Wycięcie szczęki górnej całkowite jednostronne“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1866). 9) „Wyluszczenie szczęki dolnej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1866). 10) „Elephantiasis cutis congenita“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1866).

1868 r. 11) „Brak tętnicy szyjowej wspólnej prawej. Podział pnia bezmiennego na tętnicę podobojczykową, szyjową zewnętrzną i wewnętrzną“. (Gazeta Lekarska. 1868). Toż samo po francusku. (Gazette médic. 1868). 12) „Zur Geschichte der Lehre über Entstehung des Eiters aus den weissen Blutkörperchen“. (Wiener medizinische Wochenschr. 1868). „Do historyi nauki o powstawaniu ropy z białych ciałek krwi“. (Gazeta Lekarska. 1868). 13) „Skuteczność opatrunku ran kwasem karbolowym“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1868).

1869 r. 14) „O epidemicznem pojawieniu się zapalenia ślinianki przyusznej i gruczołów podżuchwowych“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 15) „Aneurysma art. subclaviae“. (P. T. L. W. 1869). 16) „Nowotwór krtani“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 17) „Prelekcyja wstępna z historyi chirurgii. (Klinika. 1869). 18) „Przyrząd GUÉRIN'a zmodyfikowany przez MAISONNEUVE'a dla ran po operacjach“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 19) „Podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej prawej w celu wyleczenia tętniaka sposobem BRASDOR'a“. (Klinika. 1869). 20) „Tętniak tętnicy podkolanowej; skrzep, wypełniający worek tętniaka, spowodowany uciskiem tętnicy udowej w ciągu 3 godzin i 25 minut; zapalenie tętniaka; otworzenie go za pomocą cięcia i podwiązanie tętnicy udowej, zgorzel kończyny, amputacja uda“. (Klinika. 1869). 21) „Aneurysma arterioso-venosum arteriae popliteae“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 22) „Ropień w mózgu. Wyzdrowienie“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 23) „Rak nabłonkowy wargi dolnej; operacja plastyczna własnego pomysłu“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 24) „Rak nabłonkowy lewego skrzydła nosa; operacja plastyczna“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 25) „Rhinoplastica totalis“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 26) „Wyluszczenie przerosłych gruczołów limfatycznych szyjowych“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 27) „Lymphosarcoma ogromnych rozmiarów“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 28) „Nadliczbowe trzecie jądro“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869). 29) „Papilloma pigmentosum“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1869).

1870 r. 30) „Operacja rozcięcia zrostów nagłośni z krtanią“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1870). 31) „Szpilka podwójna w pęcherzu moczowym młodej dziewczyny“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1870).

1871 r. 32) „Napady epileptyczne po wyjęciu kawałka kości czaszkowej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1871). 33) „Niektóre spostrzeżenia nad tracheotomią“. (P. T. L. W. 1871). 34) „Leczenie wrzodów chronicznych za pomocą przeniesienia

części zdrowego naskórka“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1871). 35) „Dwa wypadki tętniaków tętniczo-żylnych“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1871 r.). 36) Nerwoból twarzy, 5 lat trwający; przecięcie nerwu zębowego dolnego z dobrym skutkiem“. (P. T. L. W. 1871). 37) „Cheiloplastica u 83-letniego starca“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1871). 38) „Przepuklina udowa uwieziona, operacja, śmierć wskutek ostrego zapalenia otrzewnej“. (P. T. L. W. 1871). 39) „Resectio genus“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1871). 40) „Cysticercus w tkance łącznej podskórnej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1871 roku).

1872 r. 41) „Anomalia powstawania *art. thy. sup.* (początek jej z tętnicy dogłowej wspólnej)“. (P. T. L. W. 1872). 42) „Ciekawy przypadek nieprawidłowego podziału wysokiego tętnicy udowej w miednicy pod więzłem POUPART'a“. (Przegląd Lekarski. 1872). 43) „Condurango“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872). 44) „Operacja nowotworu pozagardzielowego lewego“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872). 45) „Wypadek uogólnienia się raka drogą naczyń krwionośnych“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872). 46) „Tętniak podkolanowy“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872). 47) „Eplulis odjęty wraz z częścią szczęki podczas ciąży“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872). 48) „Hernia abdominalis incarcerata, operacja“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872). 49) „Neuromata multiplicia na kończynie dolnej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872). Toż samo po niemiecku. (Centralblatt f. Chir. 1874) i po angielsku (Med. Times and Gaz. 1874). 50) „Operacja plastyczna, dokonana u młodej dziewczyny z powodu przyrodzonego braku górnej ściany cewki moczowej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872 r.). 51) „Uwagi o niektórych szczegółach, dotyczących operacji przetoki pochwowo-pęcherzowej“. (P. T. L. W. 1872). 52) „Przetoka pęcherzopochwowa, operowana podczas ciąży“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1872).

1873 r. 53) „Wypadek Elephantiasis Graecorum“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1873). 54) „Zwyrodnienie syfilityczne oskrzeli“. (K. i BRODOWSKI). (Prot. pos. P. T. L. W. 1873). 55) „Zgorzel palca uciśniętego żelazną obręczą, jaka miała służyć jako środek przeciw padaczkę“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1873). 56) „Tężec przy zwknięciu obustronnem dolnej szczęki, wyzdrowienie“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1873). 57) „Olbrzymiej wielkości włókniak w okolicy lędźwiowej (*fibroma molluscum*)“. (P. T. L. W. 1873). 58) Połknięcie dwudziestu kilku igieł“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1873). 59) „Uwięźnięcie kiszek wewnętrzne“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1873). 60) „Dwie owaryotomie“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1873). 61) „Owaryotomia w Lublinie“. (Medycyna. 1873).

1874 r. 62) „Carcinoma sarcomatodes na bocznej ścianie gardziela na wysokości górnego brzegu chrząstki tarczowej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1874). 63) „Z kliniki chirurgicznej“. (P. T. L. W. 1874). 64) „Tętniak w przegubie łokciowym, uleczony samodzielnie bez żadnej chirurgicznej pomocy“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1874). 65) „Kaszak wielkości pomarańczy, umiejscowiony tuż ponad uchem prawem na małej szypule skórnej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1874). 66) „Wycięcie trzech rakowców na rozmaitych częściach twarzy“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1874). 67) „Ostre zapalenie okostnej i kości szczęki dolnej, zgorzel, resekcya“. (P. T. L. W. 1874). 68) „Kostniaki na podniebieniu twardem“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1874). 69) „Operacja кишки prostej rakiem dotkniętej“. (P. T. L. W. 1874). 70) „Metoda SHARPE'a operowania (bezkrwawego) zaciśniętych przepuklin wznowiona przez D-ra LEASUR'a“. (K. i CHWAT). (Prot. pos. P. T. L. W. 1874). 71) „Cztery przypadki kruszenia kamienia pęcherzowego“. (P. T. L. W. 1874). 72) „Odrodzenie kości po wypilowaniu“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1874). 73) „Ostra recydywa raka po odjęciu prawej piersi, nowotworem tym dotkniętej“. (P. T. L. W. 1874).

1875 r. 74) „Olbrzymie powiększenie śledziony u 7-letniego chłopca“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875). 75) „O polipach noso-gardzielowych“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875). 76) „Włókniak na płątku usznym“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875). 77) „Rhinoplastica“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875). 78) „Wrzody tuberkuliczne na języku“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875). 79) „Uranoplastica“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875). 80) „Guz rozwijający się między listkami sieci“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875). 81) „Szew własnego pomysłu, nałożony na kiszkę zranioną przypadkowo podczas herniotomii“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875). 82) „Skruszenie kamienia u dziewczynki 5-letniej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1875).

1876 r. 83) „O operowaniu guzów hemoroidalnych za pomocą przewiązywania“. Odczyt na V zjeździe lekarzy i przyrodników rosyjskich w Warszawie. 1876).

1877 r. 84) „Przypadek całkowitego wycięcia krtani“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1877). 85) „O kamieniach nerkowych“. (P. T. L. W. 1877).

1878 r. 86) „Przebieg rany ś. p. GIRSZTOWTA“. (K. i ORŁOWSKI) (P. T. L. W. 1878).

1880 r. 87) „Rozciąganie nerwu kulszowego w celu usunięcia nerwobólu“. (P. T. L. W. 1880). 88) „Dwie owaryotomie“. (Gaz. Lek. 1880). 89) Dwie nowe owaryotomie“ (Medycyna. 1880).

1881 r. 90) „Wewnętrzne nacięcie cewki moczowej (*urethrotomia interna*), i wyższość operacji MAISONNEUVE'a nad innymi metodami doszczętnego leczenia zwężeń cewki moczowej w 103 przypadkach stwierdzona“. (Gaz. Lek. 1881). 91) „O podwiązaniu tętnicy biodrowej wewnętrznej przy *Aneurysma art. gluteae sup.*“. (P. T. L. W. 1881).

1882 r. 92) „Oddziały chirurgiczne w szpitalach warszawskich“. (Medycyna. 1882).

1884 r. 93) „Nowa jama stawowa w 8 tygodniu po zwichnieniu ramienia“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1884). 94) „Wycięcie nerki“. (Medycyna. 1884).

1885 r. 95) „Chrzęstniak klatki piersiowej“. (Medycyna. 1885). 96) „Trzy przypadki częściowego wycięcia kiszki“. (Medycyna. 1885).

1886 r. 97) „Wycięcie nerki z powodu kamieni nerkowych“. (Medycyna. 1886). 98) „Dwa przypadki ciąży zamacicznej“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1886).

1888 r. 99) „Przyczynek do chirurgicznego leczenia zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit“. (Medycyna. 1888). 100) „Sześć przypadków wycięcia i zeszywania jelita“. (Medycyna. 1888).

1889 r. 101) „O skręceniu szypułki nowotworów jajnika“. (Prot. pos. P. T. L. W. 1889).

1891 r. 102) „Podskórne rozdarcie nerki. Wycięcie tejże“. (Medycyna. 1891).

1893 r. 103) „31 resekcji kiszki“. (Medycyna. 1893). 104) „O wycięciu nerki, zestawienie 15 operowanych przypadków“. (Medycyna. 1893).

1894 r. 105) „O promienicy brzusznej ze względu na jej podobieństwo kliniczne do nowotworów“. (Medycyna. 1894). 106) „Wycięcie guza gruczołowego kiszki ślepej“. (P. T. L. W. 1894). 107) „400 laparotomii, wykonanych na klinice w Warszawie“. Odczyt w języku francuskim na XI Zjeździe Międzynarodowym w Rzymie. (Atti dell' XI Congresso medico internazionale. Roma. 29 Marzo — 5 Aprile 1894. Vol. IV. Chir. p. 124).

1895 r. 108) „Torbiel żołądka wielokomorowa“. (Medycyna. 1895). 109) „Promienica żuchwy, pozorująca mięsak“. (P. T. L. W. 1895).

1896 r. 110) „Wycięcie nerki rakowatej“. (P. T. L. W. 1896). 111) „Przypadek wycięcia śledziony“. (P. T. L. W. 1896). 112) „Rak poprzeczniczy, przetoką żołądkowo-okrężnicza. *Anastomosis colo-colica*“. (P. T. L. W. 1896).

1897 r. 113) „Cięcie przełyku (*oesophagotomia*)“. (Medycyna. 1897). 114) „Gastro-anastomoza z powodu raka żołądka“. (P. T. L. W. 1897). 115) Wycięcie śledziony“. (P. T. L. W. 1897). 116) „Pyelonephritis calculosa“. (P. T. L. W. 1897). 117) „Wycięcie torbieli skórzastej“. (P. T. L. W. 1897).

1898 r. 118) „Guz mózgu w okolicy brzozy ROLAND'a lewej. Padaczka JACKSON'owska. Prawostronny bezwład twarzy, ręki i nogi. Trepanacja i wycięcie guza. Wyzdrowienie“. (Medycyna. 1898).

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. J. KOSIŃSKIEGO.

O ranach serca.

Przyczynek do operacyjnego leczenia zranień serca wraz z opisem trzech własnych spostrzeżeń.

Podali

WITOLD HORODYŃSKI i WACŁAW MALISZEWSKI

ordynatorowie kliniki.

Chirurgia serca bierze swój początek od czasu bardzo niedawnego, ściślej nawet określając, to tylko od ostatniego lat dziesiątka, chociaż bowiem niektóre zabiegi chirurgiczne wykonywano na osierdziu znacznie wcześniej, to jednakże samo serce uważane było przez czas długi za narząd zupełnie niedostępny dla chirurgów, za coś w rodzaju *noli me tangere*. Trzeba było dopiero wielu spostrzeżeń nad niewątpliwymi zranieniami serca, które wbrew wszelkim dawnym teoryom zakończyły się pomyślnie, jak nie mniej również wielu doświadczeń, przeprowadzonych systematycznie nad zwierzętami, żeby zachwiać zakorzenione mniemanie, iż rany serca są bezwarunkowo śmiertelne, i, wbrew Owidiuszowskiemu „*sanabit nulla vulnere cordis ope*“, dowieść, że chirurg przy zranieniach serca powinien zająć rolę czynną, podobnie jak przy uszkodzeniach innych narządów wewnętrznych. O ile zabiegi chirurgiczne w celu leczenia ran serca są zdobyczą naszych czasów, to jednak historia samych zranień jest bardzo stara, sięga bowiem czasów mitycznych, i tylko poglądy na nie, odpowiednio do epoki i pojęć współczesnych, zmieniały się w ten lub inny sposób. HOMER np., uważając serce za siedlisko duszy i życia, śmierć natchmiastową swoich bohaterów przypisuje zwykle ranom serca. Tak samo H. POKRATES (460—370 p. N. C.) w klasyfikacji swej stawia rany serca w jednym rzędzie ze zranieniami pęcherza moczowego, mózgu, kiszki, wątroby, uważając je za bezwarunkowo śmiertelne. ARYSTOTELES idzie jeszcze dalej w swych zapatrywaniach, gdyż, przypuszczając możliwość pomocy i wyleczenia się z ran trzew, co do serca wypowiada zdanie, że „*cor solum viscerum, nullum vitium patitur grave*“. Pierwsze objawy przy zranieniach serca znajdu-

jemy opisane dopiero u CELSIUSZA (30 p. N. C. — 37 po N. C.) i w sposób tak klasyczny, że opis, przez niego nakreślony, dzisiaj jeszcze ma zupełną wartość. Według niego: „*igitur corde percusso, sanguis multus fertur, venae languescunt, color pallidissimus, sudores frigidi malique ... extremisque partibus frigidis matura mors sequitur*“.

Późniejsi autorowie w swych opisach mało różnią się od CELSIUSZA, dodają tylko niektóre szczegóły, np. PLINIUSZ starszy (między 79—96 po N. C.) przypuszcza, że serce nie podlega chorobom, a zranione śmierć natychmiastową powoduje. GALEN (131 po N. C.) odróżnia już rany prawej i lewej komory i dzieli je na drażące i niedrażące, odpowiednio do tego określając rozpoznanie. Według niego przy ranach niedrażących, *ergo* gdzie dusza pozostaje nietkniętą, śmierć następuje dopiero dnia następnego wskutek zapalenia. Arabowie RHAZES, AVICENNA, ALBUCASIS zadawalniają się powtarzaniem opisu CELSIUSZA. W końcu XII stulecia LANFRANCHI, jako objaw charakterystyczny, opisuje omdlenia i czarną krew, podczas gdy czerwoną, pienistą przypisuje zranieniom płuc. Pierwszy przypadek wyleczenia z rany osierdzia, wprawdzie niezupełnie wiarogodny, bo nie potwierdzony przez badanie pośmiertne opisuje BENIVENIUS († 1503), a mniej więcej w tym czasie HOLLERIUS (1498—1562) przypuszcza możliwość wyleczenia rany serca. Oryginalnie objaśnia FALLOPIJUSZ (1523—1562) przyczyny niepomysłnego zejścia w uszkodzeniach serca. Według niego mięsień sercowy jest za twardy do zagojenia się, i samo zabliznienie jest niemożliwe z powodu ciągłego ruchu serca, ponieważ zaś temperatura tego ostatniego jest ciepła, to łatwo powstaje zapalenie. Pierwszy pewny opis zabliznionej rany serca podaje w r. 1642 J. WOLFF, w którym to przypadku zagojenie zostało potwierdzone w cztery lata później przez badanie pośmiertne. Fakt ten jednak pozostał odosobnionym, gdyż współcześni i późniejsi autorowie jak np. MUSITANUS (1635—1714), L. HEISTER, pomimo że dokładnie opisują objawy i nawet określają rozpoznanie oddzielnych części serca, wciąż jednak uważają uszkodzenia te za śmiertelne, przyznając się do bezsilności wobec podobnych przypadków. Jako przyczynę śmierci w tych razach MORGAGNI (1761) pierwszy podaje ucisk serca przez nagromadzone w osierdziu skrzepy krwi. Na początku bieżącego stulecia LARREY zaczyna przypuszczać możliwość gojenia się niedrażących ran serca, drażące uważając podawnemu za nieuchronnie śmiertelne. Te i tym podobne poglądy powoli zaczynają jednak ustępować, odkąd starannie zbierane kazuistyczne przypadki coraz częściej przekonywały, że uszkodzenia serca, nawet znaczne, nietylko natychmiastowej śmierci nie powodują, lecz mogą kończyć się zupełnym wyzdrowieniem. FISCHER np. w 1868 r. na 452 zebrane przypadki notuje 36 wyzdrowień, stwierdzonych przez badanie pośmiertne, a drugie tyle przy przypuszczalnych zranieniach serca. Również LOISON, który zebrał wszystkie przypadki od FISCHER'a do ostatnich czasów, podaje jeszcze lepsze wyniki, gdyż na 90 przypadków znalazł 11 wyzdrowień. Jednocześnie zaczęto przeprowadzać doświadczenia nad zwierzętami, które z jednej strony potwierdziły fakty, spostrzegane dotąd klinicznie, z drugiej zachęciły chirurgów do czynnej interwencji. Jednym z pierwszych pod tym względem był SIMPLICIO DEL VECCHIO, który w r. 1895 nałożył u psa na ranę serca szew węzełkowy, a po 42 dniach, zabijwszy psa, przekonał się, że zrost nastąpił zupełny. Jednak na rany drażące SIM. DEL. VECCHIO zapatruje się wciąż sceptycznie. To samo znalazł SALOMONI, który, raniąc serce u psów, zeszywał je zwykłym sposobem. U 2-ch psów, zabitych między 15—20 dniem po operacji, znaleziono tylko zrosty osierdzia na miejscu zabiegu,

które nie wywoływały jednak żadnych cięższych dla życia zaburzeń. W tym samym prawie czasie RODET i NICOLAS robili ukłucia i cięcia z otwieraniem lub bez otwierania klatki piersiowej i doszli do wniosków, że ukłucia, o ile nie dotykają naczyń wieńcowych, nie wywołują ważniejszych zaburzeń; daje się tylko zauważyć pobudzenie i przyspieszenie normalnego skurczu lub też szereg szybkich tetanicznych skurczów. Przy cięciach spostrzega się to samo, ciężkość zaś objawów zależy od następczego krwawienia i krwisteku w osierdziu, co jednak po większej części dość szybko wyrównywa się. Doświadczenia BONÉGO, dokonane w Greifswaldzie, dały następujące wyniki: lekkie dotknięcia nie wywołują żadnych zmian w czynności serca, silniejsze powodują arytmie. Ukłucia, po chwilowym przestanku wywołują przyspieszenie i nieregularność uderzeń. Małe ranki nie zieją, i krew po pewnym czasie zatrzymuje się sama, średniej wielkości rany zieją, bez względu na kierunek do włókien, krwawienie z nich jest znaczne, przytem obfitsze z prawej, niż lewej komory, z uszek zaś u zwierząt jest zawsze śmiertelne. Doświadczenia ELSBERG'a wypadły mniej więcej w podobny sposób, niema przeto obawy, żeby w przypadkach zranień serca zabieg taki, jak zeszytanie rany serca, mógł bezpośrednio zaszkodzić, gdyż, jak się pokazało, serce nie jest znów tak wrażliwym na urazy narządem, za jaki przedtem je uważano, za dowód czego może służyć choćby przypadek PODREZ'a, w którym w celu odszukania kuli w sercu najpierw badano serce dwuręcznie, następnie igłą przekłuwano na wylot obie ściany kilka razy, próbując, czy igła nie natrafi na twardy przedmiot, i pomimo tych rękoczynów i nie znalezienia kuli chora zupełnie wyzdrowiała.

Najczęstszą przyczyną zranień serca są, bezwątpienia, zabójstwa, morderstwa lub samobójstwa, rzadziej zdarzają się one podczas pojedynków, lub też wskutek upadków z wysokości, zmiżdżenia między buforami, lub podczas katastrof w rodzaju zawalenia się budynków, rozbicia pociągów i t. p. Z tych samych powodów rany te przeważnie spotykają się w praktyce cywilnej, daleko zaś rzadziej notowane bywają w sprawozdaniach z wojen. KARLIŃSKI wprawdzie jest przeciwnego zdania, lecz różnica ta pochodzi stąd, że samobójstwa lub zabójstwa, spełnione na wojskowych podczas pokoju, zalicza on do statystyk wojskowych. Statystyka jednak z amerykańskiej wojny secesyjnej na ogólną liczbę 87822 ranionych notuje 7062 postrzały klatki piersiowej, w tem ran drażących 2303, a z tej liczby tylko w 4-ch przypadkach były postrzały serca. Z powyższego przykładu nie należy sądzić jednak, ażeby rany serca tak rzadko zdarzały się podczas wojen, liczba ich jest niewątpliwie większa, tylko brak ich w statystykach wojskowych pochodzi stąd, że podobni ranni zwykle nie dostają się pod obserwację lekarską.

Podług rodzaju narzędzi, zadających rany serca, te ostatnie podzielić można na następujące kategorie: 1) klute, 2) cięte, lub kluto-cięte, 3) postrzałowe, 4) wreszcie rany, powstające wskutek zmiżdżeń. Do tej ostatniej kategorii zaliczyć trzeba pęknięcie serca wskutek urazów, nie wywołujących zranienia powłok zewnętrznych, jak również uszkodzenia, spowodowane przez ciała obce, zwewnątrz działające np. przez przewód pokarmowy. Wogóle rany tej kategorii są połączone albo z tak wielkim zniszczeniem innych narządów, że życie jest wprost niemożliwe, albo też zdarzają się w tych częściach serca, dokąd chirurg dojść nie może, i z tego powodu przedstawiają one większy interes dla anatomo-patologa, niż dla chirurga. Pierwsze dwie kategorie zranień należą do ran, zadanych po większej części białą bronią, rzadziej za pomocą innych narzędzi, jak igły, szydła, ciernie, drzazgi, pilniki i t. p., i co do

liczby zajmują pierwsze miejsce. FISCHER na 452 zebrane przez siebie przypadki ran kłutych i ciętych znalazł 304 t. j. 67,5%. Rany postrzałowe i rany 4-tej kategorii zdarzają się według niego jednakowo często i z ogólnej liczby stanowią 32,5%. Rany postrzałowe przeważnie pochodzą od kul, rzadziej od śrutu, a jako unikat uważać należy przypadek CASPER'A, w którym serce zostało poszarpane przez wystrzał wodą. Jako ciekawy również przykład zranień 4-tej kategorii, przytoczyć należy przypadek MANSSELL MOULLIN'A, w którym 20 letni młodzieniec został uderzony w mostek, podczas gry w *football*, tak silnie, że nastąpiło pęknięcie tętnicy wieńcowej, gdy tymczasem zewnętrznie nie było żadnych obrażeń. Przypadki podobne do powyższego są nader rzadkie, gdyż serce, będąc dobrze zabezpieczone przez kościec klatki piersiowej, nie łatwo podlega urazom, i przypadki zranień jego bez uszkodzenia powłok zewnętrznych zawsze do wyjątkowych zaliczyć trzeba. Częściej podobne zranienia są wywoływane przez ciała obce, drążące ze strony przełyku. Za niemniej rzadkie uważać należy również rany serca, aczkolwiek powikłane raną skórną, lecz bez rozerwania osierdzia. Podobne trzy przypadki opisał J. KARLIŃSKI, i wszystkie trzy dotyczyły uszkodzeń postrzałowych, powstałych raz od odbicia się kuli (*ricochet*), drugi raz wskutek osłabionej przez odległość siły uderzenia (*matte Kugel*), trzeci raz zaś wskutek wadliwego nabicia pistoletu. Zwykle jednak ranom serca towarzyszą mniej lub więcej znaczne uszkodzenia powłok zewnętrznych klatki piersiowej. Uszkodzenia te ostatnie, zależnie od rodzaju działającego narzędzia, mogą mieć różną formę, najczęściej jednak wygląd ich zewnętrzny nie odpowiada ciężkości skaleczonego narządu, i nawet często, w stosunku do wywołanych objawów, rana zewnętrzna wygląda napozór niewinnie. Wąska, gładka, mało ziejąca rana w przedsercowej lub sąsiedniej z nią okolicy, rana, z której ledwie kropelkami sączy się płynna krew, albo okrągły ze zgniecionymi częstokroć opalonymi brzegami otworek, z którego krew albo wcale nie wypływa, lub małą tylko plamkę na odzieży pozostawia, oto najczęstszy obraz, jaki widzimy przy pierwszych oględzinach chorego z raną serca kłutą lub postrzałową. Taką postać najczęściej mają rany, zadane narzędziami o długim, wąskim ostrzu, jak np. sztylety, igły, szydła, lub też jeśli postrzał nastąpił z broni małego kalibru. Rany serca, połączone z wielkimi obrażeniami powłok zewnętrznych, kościec klatki piersiowej, z obfitym krwotokiem nazewnątrz, przytrafiają się na równi z wyżej opisanymi, rzadziej tylko są przedmiotem obserwacji naszej, gdyż najczęściej śmierć natychmiastową sprowadzają. Jeden ze zwykłych objawów, towarzyszących ranom serca, mianowicie krwawienie, jest bardzo zawodny, gdyż jeszcze LARREY'owi wiadomem było, że krwawienie ze zranionego narządu może być minimalne. To samo wspomina i JAMAIN, zaznaczając, że nawet zranienie lewej komory może nie dawać żywszego krwawienia. Fakt ten zależy od dwóch okoliczności: albo wokół rany szybko wytwarza się skrzep, który mechanicznie zatrzymuje krwawienie ze zranionego narządu, albo też głębokie, częstokroć powtarzające się omdlenia, zazwyczaj towarzyszące zranieniom serca, sprzyjają zmniejszeniu znakomitemu jego pracy, powodując wogóle zmniejszenie krwawienia ze wszystkich ran. W tych razach omdlenia uważać należy za zbawienny ratunek chorego, zabezpieczający go od zupełnej utraty krwi. W innych jednak przypadkach krwotok zewnętrzny bywa bardzo obfity, tak, że chorzy broczą literalnie we krwi.

Nierównie częstsze od krwawień zewnętrznych bywają obfite wylewy do jamy opłucny, osierdzia, lub nawet otrzewny, gdyż rzadko się zdarza, żeby

rany serca były niepowikłane jednocześnie zranieniem płuc, opłucny lub trzew. W tych przypadkach krwistek może dosięgać bardzo znacznych rozmiarów, PISARZEWSKI np. w opisie przypadku rany postrzałowej serca ilość krwi, zebranej w lewej opłucnie, podaje na trzy litry. W opłucnie krew może zbierać się niezależnie od krwi, sączącej się ze zranionego serca. Jednocześnie zranienie tętnic międzyżebrowych lub sutkowej wewnętrznej może dać tak znaczny wylew do jamy opłucny, że wylew ten zupełnie uciśnie płuco, powodując jego niedodmę. Najczęściej jednak krew, sącząca się z rany serca, zbiera się w osierdziu, gdzie rozciąga to ostatnie do znacznych rozmiarów, i tam w części krzepnie, albo też przez ranę w opłucnie wylewa się do jej jamy i w ten sposób zapobiega uciskowi serca przez nagromadzony w osierdziu krwistek, t. j. ten u, co ROSE nazwał „*Herztamponade*“. Do jakiego stopnia osierdzie może być rozciągnięte i wypełnione skrzepami, daje nam pojęcie przypadek, opisany przez FISCHER'a, w którym wagę zawartych w osierdziu skrzepów oznaczono na 4,5 funta. Zdarza się często również, że krew, która początkowo w małej ilości wypływa z rany zewnętrznej, po rozszerzeniu tejże zaczyna wylewać się obficie, co zależy od tego, że skóra odegrywa w danym przypadku rolę elastycznej opaski, po usunięciu której skrzepy wypadają, a krew bez przeszkody płynie z ziejącej rany. Sam strumień krwi może być albo izochroniczny ze skurczami serca, i w takim razie krew tryska rytmicznie, albo też sączenie się jest ciągle, miarowo jednakowe. Kolor krwi, wbrew twierdzeniom dawnych autorów, którzy na jego zasadzie rozpoznawali zranienia serca, mało jest charakterystyczny dla tych ostatnich, gdyż, chociaż przy zranieniu lewej komory krew płynąca jest czerwonego koloru, to jednak to samo będziemy mieli przy jednoczesnym zranieniu płuca lub tętnicy sutkowej wewnętrznej. Dopiero, wiedząc napewno, że mamy do czynienia ze zranieniem serca, po kolorze krwi możemy z pewnem prawdopodobieństwem orzec, która z jego części jest uszkodzona, gdyż kolor jasny, tętniczy bywa przy ranach drążących lewej komory, ciemny, żylny przy ranach prawej komory lub nie drążących lewej (FISCHER).

Do ważniejszych objawów bezwątpienia zaliczyć potrzeba omdlenia, które albo zdarzają się natychmiast po zranieniu, jako następstwo wstrząsu (*Shock*) albo też później, jako wyraz znacznej utraty krwi. Niektórzy, jak PIROGOFF, FISCHER, PODREZ uważają omdlenia za zbawienny środek dla chorych, gdyż w ten sposób najpierw zatrzymuje się upływ krwi, później zaś przy długo trwających omdleniach może wytworzyć się skrzep, dość silny do zatamponowania rany w sercu. Jest to zupełnie możliwe, wobec opisywanych przypadków, w których omdlenia trwały po kilka godzin. Niestety, omdlenia nie są stałym objawem, spostrzegano nieraz, że chorzy z ciężkim nawet zranieniem serca nie tylko nie tracili przytomności, lecz, jak opisują PISARZEWSKI, REHN, mogli wykonywać znaczne ruchy fizyczne, przebiegać dość znaczne odległości, lub, jak w drugim naszym przypadku, chory wyrwał nóż, zatopiony we własnej piersi i zranił nim swego mordercę, lub umierali wreszcie, ani na chwilę nie tracąc przytomności. Często zdarza się, że omdlenia następują kilkakrotnie, co zwykle bywa przy znacznej utracie krwi. Temu samemu należy przypisać występujące nieraz uczucie ogólnego osłabienia, chociaż to samo wywołać może i wstrząs. Uczucie strachu i niepokoju, ogarniające ranionych — objawy dość charakterystyczne dla cierpień serca — w danym przypadku objaśniają jako wywołane przez ucisk serca lub płuc wskutek skrzepów. REHN uważa, że wstrząs (*Shock*) powstaje natychmiast przy drążących ranach serca,

a szybko występujący przy nich spadek ciśnienia tętniczego powoduje małokrwistość ośrodków nerwowych i prawdopodobnie mięśnia sercowego, i ztąd powstają: omdlenia, sinica, duszność, słabe, nieregularne tętno i t. p.

Czy rany serca są bolesne, czy nie, trudno jest coś stanowczego orzec pod tym względem. Większość autorów przypuszcza, że rany serca wcale albo bardzo mały ból sprawiają. Zdanie swe opierają oni na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i na mocy tych spostrzeżeń, że ranieni dość często nie wiedzą o swoim cierpieniu. Bóle, na które uskarżają się chorzy, przypisać należy ranie zewnętrznej, opłucny lub osierdzia. Przy pierwszym badaniu chorego z raną serca zwykle uderza nas zewnętrzny wygląd chorego, który sam jest dostateczny, żeby naprowadzić nas na myśl o ciężkim uszkodzeniu jakiegoś narządu wewnętrznego. Trupia bladeść twarzy, źrenice rozszerzone, słabo lub wcale nie oddziaływające na światło, sine wargi i paznogie, nos, uszy i kończyny lodowate, skóra zimna, często lepkim potem pokryta, wreszcie słabe, nitkowate, nieraz tylko w wielkich naczyniach wyczuwalne tętno, oto najczęściej spotykane objawy, zależne w części od wstrząsu, w części od szybkiej utraty krwi. Widzimy jednak, że opis powyższy zasadniczo mało różni się od klasycznego opisu CELSUSZ'a. Badanie fizyczne chorego daje nam wyniki różne względnie do tego, czy zranione jest serce samo, czy też jednocześnie płuco z opłucną. W pierwszym przypadku przy opukiwaniu udaje się nam stwierdzić powiększenie tępości serca na prawo i ku górze, przy wysłuchiwaniu zaś znajdujemy szmery. W przypadkach zaś zranienia płuca opukiwanie i wysłuchiwanie daje ujemne wyniki, gdyż szybko następujący otok powietrzny maskuje zupełnie tępość serca, a jeszcze mniej faktów daje w tych razach auskultacja, gdyż i tak zwykle słabe skurcze serca tutaj są zupełnie przygłuszone przez wpadające ze świstem do opłucny powietrze, wskutek czego nie jesteśmy w możności usłyszeć ani tonów, ani szmerów sercowych. Oddechanie, skutkiem wylewów obfitych do osierdzia i opłucny, zazwyczaj bywa utrudnione, powierzchowne i zwykle częstsze, niż normalnie. Krwiopłucie, jeśli nieraz bywa spostrzegane, pochodzi ze zranionych narządów oddechowych. Inne objawy, jak wymioty, wypróżnienia bezwiedne, wielkie pragnienie nie są charakterystyczne dla zranień serca, a zależne są od wstrząsu lub ostrej małokrwistości. Wyżej już wspomnieliśmy, że rany samego serca są bardzo rzadkie, najczęściej są one powikłane zranieniem innych narządów, lub też same stanowią tylko powikłanie, więc i zbiór spostrzeganych objawów zwykle będzie odpowiadał wspólnemu zranieniu tych narządów. Opierając się na powyższej syptomatologii, ROSE dzieli uszkodzenia serca na 3 kategorie: 1) rany samego serca, 2) rany serca, powikłane zranieniem płuc i charakteryzujące się odmą opłucny i osierdzia (*pneumothorax, pneumopericardium*) i 3) rany serca wątpliwe, t. j. te, przy których spostrzega się tylko omdlenia, szmery w sercu, nieprawidłowe skurcze. Omawiając tutaj różnorodność objawów zranień serca, zauważyć jednak należy, że odpowiednio do umiejscowienia rany w sercu objawy te mogą być różne, gdyż przy zranieniach prawej komory występują przeważnie zaburzenia w oddechaniu, przy ranach lewej zaburzenia w krążeniu, jak omdlenia, brak tętna i t. p.

Wszystkie te objawy, aczkolwiek zdarzają się prawie zawsze przy uszkodzeniach serca, jednakże nie są na tyle patognomiczne, żeby na zasadzie któregośkolwiek z nich można było z bezwzględną pewnością rozpoznawać zranienie serca. Mając nawet cały zbiór ich, możemy to czynić tylko z pewnym prawdopodobieństwem. Jednym z pierwszych objawów, który od razu

rzuca nam się w oczy i może naprowadzić nas na myśl o zranieniu serca, jest umiejscowienie rany w przedsercowej lub bliskiej jej okolicy. Zdarzało się jednak nieraz, że rana zewnętrzna znajdowała się w znacznej od serca odległości. Następnie, mając przed sobą ranę zewnętrzną, która odpowiada anatomicznieu położeniu serca i osierdzia, zadaniem naszym będzie przekonać się, czy jest ona drażąca lub nie. Znaczne ułatwienie pod tym względem mamy, jeśli podczas oddechania powietrze przechodzi przez ranę zewnętrzną, lub też jeśli w jej sąsiedztwie rozwija się odma powietrzna. Te ostatnie objawy wskazują nam odrazu, że rana draży do jamy piersiowej, i że mamy przed sobą zranienie płuca lub opłucny, co przy obecności innych objawów może nas już naprowadzać na myśl o zranieniu ważniejszego jakiego narządu. Drugą ważną w tych razach wskazówką bywa kierunek rany, który sprawdzić możemy za pomocą palca lub zgłębnika. Wprawdzie obecnie wielu chirurgów sprzeciwia się sondowaniu ran w tych przypadkach, gdzie jest podejrzenie, że drażą one do jam, a niektórzy jak np. ESMARCH i RYDYGIER, posuwają się jeszcze dalej gdyż zgłębnik uważają za instrument nie tylko bezużyteczny, lecz zgoła szkodliwy w tych razach. Jako przeciwwskazanie do sondowania ran serca uważać należy łatwość zrobienia fałszywej drogi, możliwość przebicia nieuszkodzonego dotąd wsierdzia i zamiany w ten sposób rany niedrażącej na drażącą, wreszcie możemy bądź wprost mechanicznie zniszczyć wytworzony już skrzep, bądź też przez podrażnienie serca zgłębnikiem wywołać energiczniejsze skurcze, które wypchną z rany w sercu skrzepy, spełniające rolę zatyczek. Jeśli jednak mamy przed sobą chorego z raną w okolicy przedsercowej, z obfitem krwawieniem, słabem lub niewyczuwalnem tętnem, powierzchownym oddechem, zimnemi kończynami i wreszcie z fizycznymi objawami krwotoku wewnętrznego, to wobec tego, że czynna interwencya może zbawić w tym przypadku chorego, ocalić mu życie, jesteśmy zupełnie uprawnieni przed samą operacją przy zachowaniu odpowiednich przepisów do ostrożnego zbadania rany zgłębnikiem lub jeszcze lepiej palcem, chociażby w tym ostatnim przypadku trzeba było dla tego rozszerzyć ranę zewnętrzną. Sam krwotok zewnętrzny, nawet w tych przypadkach, gdzie krew synchronicznie tryska, nie jest patognomiczny dla ran serca, gdyż zranienie tętnicy międzyżebrowej lub sutkowej wewnętrznej ten sam objaw dawać może. Największe prawdopodobieństwo zranienia serca mamy, gdy przy obecności wspomnianych wyżej objawów otrzymujemy przy opukiwaniu powiększenie tępości serca, szmery przy wysłuchiwaniu tonów serca, tarcie w osierdziu, a jednocześnie tętno jest słabe, nierówne lub przepuszczające. Zaznaczyliśmy jednak wyżej, że większość tych objawów, w przypadkach jednoczesnego zranienia płuca lub opłucny, jest zamaskowana przez powstający natychmiast otok powietrzny osierdzia i przez wpadające lub wydostające się ze świstem z rany skórnej powietrze. Z tego wszystkiego widzimy, że do rozpoznania za życia zranienia serca niema ani jednego pewnego objawu, a nieraz nawet kombinacya kilku nie daje nam nic pewnego, dopóki więc naocznie wzrokiem lub dotykiem nie zbadamy serca, dopóty nie może być pewności, lecz tylko większe lub mniejsze prawdopodobieństwo zranienia jego

Jeszcze trudniejsze i jeszcze mniej pewne jest rozpoznawanie uszkodzeń oddzielnych części serca. W przypadkach przypuszczalnego zranienia serca kierunek rany i rodzaj raniącego narzędzia względnie najlepsze może dać nam pod tym względem wskazówki. Jasny lub ciemny kolor krwi nie może być przekonywającym dowodem, że mamy do czynienia z raną prawej lub lewej

komory, gdyż krew tętniczą zarówno mieć będziemy prócz zranień tętnic i przy ranach płuc, ciemną zaś w asfiktycznym stanie chorego. PODREZ rany komór odróżnia na zasadzie, czy objawy występują więcej ze strony krążenia, czy też oddechania. Rany wielkich naczyń, blisko ich wyjścia z serca, prawie natychmiast kończą się śmiercią; to samo, z małymi wyjątkami (E. GIORDANO), powiedzieć można o zranieniach przedsionków, w tych więc przypadkach rozpoznanie najczęściej bywa robione na stole sekcyjnym.

Niemniej trudne i niepewne jest rokowanie, zarówno pod względem czasu, jaki po zranieniu dany osobnik przeżyć może, jak i co do możliwości zupełnego wyzdrowienia. Opisane w literaturze niektóre przypadki zdumiewają wprost, w jaki sposób życie ludzkie może, nawet przez czas krótki, egzystować przy podobnych uszkodzeniach. RIBBERT opisuje przypadek, w którym samobójca przestrzelił sobie z rewolweru klatkę piersiową. Zmarł po dziewięciu dniach, i przy badaniu pośmiertnym okazało się, że kula przebiła przednią ścianę prawej komory, część tylną przegrody, ścianę tylną lewej komory i, po przebiciu nawyłot aorty zstępującej, uwięzła z lewej strony kręgosłupa! Albo przypadek BALG'A, gdzie chory żył lat 20 z kulą w ścianie prawej komory. FISCHER przytacza w zebranej przez siebie kazuistyce przypadek (Nr. 367), w którym żołnierz, raniony w r. 1812 w bitwie pod Salamanką, zmarł dopiero w 1864 r., i przy badaniu pośmiertnym znaleziono kulę otorbioną w osierdziu. Podobne przypadki dowodzą niezbicie, że serce nie jest narządem, którego zranienie śmierć bezwarunkową sprowadza, lecz że rany jego trzeba zaliczyć do warunkowo śmiertelnych, t. j. że przy pewnych sprzyjających warunkach rany te mogą zupełnie dobrze zabliznąć się, a sam narząd funkcjonować nadal bez przeszkody. Dzisiaj nawet, na mocy spostrzeżanych kazuistycznych przypadków i doświadczeń, dokonanych na zwierzętach, możemy do pewnego stopnia rozklasyfikować zranienia serca podług ich ciężkości. Do bardzo niebezpiecznych pod tym względem zaliczyć trzeba rany serca drążące, gdyż obfity krwotok, zwykły objaw tych przypadków, jest bardzo trudny do zatrzymania i w krótkim bardzo czasie do zgonu prowadzi. Różne jednak jest rokowanie przy ranach drążących komór i przy podobnych zranieniach przedsionków. Te ostatnie wraz ze zranieniami wielkich naczyń blisko ich wyjścia z serca są prawie zawsze i w krótkim bardzo czasie śmiertelne. GIORDANO zdążył wprowadzić zeszyć ranę lewego przedsionka, i chory po tym zabiegu żył dni 20, a THEILE i DEMME (u PODREZ'a) opisali dwa przypadki zranień aorty, w których obaj chorzy żyli około 5 tygodni i zmarli wskutek powikłań, jednak przypadki te zaliczyć należy do wyjątkowych, gdyż wobec nieznacznej grubości ścian, trudno jest spodziewać się szybkiego wytworzenia się mocnego skrzepu, który w porę zatrzymałby śmiertelny krwotok. Z tego samego względu rany prawej komory uważane są za bardziej niebezpieczne, niż rany lewej. Najlepsze względnie rokowanie dają rany przegrody międzykomorowej. Wprowadzić KRONECKER i SCHMEY opisali ośrodek u zwierząt, którego zranienie lub ukłucie natychmiastowe zatrzymanie skurczów komór sprowadza. Ośrodek ten miał (u TERRIER'a) znajdować się na poziomie środkowej trzeciej części brzozy międzykomorowej przedniej. Badania jednak RODET'a i NICOLAS'a (u TERRIER'a) nie potwierdziły tego, gdyż nie tylko ukłucia, ale nawet i rany cięte tego miejsca nie sprowadzały ważniejszych zaburzeń w czynności serca. To samo powiedzieć można i o zranieniu tętnic wieńcowych. Gdy jedni uważali je za bezwarunkowo śmiertelne, w przypuszczeniu że z przecięciem tętnicy odpowiednia

część mięśnia sercowego pozbawiona zostaje odżywiania i, przestając z tego powodu w krótkim czasie pracować, powoduje zupełne zatrzymanie się bicia serca, inni, jak MANSSELL-MOULLIN, TURNER, opierając się na klinicznych spostrzeżeniach, a NICOLAS i RODEF na doświadczalnych, doszli do przekonania, że zranienie tętnic wieńcowych nie wywołuje powyższych objawów, i że podwiązanie ich jest zupełnie możliwe. Ważniejszą rzeczą dla rokowania jest kierunek rany w stosunku do powierzchni serca. Rany prostopadłe do powierzchni zwykle dają w sercu otwory zięjące, przez które krew upływa tak szybko i obficie, że nie może być mowy o jakiej czynnej pomocy lub o wytworzeniu się skrzepu. Rany zaś skośne albo podczas skurczu zakrywają się przez beleczkowaty układ mięśnia sercowego, albo też łatwiej mogą być przez skrzepę zatkane, niż w przypadku ran pionowych, z których przy silniejszym skurczu skrzepy zaraz wypadają. Nie ma potrzeby wspominać, że obszerne rozdarcia lub skaleczenia serca, połączone ze znacznym uszkodzeniem powłok zewnętrznych lub innych narządów wewnętrznych, przy rokowaniu nie mogą być brane pod rachubę, gdyż w tych przypadkach najczęściej śmierć bywa natychmiastowa, i z istotą uszkodzeń zapoznajemy się na stole sekcyjnym.

Wskutek czego następuje śmierć przy zranieniach serca? Kwestyę tę, przez długi czas ciemną, jeszcze MORGAGNI starał się rozświetlić, widząc, że nie we wszystkich przypadkach można ją stawiać w zależności od znacznej utraty krwi. Pierwszy też zaczął przypuszczać, że na funkcję serca wielki wpływ wywierać musi krew, znajdująca się w osierdziu, i że to ostatnie, będąc nadmiernie rozciągnięte, musi sprowadzać zgubny dla serca ucisk. Następnie FR. FRANK z doświadczeń nad psami wyprowadził następujące wnioski: przed ostatecznym zatrzymaniem się serce bije, lecz nie posyła fali krwi wskutek tego, że samo jej nie otrzymuje. To ostatnie zależy od zewnętrznego ucisku cienkich ścian przedsionków przez nagromadzoną w osierdziu krew. Na tej samej zasadzie opiera się ROSE, uważając za główną przyczynę śmierci ucisk serca przez krwistek w osierdziu. REHN, wyprowadzając wnioski ze swego przypadku, przypuszcza, że krew, zebrana w osierdziu, utrudnia dopływ z żył głównych i zatrzymuje czynność serca. TERRIER i REYMOND rozróżniają dwa rodzaje szybkiej śmierci wskutek zranień serca: śmierć natychmiastową, w której układ nerwowy niewątpliwą lecz jeszcze bliżej nie określoną odgrywa rolę, i śmierć, następującą szybko po zranieniu, od kilku minut do kilku godzin — i zawsze zależną od ucisku serca przez krwistek. Śmierć, zdarzająca się w późniejszym czasie, po większej części zależy od powikłań, występujących zarówno ze strony narządów krążenia, jak i ze strony zranionych zwykle narządów oddechania.

Drugim ważnym pytaniem jest, czy w razie wyzdrowienia po uszkodzeniu serca następuje *restitutio ad integrum* jego czynności t. j. czy zranione serce odzyskuje swą poprzednią sprawność, czy też rozwija się nerwica lub organiczna wada jego. Na zasadzie wielu spostrzeżeń przypuszczać należy, że wyzdrowienie jest możliwe, chociaż niezaprzeczonym jest fakt, że urazy mają wielki wpływ na rozwój chorób serca. BERNSTEIN np. skonstatował uraz, jako przyczynę, w 152 przypadkach chorób serca, w tem w 85 przypadkach zaburzenia sercowe nastąpiły bezpośrednio po wypadku, a w 9 przypadkach od urazu upłynął rok.

Leczenie ran serca przez czas długi było tylko konserwatywne t. j. stosowana była terapia czysto objawowa. Wprawdzie i teraz jeszcze, pomimo zachęcającego przykładu REHN'a, jest jeszcze wielu przeciwników czynnej

chirurgicznej interwencji; nie dalej nawet, niż dwa lata temu, na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie SENDLER (z Magdeburga) i LAUENSTEIN (z Hamburga) twierdzili, że w większości przypadków leczenie za pomocą środków terapeutycznych jest zupełnie wystarczające, gdy operacja jest wskazana w wyjątkowych razach. Rozpatrując jednakże dawne i terażniejsze sposoby leczenia, dojdziemy do przekonania, że jak tam, tak i tu kierowano się w zasadzie temi samemi wskazaniem, tylko sposoby wykonania były niejednakowe. JAMAİN np. wskazania do leczenia stawał następujące: 1) ułatwić tworzenie się skrzepu w ranie serca, 2) starać się utrzymać skrzep ten w ranie, 3) wreszcie chronić od zapalenia serce i osierdzie, w razie zaś gdy ono nastąpi, zwalczać je. Mniej więcej, *mutatis mutandis*, te same wskazania kierują nami i przy chirurgicznym leczeniu, mianowicie: 1) zatrzymać krwawienie przez bezpośrednie zamknięcie rany szwami, 2) starać się przy pomocy aseptyki w możliwie krótkim czasie otrzymać rychłozrost i 3) przy pomocy tejże aseptyki nie dopuścić do powikłań, w razie zaś gdyby te nastąpiły, znowu przez odpowiednie zabiegi chirurgiczne usuwać szkodliwe ich następstwa. Poprześć jednak na samej tylko chirurgicznej interwencji nie możemy, gdyż dopiero po dokonanej operacji zaczyna się, być może, najcięższe zadanie, które bezsprzecznie do terapii ogólnej należeć będzie. Z drugiej strony wspomniana już wyżej trudność w rozpoznaniu ran serca zniewala nas nieraz tylko do wyczekiwania, *resp.* do terapii objawowej.

Pierwszem i najważniejszym naszym zadaniem, bez względu na to czy trzymać się będziemy terapii czynnej, czy też wyczekującej, jest dostarczenie choremu odpowiedniego spokoju. Spokój sprzyja szybkiemu wytworzeniu się skrzepu i również zapobiega wypadnięciu tegoż z rany, co łatwo może nastąpić przy zwiększonej podczas ruchów pracy serca. Opisywane wtórne krwotoki, jak np. w przypadku EWALD'a, w którym chory zmarł wskutek krwotoku wtórnego, w miesiąc po zranieniu, albo spostrzegana nagła śmierć w kilka godzin po wypadku, najczęściej zdarzają się podczas jakiegokolwiek silniejszego ruchu fizycznego, który sprowadza uszkodzenie lub wypadnięcie z rany nie dość dobrze zorganizowanego jeszcze skrzepu, albo też przy zwiększonym ciśnieniu krwi nienaruszone przedtem wosierdzie pęka, robiąc w ten sposób z niedrażącej rany — drażącą. Odpowiednie przeto ułożenie chorego, jaknajwiększa ostrożność przy przenoszeniu lub opatrunku, usuwanie wszelkich szkodliwych czynników zewnętrznych i łagodzenie przez odpowiednie środki lekarskie takich objawów, jak *delirium traumaticum*, niepokój, *delirium potatorum*, powinno być, jak to zaznaczyliśmy, jednym z pierwszych starań zarówno przy chirurgicznym, jak i wyczekującym leczeniu.

Dawniej *larga manu* stosowano puszczanie krwi w celu zmniejszenia ciśnienia, które mogło zagrażać świeżo wytworzonym skrzepom lub zrostom, lecz dzisiaj, nie bez racji, zostało to zupełnie zaniechane wobec tego, że w większości przypadków ciśnienie krwi jest przez naturalną utratę krwi zmniejszone. Sztuczne zaś pozbawianie organizmu krwi i robienie go przez to mniej odpornym na możliwe następne zakażenia byłoby tylko rzeczywistym uszczerbkiem dla chorego, wobec wątpliwej korzyści. Zresztą, za pomocą środków farmakologicznych możemy w odpowiedni sposób regulować działalność serca, zaznaczyć tylko trzeba, że LENNERTZ w przypadkach uszkodzenia serca stanowczo wyłącza kofeinę, która, działając na ośrodki, zwężające naczynia, (*vaso-constrictores*) znacznie zwiększa ciśnienie wewnętrzne, a tem samem podnosi i pracę serca.

Mając więc chorego z raną serca stwierdzoną lub tylko przypuszczalną, najlepiej jest, jeśli po operacji, *respective* tylko po opatrunku, ułożyć go w pozycji lekko pochylej lub nawet, jeśli niema skłonności do omdleń, w pozycji pół-siedzącej. Tym sposobem znakomicie ułatwia się oddechanie, w razie zaś dłuższego leżenia zapobiega się możliwemu zapaleniu płuc opadowemu. Następnie powinniśmy łagodzić objawy, wywołane przez utratę krwi: ostrą małokrwistość, uczucie zimna i pragnienie. Odpowiednio do stopnia pierwszego z tych objawów stosuje się wlewania do odbytnicy lub podskórne wstrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej, w przypadkach zaś bardziej groźnych należy uciec się wprost do wlewań wewnątrzżylnych. Ziębienie i pragnienie usuwa się przez odpowiednią temperaturę pokoju, ciepłe, chociaż lekkie okrywanie chorego, podawanie mu ciepłych napojów i t. d. Przy podnieconym stanie chorego, jak również przy kaszlu, silnych bólach, nie należy wahać się przed stosowaniem narkotyków, nawet przy małym i słabym tętnie. Miejscowo, nawierzch opatrunku, szczególnie przy współczesnem zranieniu płuca, dobrze jest położyć pęcherz z lodem.

Przechodząc obecnie do operacyjnego leczenia zranień serca, musimy zauważyć, że zabiegi nasze mają jedno w tych razach wskazanie: usuwać groźne dla życia następstwa zranienia. Sposoby do wypełnienia tego wskazania są podwójne, gdyż albo celem naszego zabiegu będzie usunięcie krwisteku z osierdzia, albo też przez rękoczyn chirurgiczny starać się będziemy powstrzymać samo krwawienie. W pierwszym przypadku interwencja nasza ograniczać się będzie do przekłucia lub przecięcia osierdzia, w drugim musimy wykonać operację na samym sercu. Wykazywać wyższość otwierania osierdzia nad przekłuciem w przypadkach pochodzenia traumatycznego nie ma potrzeby, gdyż wszystko to, co można powiedzieć na korzyść pierwszej operacji w przypadkach zapalnych, da się zarówno zastosować i w przypadkach pochodzenia urazowego. W jednym i drugim razie mamy do czynienia z zebraniem się w osierdziu płynu, który, mechanicznie powstrzymując akcję serca, może doprowadzić do zupełnego jej zatrzymania. DELORME i MIGNON na 100 przypadków usuwania wysięku z osierdzia znaleźli, że w 82 przypadkach, w których robione było przekłucie, wyzdrowień było 28 śmierci 54, co czyni 65% śmiertelności, gdy na 18 perikardiotomii było 11 wyzdrowień i 7 śmierci, t. j. 38% śmiertelności. Opierając się na zebranych spostrzeżeniach, doszli oni do następujących wniosków, przemawiających za perikardiotomią: 1) przy cięciu osierdzia nie rani się na ślepo narządów wewnętrznych, 2) opróżnienie osierdzia jest zupełne przyczem 3) serce odrazu odzyskuje zupełną swobodę, 4) przez częste opatrunki i przemywania łatwiej dezynfekuje się jama osierdzia. Otwarcie osierdzia obecnie możemy porównać do otwarcia otrzewny, które dawniej uważane było za śmiertelne, dzisiaj zaś należy do jednej z częstszych operacji.

W przypadkach traumatycznych dostawanie się drogą operacyjną do serca, *resp.* perikardiotomia, ma cele następujące: 1) zniesienie usisku serca przez nagromadzoną w osierdziu krew, w których to razach ROSE perikardiotomię uważa za analogiczną do tracheotomi i 2) jako przedwstępny akt do operacji na sercu. Kto był pierwszym, który otwierał osierdzie przy urazach, dokładnie nie wiadomo. Georg Foy przypisuje palmę pierwszeństwa angiłkom, mianowicie JOHN BELL'owi, który z pomyślnym wynikiem otworzył osierdzie w celu usunięcia z niego ciała obcego.

Technika samej perikardiotomii jest bardzo dawna, i pierwszy sposób tej operacji, według TERRIER'a, przypisać należy DESAULT'owi, który radził w tym celu wykonywać cięcie warstwami, tuż przy mostku. Po dojściu do osierdzia robiono nacięcie, a właściwie nakłucie jego. Sposobowi DESAULT'a, jak i jego następców, którzy wykonywali perikardiotomię bez rezekcji żebra, można wiele zarzucić. Najpierw wszystkie te sposoby podają cięcia zbyt blisko mostka, łatwo więc skaleczyć tętnicę sutkową wewnętrzną, którą podwiązać w wąskiej przestrzeni nie jest tak łatwo. Rozszerzając zaś ranę dalej na zewnątrz, łatwo zranic opłucną lub płuco, i przytem dostęp do osierdzia, które, im dalej nazewnątrz, tem głębiej leży, jest bardzo niewielki. Z tego powodu wszelkie operacje, dokonywane na osierdziu lub sercu, obecnie są poprzedzone rezekcją żeber.

Według TERRIER'a i REYMOND'a, pierwszym, który radził przy perikardiotomiach robić rezekcję żeber, był OLLIER. Jego sposób polegał na cięciu skórnem poprzecznem i rezekcyi 5-tej chrząstki lewego żebra na przestrzeni 7—8 ctm. od mostka. DELORME i MIGNON cięcie skórne robią płątowe, prowadząc cięcie prostopadłe w odległości 1 ctm. od mostka na przestrzeni od 4-go żebra do 7-go, i rezekują chrząstki 5-go i 6-go żeber. SKIELDERUP, w celu dostania się do osierdzia, trepanował mostek tuż pod linią, łączącą oba 5-te żebra. DURAND radzi czasową rezekcją chrząstki 5-go żebra, mianowicie w ten sposób, że cięcie skórne prowadzi od środka mostka przez 5-te żebro, na przestrzeni 6—8 ctm., następnie, po oddzieleniu chrząstki od mostka, podnosi żebro od wewnątrz nazewnątrz, po przewiązaniu tętnicy sutkowej wewnętrznej, podchodzi palcem na tępo pod mostek, obnażając osierdzie. Miejsce do operacji na osierdziu ma być dostateczne.

Wreszcie WOJNICZ-SIANOŻECKI, dzieląc przypadki, według ilości istniejącego wysięku, na trzy grupy, dla każdej z nich podaje oddzielny sposób operowania. W przypadkach, gdzie wysięk nie dosięga 150 ctm. sz., następujące daje wskazówki: cięcie skórne prostopadłe, 6 ctm. długie, przez linię przyczepu 6-go żebra do mostka, następnie rezekcja chrząstek 6 i 7 żebra wraz z kawałkiem lewego brzegu mostka. Przy średnich wysiękach, nie przekraczających 400 ctm. sz.: cięcie skórne podłużne w odległości 1 ctm. od linii mostkowo-żebrowej, rezekcja 6 i 7 chrząstki, przewiązanie tętnicy sutkowej wewnętrznej. Przy wielkich wreszcie wysiękach: cięcie skórne skośne, mniej więcej wzdłuż 6-go żebra. Cięcie zaczyna się w 4—5 ctm. od środkowej linii, następnie rezekcja około 4 ctm. chrząstki 6-go żebra. Przy tym sposobie tętnica sutkowa wewnętrzna zostaje nawewnątrz, opłucna nazewnątrz.

Jednak w przypadkach traumatycznego pochodzenia, jeśli możemy robić wybór pomiędzy sposobami, najlepszy będzie sposób TASSI'ego, w którym rezekuje się 5 chrząstkę żebrową, a w razie potrzeby i sąsiednią część mostka. W większości jednak przypadków, jeśli jednocześnie zraniona jest opłucna lub płuco, co może maskować dalsze uszkodzenia, zwykle korzysta się z rany już istniejącej, która odpowiednio rozszerza się i dopiero wtenczas jest mowa o wyborze miejsca do rezekcyi.

Jeśli mamy wypełnić drugie wskazanie i przez zabieg chirurgiczny zatrzymać krwawienie ze zranionego serca, to zaznaczyć musimy, że jedyną do tychczas wykonywaną na sercu operacją było zeszyście jego. Pierwszym, który z dobrym wynikiem dokonał na psie szwu sercowego był SIMPLICIO DEL VECCHIO. Doświadczenie jego powiodło się w zupełności, gdyż po zabiciu psa w 42 dni po nałożeniu szwu znaleziono zrost zupełny. Podobnego rodza-

ju doświadczenia i z równie pomyślnym wynikiem przeprowadził SALOMONI. Kiedy na XI zjeździe chirurgów włoskich we wrześniu 96 r. dyskutowano nad odczytem jego, DURANTE przytoczył przypadek FARINA'y, w którym ten ostatni zeszył serce przy ranie drążącej lewej komory. Śmierć nastąpiła po upływie dni kilkunastu wskutek choroby, jakoby zupełnie od zranienia niezależnej. Przypadek ten jednak jest dość ciemny, gdyż nie mogliśmy nigdzie znaleźć opisu samej techniki i wyniku badania pośmiertnego. Powołując się jednak na powagę DURANTE'go, możemy uważać FARINA'ę za pierwszego który odważył się na człowieku dokonać tej śmiałej operacji. Drugim był norweski chirurg CAPPELEN, lecz przypadek jego również zakończył się śmiercią. Dopiero przypadki REHN'a i PARROZZANI'ego, zakończone pomyślnie, pokazały, że w ciężkich przypadkach zranienia serca możemy i powinniśmy występować z czynną interwencją.

Jeszcze śmielszej operacji dokonał E. GIORDANO, zeszył bowiem ranę drążącą lewego przedsionka, chory ten zmarł dopiero 19 dnia, przyczem na miejscu rany znaleziono zupełne zablźnienie.

W przeciągu ostatnich 4-ch miesięcy, z powodu rozpowszechnionych dziś w Warszawie w pewnych warstwach ludności bójek na noże z jednej strony, z drugiej zaś dzięki szybkiej i umiejętnej pomocy ze strony instytucji Pogotowia Ratunkowego, która natychmiastowo, bez chwili zwłoki dostarczała chorych do kliniki, mieliśmy sposobność spostrzegać aż trzy przypadki ran serca bardzo ciężkich. We wszystkich 3-ch przypadkach udało nam się, po uprzednim wycięciu żeber, nałożyć szwy nazranione serca, a chociaż chorzy po pewnym czasie zmarli, to przypadki te, jako dotychczas bardzo mało opisywane, podajemy poniżej.

(C. d. n.).

Z LEZCNICY CHIRURGICZNEJ D-RA SOLMANA.

DWA PRZYPADKI PNEUMOTOMII Z POWODU ROPNIA PŁUC.

Podał

D-r SOLMAN.

Operacje, w płucach dokonywane, zaliczane przez długie lata do zabiegów wyjątkowych lub bezcelowych, przestają obecnie być rzadkością; coraz liczniejsze opisy spostrzeganych przypadków chirurgicznego leczenia chorób płucnych, zestawienia, prace analityczne, doniosłego znaczenia prace doświadczalne dowodzą, że operacje w płucach w niektórych przypadkach, względnie nawet licznych, dokonywane być mogą i być powinny. Obecnie wiele jeszcze istnieje wątpliwości w chirurgii płuc, lecz przy rozwoju współczesnej chirurgii krytyczna ocena osiągniętych zdobyczy praktycznych wpłynie na ustalenie zasad postępowania w tej nowej dziedzinie naszej wiedzy. RIEDINGER, RICHEROLLE, RECLUS, TUFFIER, TERRIER, QUENU, QUINCKE, SONNENBURG, SCHWALBE, KAREWSKI, BECK, TRZEBICKI, KJEWski, GERULANOS i inni podali,

ocenili i wyjaśnili wiele faktów z chirurgii płuc, dzięki tym badaczom posiadamy już niektóre dosyć ściśle wskazówki do postępowania chirurgicznego w pewnych postaciach chorób płucnych, lecz wiele jeszcze światła potrzeba, aby postępowanie nasze w praktyce ku prawdziwemu pożytkowi cierpiących służyło.

Różne i liczne są sprawy patologiczne w płucach; operacje wskazane są w niektórych cierpieniach niemal bezwzględnie, w innych względnie, w niektórych zaś operacje są wręcz przeciwwskazane. Z pomiędzy dwóch głównych operacji w płucach — pneumotomii i pneumektomii, niemal bezwzględnie wskazana jest pneumotomia w ropniu płuc, w ograniczonej zgorzeli, w bąblowcu; względnie wskazaniem do pneumotomii może być ograniczone rozszerzenie oskrzeli, rozległa jama gruźlicza, obce ciało, powodujące ropienie, ściśle ograniczona promienica; przeciwwskazana zaś jest pneumotomia w zgorzeli nieograniczonej, w małych i licznych jamach ropnych, w rozległym rozszerzeniu oskrzeli, w rozsianej promienicy. Pneumektomia jest wskazana w nowotworach niezbyt rozległych, które z klatki piersiowej przechodzą na ograniczoną część płuca, w niemogących być odprowadzonymi wypadnięciach płuc; probowano wykonać pneumektomię w gruźlicy płuc, lecz operacja ta pomimo niektórych pomyslnych wyników zarzucona być powinna; operacja ta, jak słusznie twierdzi TERRIER, jedynie wpłynąć może na przyspieszenie śmierci, a w tych przypadkach, w których wyzdrowienie jest jeszcze możliwe, nastąpi wyleczenie samoistnie i bez operacji.

Z pomiędzy septycznych spraw patologicznych, w płucach się rozwijających, pneumotomia najczęściej jest dokonywana w ostrych i chronicznych ropniach płuc, w zgorzeli płuc ograniczonej, w ograniczonych rozszerzeniach oskrzeli z objawami gnilnymi, w zropiałym bąblowcu, wreszcie w przypadkach obcych ciał powodujących ropienie; z tej zaś ogólnej liczby względnie najczęściej wykonywane są operacje w ropniu płuc, powstałym wskutek śródmiąższowego zapalenia tkanki płucnej, najczęściej pochodzenia przerzutowego. Anatomicopatologowie i niektórzy klinicyści twierdzą, że otorbione śródmiąższowe ropnie w płucu wydarzają się bardzo rzadko, TUFFIER jest zdania, że z pomiędzy opisanych, jako ropnie płuc, przypadków, wiele było, zdaje się, tylko śródpłatowem ropnem zapaleniem oplucny, siedlisko bowiem tych ropni zbyt często odpowiadało przedziałom śródpłatowym płuc, znane są jednak liczne przypadki, w których niewątpliwie jama ropna w środku miąższa płuc się znajdowała.

Ropnie płuc, wynik septycznego śródmiąższowego zapalenia płuca, występują najczęściej, jako wtórne cierpienie wskutek przerzutów z istniejącego w innej części ustroju ropnego, gnilnego, zgorzelinowego zapalenia, lub też są głównym objawem skrytej posocznicy lub ropnicy. Ropniom płuc daje początek zakaźne zapalenie samego płuca, w niektórych przypadkach do wytworzenia ropnia przyczynia się *lymphangoitis subpleuralis* lub *peribronchialis*, najczęściej zaś septyczne zatory, w niektórych przypadkach ropień w płucu wytwarzał się wskutek przedarcia się do płuca ropnia sąsiednich narządów, co szczególnie w ropniu podprzeponowym wydarzyć się może. Zapalenie włóknikowe płuc, influenza, tyfus, dysenterya, ostre zapalenie szpiku kostnego, gorączka pologowa, ropnica, zapalenie wsierdza, zapalenia okołokątnicze, ropnie wątroby, ropnie podotrzewnowe, ropnie nerek, ropnie okołomaciczne, zapalenie w przepuklinach uwięźniętych niejednokrotnie powodują wytworzenie się ropni w płucach. Przy ranach płuc zakażenie rany może sprzyjać po-

wstaniu ropnia. Z 49 przypadków, zestawionych przez TUFFIER'a, jako przyczynę ropnia płuc podano w 23 przypadkach włóknikowe zapalenie płuc, w 6 przerzuty gnilne, w 5 obce ciała w oskrzelach, wreszcie w 3 przypadkach ropnie wątroby i nerek. W niektórych przypadkach następuje samoistne wyleczenie po opróżnieniu się ropnia do oskrzeli i wykrztuszeniu ropy, częściej jednak ropień niedostatecznie przez oskrzela się opróżnia, a chorzy giną przy objawach septycznego zakażenia ogólnego; częstokroć ostry ropień przechodzi w chroniczny, przyczem objawy zatrzymania się ropy wywołują wzmagające się wyniszczenie, ściany jamy ropnej ulegają stwardnieniu, wskutek tego nieraz pomimo otwarcia ropnia wyleczenie zupełne nie następuje, pozostaje przetoka płucna nader trudna do zablźnienia. Chociaż w ropniach płuc w niektórych przypadkach może nastąpić samoistne wyleczenie, pomimo to jednak nie należy zbyt długo zwlekać z operacją, szczególnie, gdy istnieją objawy, utrwalające rozpoznanie, a stan gorączkowy nie opuszcza chorego. Dobre wyniki operacyjne otrzymano przeważnie po wczesnych operacjach, 70% wyzdrowień, gdy śmiertelne zejście wydarza się zazwyczaj przy późnych operacjach u wyniszczonych chorych. Dokładne wczesne rozpoznanie ropnia płuc i wczesne zabiegi chirurgiczne ustalą przyszłość pneumotomii w ropniu płuca

O znaczeniu i zaletach pneumotomii w ropniu płuc mogłem się przekonać w następnych dwóch przypadkach, operowanych przeze mnie w bieżącym roku.

I. *Abscessus pulmonis dextri post perityphlitudem et peritonitidem. Pneumotomia. Sanatio.*

21 lutego r. b. przybył do lecznicy mojej 20-letni ślusarz H. T. silnie wyniszczony chorobą, trwającą od 5-tygodni. Choroba rozpoczęła się po zjedzeniu przez chorego dużej ilości kiełbasy w dniu 17 stycznia, ostro dreszczami, bólem w brzuchu, szczególnie silnym w prawym podbrzuszu, wymiotami, zaparciem stolca; trzeciego dnia wystąpiła duszność, ból w prawej połowie klatki piersiowej, kaszel; chory wstąpił wtedy do oddziału szpitalnego d-ra CHEŁCHOWSKIEGO. Korzystając z uprzejmych wskazówek kolegów CHEŁCHOWSKIEGO i MĘCZKOWSKIEGO, dowiedziałem się, że w chwili wstąpienia chorego do szpitala zauważono objawy, świadczące o istnieniu *perityphlitudis, peritonitidis, pleuro-pneumoniae dextrae*; próbne przekłucia wykazały w 9 międzyżebrowo w przestrzeni podprzeponowej istnienie wysięku surowiczego mętnego, zawierającego wiele leukocytów wielo- i jednojądrowych, próbne zaś przekłucie w 5 międzyżebrowo wykazało wysięk surowiczokrwawy. Objawy zapalenia otrzewny po 3 tygodniach minęły, chory jednak gorączkował, a w prawym płucu od kąta łopatki, z przodu od 4 żebra ku dołowi pozostało stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie oddechu, duszność, kaszel z nieobfitem odpluwaniem śluzo-ropnej płwociny. W takim stanie chory opuścił szpital w dniu 8 lutego, od tego czasu do chwili wstąpienia do mojej lecznicy stan zdrowia chorego się nie poprawiał, przy objawach gorączki wyniszczenie i osłabienie stale wzrastało. Przy badaniu w dniu 21 lutego znalazłem stan chorego następujący: ciepłota ciała 39°, tętno 116, oddech 40. Z prawej strony klatki piersiowej z tyłu od kąta łopatki, z przodu od 4 żebra ku dołowi do linii tępości wątroby, od kręgosłupa do linii sutkowej tępy odgłos opukowy; na całej powyższej przestrzeni przy wysłuchiowaniu, przy słabym oddechaniu brak oddechu pęcherzykowego, przy silnym wdechu słychać niewyraźny oddech oskrzelowy, cokolwiek rżężeń, drżenie głosu zniesione, przestrzenie międzyżebrowe przy ruchach oddechowych pozostają nieruchome.

W pozostałej części prawego płuca, jak również w lewym płucu objawy opukowe i wysłuchowe prawidłowe, tony serca czyste, lecz słabe, w narządach jamy brzusznej brak wydatnych zmian, nieznaczne stwardnienie w prawym podbrzuszu w okolicy kiszki ślepej. Przy próbnym przekłuciu w 7, 8 i 9 międzyżebżu igła po przekłuciu opłucny wchodzi natychmiast w dosyć twardą tkankę, nie daje się poruszać i również nie porusza się przy ruchach oddechowych, a z miejsc przekłucia z różnej głębokości do 5 ctm. wgłąb strzykawka wyciąga jedynie ciemno zabarwioną krew. Na zasadzie opisanych objawów i wyniku próbnych przekłuć można było przypuścić, że w danym przypadku istnieje nacieczenie, stwardnienie tkanki płucnej po przebytem zapaleniu; zważywszy jednak, że objawy stwardnienia płuca trwają zbyt długo, chory ciągle gorączkuje, odpluwa ropiastą plwocinę, zważywszy również na prawdopodobne przerzutowe powstanie zapalenia płuca, podejrzewałem, że, być może, w płucu ropień istnieje. Powyższe podejrzenie istnienia ropnia płuca przeszło w pewność, gdy chory w trzy dni po przybyciu do lecznicy raptownie wykrztusił ogromną ilość, około szklanki, cuchnącej ropy. Plwocina ropna była koloru zielonawego, o przenikliwym przykrym zapachu, zawierała oprócz licznych ciałek ropnych mnóstwo drobnoustrojów, bardzo mało włókien sprężystych. Od tej chwili chory stale dużą ilość ropy wypluwał, ciepłota początkowo przez trzy dni była niższa, następnie jednak ciepłota znów się podniosła, ropa była mocno cuchnąca, kaszel ustawiczny męczył chorego, osłabienie ogólne było coraz większe.

27 lutego przy próbnym przekłuciu w 8 międzyżebżu na linii kąta łopatki z głębi płuca wydostałem ropę.

Wobec objawów niedostatecznego opróżniania się ropy przez oskrzela, wobec objawów gnilnych ropy i wzmagającego się zakażenia ogólnego postanowiłem bezwzględnie przystąpić do operacji pulmonotomii.

Operację wykonałem 28 lutego przy łaskawej pomocy kolegów KIJEWSKIEGO i ZEMBRZUSKIEGO.

Po znieczuleniu miejscowem sposobem SCHLEICH'a, wykonałem z prawej strony na linii kąta łopatki rezekcyę 9 żebra na przestrzeni 5 ctm.; pod zgrubiałą i przekrwioną opłucną wyczuwa się dosyć twardą tkankę, prawdopodobnie płuco, do opłucny klatki piersiowej przyrośnięte, mogłem zatem przypuścić, że na miejscu tem istnieje zrost płuca, i że przy cięciu płuca i otworzeniu ropnia ropa do wolnej jamy opłucny się nie przedostanie. Chcąc jednak ustalić płuco w miejscu następczego przecięcia, przeprowadziłem przez opłucną ścienną i tkankę płucną, na górnym i dolnym krańcu przestrzeni po wycięciu żebrze mocną nitkę i związaną dałem do trzymania jednemu z pomocników. Koło dolnej nitki wypłynęło z miejsca wklucia cokolwiek ropy.

Następnie przeciąłem na nieznacznej przestrzeni opłucną pomiędzy nitkami, a przekonawszy się że opłucna jest z płucem zrosnięta, przedłużyłem cięcie i pogłębiałem je w płucu. Po przecięciu wgłąb około 4 ctm. tkanki płucnej, przyczem krwawienie było nieznaczne, z rany poczęła wypływać gęsta cuchnąca ropa; rozszerzyłem na tępo szczypczykami hemostatycznymi cięcie w płucu, i wtedy z jamy, znajdującej się w płucu, na głębokości około 5 ctm. obficie wytrysnęła ropa. Nie wyłyżeczkowałem i nie przemywałem rany i jamy w płucu, wprowadziłem do jamy w płucu dren, a obok niego dwa paski muslinu jodoformowego, ranę zewnętrzną muslinem sterylizowanym wypełniłem.

Po operacji chory uczuł znaczną ulgę w oddechaniu, kaszel mniej częsty, wypluwanie ropy mniej obfite, ciepłota wieczorem spadła do 37°. Przy

zmianie opatrunku następnego dnia z jamy w płucu wypłynęła duża ilość ropy. Chory czuje się dobrze. Trzeciego dnia jama w płucu znacznie się zmniejszyła, tak że zmuszony byłem usunąć sączone i do rany oraz do jamy od tej pory jedynie paski muślinu jodoformowego wprowadzałem. Dalszy przebieg gojenia się był prawidłowy; względnie prędko, bo siódmego dnia po operacji, rana w płucu i rana klatki piersiowej pokryły się drobną ziarniną, a wypływ ropy przez ranę i wykrztuszanie ropnej płwociny były bardzo nieobfite. W otaczającej ranę części płuca w granicach takich, jak przed operacją, przez dni dziesięć tępość była w jednakowym stopniu, oddech oskrzelowy dosyć wydany, w drugim tygodniu po operacji oddech pęcherzykowy stawał się coraz wyraźniejszym. 10 marca chory lecznicę opuścił i następnie przychodził do opatrunku do ambulatoryum. Wypływ ropy z niezupełnie zagojonej rany bardzo skąpy, kaszel mały, płwocina śluzowa. W 4 tygodnie po operacji chorego wysłałem na wieś, albowiem pomimo bardzo pomyślnego stanu gojenia się rany w płucu, ogólny stan chorego bardzo wolno się poprawiał, chory był blady, silnie osłabiony.

Wiadomości, otrzymane o chorym w dniu 10 maja, są pomyślne, rana zagojona, ogólny stan coraz lepszy.

II. *Abscessus pulmonis dextri post pneumoniam. Pneumotomia. Sanatio.*

Do lecznicy mojej przybył 16 kwietnia r. b. A. E. 28-letni mężczyzna średniego wzrostu, prawidłowej silnej budowy, dobrego odżywiania. W rodzinie chorego nikt na gruźlicę nie chorował. Chory od paru lat często ulegał krótkotrwałym cierpieniom płucnym, kaszel, ból w klatce piersiowej, wykrztuszanie dosyć obfite płwociny niejednokrotnie występowały; oprócz powyższych dolegliwości, żadnych ważniejszych cierpień chory nie przeżywał. 18 marca chory mocno przeziębził się, podróżując statkiem; wieczorem wystąpiły dreszcze, ból niezbyt znaczny w prawej połowie klatki piersiowej, duszność, kaszel z nieobfitem wykrztuszaniem śluzowo rdzawej płwociny. Od tej pory stan gorączkowy trwa prawie ciągle, kaszel częsty i silny, płwocina siódmego dnia choroby przybrała cechy czysto ropne, była niejednokrotnie mocno cuchnąca. Badanie płwociny, wykonane dnia 7 kwietnia przez kol. MIKLASZEWSKIEGO, dało wynik następujący: płwocina posokowato-ropna, o przenikliwej mdłej woni, przedstawia jedną masę ropno-płynną, przy gotowaniu z ługiem 10% płwocina rozpuszcza się z trudnością, na dnie próbówki zbiera się obfity osad. W drobnowidzowych preparatach znaczna ilość ropy, trochę komórek nabłonkowych, nieznaczna ilość spirali CURSCHMAN'a, ogromna ilość różnych drobnoustrojów, szczególnie dwoinek FRAENKEL'a, dużo *leptothrix*, masa różnorodnych laseczników i koków; laseczników KOCH'a nie znaleziono; włókien sprężystych brak. Rozpoznanie kol. MIKLASZEWSKIEGO: *bronichitis putrida*, a może *abscessus pulmonis* (?). Zmiany fizyczne świadczyły o istnieniu sprawy chorobowej w klatce piersiowej z prawej strony w opłucnie lub w samym płucu, ściśle jednak rozpoznanie nie było zrobione do dnia 15 kwietnia.

W dniu tym leczący chorego d-r KARWOWSKI rozpoznał ropień płuca na zasadzie próbnego przekłucia w 7 międzyżebżu, przyczem z głębi płuca wydobyto strzykawką około 6 ctm cuchnącej ropy, takiej jak ta, którą chory wypluwał; następnego dnia chory przybył do mojej lecznicy w celu poddania się leczeniu chirurgicznemu.

16 kwietnia ciepłota 39°, tętno 120, oddech powierzchowny, częsty, około 40, częsty kaszel z wykrztuszaniem cuchnącej ropnej płwociny. Z prawej

strony klatki piersiowej od 6 żebra ku dołowi, od kręgosłupa do linii pachowej tępość odgłosu opukowego. Na całej powyższej przestrzeni oddech pęcherzykowy i drżenie głosu zniesione. W pozostałej części prawego płuca oraz w lewym płucu liczne rżenia. W innych narządach wewnętrznych żadnych ważnych zmian nie znalazłem. Wykonałem próbne przekłucie w siódmym międzyżebżu; przebiwszy opłucną, igła weszła bezpośrednio w tkankę płucną, z głębokości 3 ctm. wydobyłem krew z pęcherzykami powietrza, z głębokości około 5 ctm. wydobyłem ropę. Powyżej przytoczone objawy upewniły mnie w słuszności przypuszczenia ropnia płuca, a wskutek tego bezzwłocznie po próbnym przekłuciu do operacji przystąpiłem. Zamierzałem wykonać operację przy znieczuleniu miejscowym sposobem SCHLEICH'a, chory jednak usilnie domagał się chloroformu, prośbie tej, choć nie chętnie, uległem, ułożywszy chorego dosyć wysoko, aby podczas uspienia chorego, ropa do innych oskrzeli oraz z oskrzela prawego do lewego się nie wlewała. Na linii kąta łopatki wyciąłem 6 ctm. ósmego żebra, żebrę było bardzo szerokie i dzięki temu na znacznej przestrzeni opłucna, ewentualnie droga do płuca, została odsłonięta. Bezpośrednio pod opłucną wyczuwa się dosyć twardą tkankę, objaw powyższy przy długotrwałości zapalenia pozwolił przypuszczać, że w miejscu tem opłucna klatki piersiowej jest zrosnięta z płucem, Wykonałem 1 ctm. cięcie przez opłucną, zgłębnikiem przekonałem się, że rzeczywiście istnieje mocny zrost z płucem, mogłem zatem bez obawy cięcie w płucu prowadzić. Przedłużywszy cięcie w opłucnie do 4 ctm. przeciąłem płuco i, pogłębiając stopniowo cięcie, przyczem krwawienie było dosyć obfite, doszedłem na wysokości poziomu siódmego żebra, na głębokości 7 ctm. do jamy ropnej, z której wypłynęła gęsta cuchnąca ropa. Jednocześnie z otwarciem jamy ropnej w płucu chory mocno się zakrztusił, posiniał, i jama ustna wypełniła się dużą ilością ropy; po bezzwłocznem oczyszczeniu jamy ustnej, chory znów zaczął dobrze oddychać. Do rany w płucu i do jamy ropnej włożyłem pasek muszliny jodoformowego, ranę klatki piersiowej wypełniłem i pokryłem opatrunkiem aseptycznym. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, przez dni 8 istniał stan podgorączkowy, ropa obficie wlewała się przez ranę, odpluwanie ropy było coraz rzadsze, ropa już trzeciego dnia przestała być cuchnącą. Od 9 dnia po operacji stan bezgorączkowy, chory czuje się zupełnie dobrze, kaszel rzadko się zjawia, plwocina czasem śluzowa, czasem ropiasta. Parokrotnie plwocina i ropa była badana na laseczniki KOCH'a i na promienicę, tworów jednak swoistych tym cierpieniom nie znaleziono. Rana w płucu pokryła się wcześniej dobrą ziarniną i prędko się zmniejszała; ponieważ pod tamponami zatrzymywała się pewna ilość ropy, wprowadziłem do jamy w płucu miękkiego dren długości 8 ctm., sączek ten nie wywoływał ani odleżyn, ani krwawień, mogłem go zatem dłuższy czas utrzymać. 10 maja stan chorego zupełnie dobry, bezgorączkowy, przez dren wypływa nader nieobfita śluzo-ropna wydzielina, w plwocinie znaleziono niewielkie ilości włókien sprężystych o budowie alweolarnej. Na całej przestrzeni płuca, zajętej poprzednio sprawą chorobową, obecnie słychać prawidłowy oddech pęcherzykowy z nielicznymi rżeniami, pod kątem łopatki niewyraźny oddech oskrzelowy. Rana zewnętrzna klatki piersiowej prędko się zabliznia. 16 marca dren usunąłem; 21 maja zabliznienie rany zupełne, na całej przestrzeni prawego płuca oddech pęcherzykowy prawidłowy, oddechu oskrzelowego brak, kaszlu prawie że nie ma, plwocina śluzowa, ogólny stan doskonały.

W powyżej opisanym przypadku ropień płuca był pierwotny i wytworzył się prawdopodobnie wskutek centralnego zapalenia płuca; o istnieniu ograniczonej na niewielkiej przestrzeni sprawy zapalnej w środku miąższu płuca świadczy długotrwały brak objawów charakterystycznych dla całkowitego zapalenia płatowego. Rozpoznanie ropnia ustaliło się dopiero po wykonaniu próbnego przekłucia. W pierwszym przypadku raptowne wykrztuszenie dużej ilości ropy z płuc przekonało o istnieniu ropnia. Ropień w płucu wytworzył się w tym przypadku wskutek zatoru lub wskutek przedarcia się do płuca ropnia podprzeponowego.

W obydwóch operowanych przeze mnie przypadkach wykonanie pneumotomii nie przedstawiało wielkich trudności, dzięki określeniu siedliska ropni i dzięki zrostowi płuca z opłucną klatki piersiowej; mogłem zatem łatwo odnaleźć ognisko ropne i przy przecięciu płuca wolnej jamy opłucny nie zakazić. Wogóle przy ropniach płuc najczęściej po pewnym czasie istnienia sprawy chorobowej wytwarzają się zrosty płuca z opłucną klatki piersiowej, z 49 przypadków zestawionych przez TUFFIER'a tylko w 9 przypadkach zrostów nie było, w czterech zaś były zrosty niezupełne. Jeżeli podczas wykonywania operacji okazuje się brak zrostu, należy bądź wykonać zeszyście opłucny płuca z opłucną klatki piersiowej, bądź też ranę powłok do samej opłucny wytamponować, a gdy po kilku dniach w tym miejscu zrost się wytworzy, pneumotomię wykonać; zalecają również dla pobudzenia wytworzenia się zrostu środki żrące: pastę z chlorku cynku (QUINCKE), nalewkę jodową; najwłaściwsze jednak jest bądź obszycie, bądź też tamponowanie. KIJEWSKI zaleca przy otwieraniu ogniska ropnego w płucu, jeżeli się obawiamy, aby ropa nie dostała się do jamy opłucny nawet pomimo szczelnego szwu, następujące postępowanie, stosowane przez prof. KOSIŃSKIEGO przy otwieraniu ropni podprzeponowych przez jamę opłucny: należy szczelnie przyszyć do siebie listki opłucny, do płuca i ropnia wprowadzić dosyć gruby trójgraniec, którego pochewkę pozostawia się w ranie na kilka dni, ranę zaś całą naokoło pochewki starannie wytamponować gazą jodoformową; po kilku dniach, kiedy już można liczyć na trwalsze sklejenie się listków opłucny, pochewkę trójgrania można usunąć, ranę w płucu rozszerzyć i dać swobodniejszy odpływ ropy.

Cięcie w płucu wykonywałem nożem, krwawienie w pierwszym przypadku było nieznaczne, w drugim dosyć obfite. Ran w płucu nie łyżeczkowałem i nie przemywałem. Po operacji rany tamponowałem muslinem jodoformowym. W przebiegu pooperacyjnym zaznaczyć muszę prędkie gojenie się i zmniejszenie jam ropnych w płucu, jak to wydarza się zawsze w ropniach ostrych, gdy otaczająca jamę ropną tkanka płucna nie uległa stwardnieniu; w chronicznych ropniach o twardych ścianach jama zmniejsza się bardzo powoli, a częstokroć nawet nie zmniejsza się, pozostaje przetoka płucna, a chory wśród objawów wyniszczenia ginie.

Po otworzeniu ropnia w pierwszym przypadku ogólny stan chorego bardzo powoli się poprawiał, gdy w drugim przypadku poprawa ta szybko postępowała; zależało to od tego, że w pierwszym przypadku chory był już przed operacją silnie wyniszczony poprzedniem zakaźnem zapaleniem kiszki ślepej i otrzewny i zakażeniem ogólnem.

Najlepsze wyniki daje pneumotomia wcześniej wykonana w ostrych, pierwotnych, jednostronnych i pojedynczych ropniach płuca; w ropniach chronicznych, w ropniach powstałych wskutek przedarcia się do płuca ropni z sąsiednich narządów rokowanie jest wątpliwe. FREYHAN przytacza, że

z 30 zestawionych przez niego pneumotomii z powodu ostrych ropni zupełne wyleczenie nastąpiło w 20 przypadkach, niezupełne w 1 przypadku, jeden przypadek śmierci, zejście pozostałych przypadków niewiadome, gdy z 7 chorych, operowanych wskutek chronicznego ropnia, tylko jedno wyleczenie nastąpiło, pięciu chorych zmarło, jedno wyleczenie niezupełne.

W zestawieniu TUFFIER'a z 18 przypadków pneumotomii z powodu ostrego ropnia było 14 wyzdowień, 4 zejścia śmiertelne, a z 5 przypadków pneumotomii z powodu ropnia chronicznego 3 wyzdrowienia, 2 zejścia śmiertelne. Wogóle wyniki operacji były zawsze tem lepsze, im wcześniej operacja wykonana została. Wszystkie zestawienia dowodzą, że w przypadkach ropni płuc zbyt długo z operacją zwlekać nie należy, a z chwilą ustalenia rozpoznania bezwzględnie do operacji przystąpić; w przypadkach, gdy nastąpił samoistny wypływ ropy przez oskrzela, nie należy również zbyt długo zwlekać z operacją w nadziei samoistnego wyleczenia, i, jeżeli tylko istnieją objawy niedostatecznego opróżniania się ropy przez oskrzela, a ogólny stan chorego stale się pogarsza, powinniśmy do operacji pneumotomii jaknajprędzej przystąpić.

Do wykonania powyżej opisanych 2 pneumotomii ośmielony byłem operacjami, wykonanymi przez prof. KOSIŃSKIEGO i ś. p. BUKOWSKIEGO, podanymi przez kol. KIJEWSKIEGO wraz z wyczerpującym krytycznym przeglądem obecnych pojęć i sposobów operowania ropnia płuc. Z prac, dotyczących chirurgii płuc, na uwagę zasługują: w naszym piśmiennictwie praca kol. TRZEBICKIEGO, zaś w piśmiennictwie zagranicznym szczególnie uwzględnić należy prace TUFFIER'a, TERRIER'a, QUINCKE'go; chcąc poznać najnowsze panujące pojęcia w chirurgii płuc zalecić mogę treściwy, ale zupełnie dobry i wystarczający pod względem praktycznym referat, który podał GERULANOS w 49 tomie Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie.

Byłoby bardzo pożądanem, aby wszystkie przypadki operacji, wykonywanych w płucach, były ogłaszane, albowiem odnośne opisy są jeszcze nieliczne; tylko przy bogatym materiale kazuistycznym będziemy mogli dojść do ścisłych wniosków w tej nowej jeszcze, ale bardzo doniosłej dziedzinie chirurgii.

O OPERACYJNEM LECZENIU WPOCHWIEN JELIT.

(INVAGINATIO).

Przyczynek do techniki operacyjnej.

Podał

HIPOLIT ODERFELD

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Z wielkiej grupy niedrożności mechanicznych jelit jedna zasługuje na szczególną uwagę, mianowicie t. zw. wPOCHWIENIA czyli wgłobienia, a zasługują na to z jednej strony z powodu względnej częstości tej postaci niedrożności; podług TREVES'a stanowią one $\frac{3}{4}$ ogólnej liczby wszystkich niedrożności; z drugiej strony — ze względu na poważniejsze i trudniejsze leczenie operacyjne, wymagające większego doświadczenia technicznego.

Mają one tę cechę wspólną wszystkim mechanicznym niedrożnościom, że, pozostawione samym sobie, szybko prowadzą do wyczerpania działalności serca wskutek zatrucia ustroju ptomainami, i jeśli choremu nie udzieloną zostanie szybka racjonalna pomoc, prowadzą do niechybnej śmierci. Są to postaci ostre, najczęściej w wieku dziecięcym się przytrafiające.

Z drugiej jednak strony większość przypadków wpochwienia nie przedstawia tak gwałtownego przebiegu, lecz wyraźnie zdradza skłonność do bardziej przewlekłego przebiegu. Jest to jedna z zasadniczych charakterystycznych cech wpochwienia, odróżniająca je od innych postaci niedrożności (z wyjątkiem zwężeń kiszki). I te postaci dają pomimo swej przewlekłości obraz bardzo poważnych zaburzeń kiszkowych, podkopujących stopniowo siłę ustroju; i one, pozostawione samym sobie, prowadzą wcześniej, czy później do zejścia śmiertelnego, czy to w następstwie zakażenia otrzewny z powodu silnych zaburzeń cyrkulacyjnych w ścianach jelit, czy to wskutek ogólnego wyniszczenia.

Tu zaznaczyć musimy, że w odróżnieniu od innych postaci niedrożności mechanicznej, wpochwienia jelit zakończyć się mogą zupełnym wyzdrowieniem, li tylko dzięki leczniczej sile natury. W literaturze znajdujemy sporo przypadków podobnego zejścia. Stało się to dzięki oddzieleniu się przez odbył jelita wpochwionego, uległego zgorzeli. Natura sama wyeliminowała z ustroju to, co stało na przeszkodzie do prawidłowej czynności ustroju. Jest to siła lecznicza natury, z którą, niestety, i dziś się jeszcze liczą. My lekarze na nią liczyć w przypadkach wpochwienia nie mamy jednak prawa. Jest ona z jednej strony zbyt ostrożna w działaniu i wymaga zbyt wiele czasu na swą operację, a z drugiej zbyt energiczna w wielu razach, przekracza potrzebne granice i, wywołując zgorzel w szyi wpochwienia, marnuje życie, stojące niepraz na brzegu zbawienia! Najczęściej jednak odmawia ona wprost swej pomocy biednemu choremu! Nie posiadamy żadnych środków pobudzenia jej lub utrzymania w granicach pożądanym, nie możemy, powtarzam, liczyć zatem na nią. Stojąc u łóżka chorego, dotkniętego wpochwieniem jelit, nie wolno nam pozostawić go własnemu losowi, czekać cierpliwie na odciążenie się jelita wpochwionego — niestety, zbyt często jeszcze się to dzieje, — lecz winniśmy, o ile można najwcześniej, przystąpić do zabiegu operacyjnego.

Z łalem przyznać musimy, że, pomimo całych zdumiewających tryumfów nowoczesnej chirurgii, chorzy, w mowie będący, względnie niewiele korzystają z jej dobrodziejstw. Przyczynę tego upatruję z jednej strony w tem, że w większości przypadków przystępujemy z pomocą chirurgiczną zbyt późno, kiedy ustrój, podkopany cierpieniem, nie jest już w stanie znieść często dość dużego zabiegu wraz z nadzwyczaj szkodliwą w tych razach narkozą, z drugiej strony w niedoskonałości naszych metod operacyjnych.

To też prawie wszyscy klinicyści zgadzają się na to, że, o ile kilkakrotne Hegarowskie wlewania szybko nie prowadzą do odpochwienia, należy bezzwłocznie przystąpić do operacji.

O innych nieoperacyjnych metodach, jak rozdymanie jelit gazem od strony odbytu, elektryzacyi, mięsieniu przez powłoki zewnętrzne i t. p., osobistego doświadczenia nie posiadam. To tylko powiedzieć o nich można, że działanie ich jest niepewne i nie pozbawione niebezpieczeństwa, a to dla następujących względów. Nigdy nie jesteśmy w stanie wiedzieć, w jakim stanie znajdują się jelita wpochwione; dość brutalne, nie kontrolowane wzrokiem manipulacje, za jakie uważam owe metody, mogą najniespodzianie wywołać przedziurawienie jelit ze wszystkimi znanymi nam następstwami. Zdaniem mojem, manipulacje te poró-

wnać możemy z usiłowaniami gwałtownego wprawienia uwięźniętych przepuklin, z tą tylko różnicą, że w pierwszym przypadku niebezpieczeństwo uważam za daleko większe, bo działamy jeszcze bardziej na ślepo. Jedyną racjonalną metodę leczenia wpochwienia stanowi laparotomia.

Jakież posiadamy metody operacyjne po otwarciu jamy brzusznej? Zgodnie z RYDYGIEREM ¹⁾ następujące:

- 1) odpochwienie (*desinvaginatio*),
- 2) rezekcja całego wpochwienia, jako jednego guza (*resectio totalis*),
- 3) rezekcja jelita wpochwionego (*resectio invaginati*),
- 4) *enteroanastomosis*,
- 5) sztuczną rzyć (*anus contra naturam*).

Te metody pozwolę sobie krytycznie rozebrać zarówno ze strony ich wartości leczniczej, jak i ze strony techniki operacyjnej.

Co do porządku, to niech mi wolno będzie trzymać się kolei, względnie do ciężkości samego zabiegu.

1) Odpochwienie. Jest to metoda najłatwiejsza, najprostsza i dająca się szybko wykonać, niestety, jednak nie często dająca się zastosować. Po udanem odpochwieniu uważać możemy operację za skończoną, i, jeśli jakie specjalne względy, np. częsty nawrót choroby, nie stanowi wskazania do jakiegoś rękoczynu, mającego chorego w przyszłości uchronić od powtórnych wpochwień, zamykamy jamę brzuszną.

Rękoczyn ten wskazany jest zarówno w przypadkach ostrych, jak i przewlekłych, i daje wyniki względnie dobre. Niestety, o ile pożądane byłoby, aby we wszystkich przypadkach wpochwienia można go było zastosować, to jednak ma on pewne granice, redukujące jego wartość leczniczą, niestety, do skromnej względnie ilości przypadków lżejszych; najczęściej wykonanie odpochwienia nie udaje się.

Zbytecznie chyba mówić o tem, że przy usiłowaniach odpochwienia dozwolone jest użycie minimalnej siły fizycznej, wszelkie brutalniejsze usiłowania pociągnąć mogą, nawet po udanem odpochwieniu, jaknajgubniejsze następstwa. Prof. RYDYGIER w listownem doniesieniu twierdzi, że coraz bardziej nabiera przekonania, że odgłobienie nie jest rękoczynem tak obojętnym, jakby na pozór здаwać się mogło, i sądzi, że w przyszłości wypadnie jeszcze bardziej dlań ograniczyć wskazania. Twierdzi on, że próby odpochwienia są bardzo niebezpieczne, szczególnie, jeśli ono się nie uda. Podczas odlepiania ścian masa płynu septycznego wydstaje się z pomiędzy nich i może *resp.* musi zakazić otrzewną,—są to słowa sz. prof. RYDYGIERA. Dlatego też, jeśli znajdujemy po otwarciu jamy brzusznej jakiegokolwiek zmiany w ścianach jelit lub nawet uzasadnione podejrzenie co do ich istnienia, to lepiej z góry zaniechać usiłowań w tym kierunku i uciec się do innej metody *resp.* rezekcyi całego wpochwienia. Nawet po udanem odpochwieniu w tych przypadkach mogą przez zmienione ściany jelit przedostawać się bakterye i następnie zakazić otrzewną. Niestety, należy to do zadań niezmiernie trudnych określić, czy jelito wpochwione przedstawia jakiegokolwiek zaburzenia w odżywianiu, czy nie? Czas trwania sprawy chorobowej gra tu, zdaje się, rolę drugorzędną; RYDYGIER opisał przypadek, w którym odgłobienie udało się z dobrem zejściem po kilkomiesięcznem trwaniu choroby. Widocznie stopień uwięźnięcia krezki stanowi o wszystkim, a wyrazem tego uwięźnięcia—ogólny

¹⁾ Zjazd chirurgów niemieckich. 1896 r.

stan chorego, aczkolwiek i pod tym względem musimy być przygotowani na rozczarowanie, podobnie jak i w analogicznym cierpieniu — uwięźnięciu przepuklin, gdzie, przystępując do operacji przy względnie dobrym stanie ogólnym, spotykamy jelito zgorzelinowe nieraz tam, gdzieśmy najmniej go się spodziewali. A więc na zasadzie powyższego uważać należy za możliwe następujące określenie wskazania do odpochwienia: jest ono pierwszą racjonalną metodą w postaciach wpochwienia jelit zarówno ostrych, jak i przewlekłych, bez względu na czas trwania choroby, pod warunkiem, że pewni jesteśmy braku poważniejszych zaburzeń ścian jelit.

Drugą metodę operacyjną po nieudaniem odpochwieniu lub z powodu wyraźnego doń przeciwwskazania stanowi czasowa sztuczna rzyć.

O metodzie tej wspominam w tem miejscu jedynie ze względu na łatwość jej wykonania i sądzę, że z tego jedynie względu tu i owdzie bywa wykonywana: Co do jej wartości, to zgadzam się w zupełności z prof. RYDYGIEREM, jak zresztą z ogromną większością klinicystów, że lecznicza jej wartość jest prawie żadna, i, jeśli ją jeszcze stosują, to, jak się wyżej rzekło, ze względu na jej łatwość techniczną, oraz aby jaknajprędzej operację skończyć. Według statystyki BRAUN'a (RYDYGIER) po tej operacji nie wyzdrowiał ani jeden chory, chociaż nie ulega wątpliwości, że statystyka ta ścisła nie jest, w każdym jednak razie jest bliska prawdy. przypadki wyzdrowienia istnieją, ale, zdaniem mojem, pomimo tej operacji. Wiadomo, że we wpochwieniu jelit zatrzymanie swobodnej cyrkulacji stoi na drugim planie; na pierwszym planie stoi uwięźnięcie kreski i zaburzenia w ścianach jelit, z tegostanu wynikające. Robiąc sztuczna rzyć, przynosimy wprawdzie niekiedy pewną krótkotrwałą ulgę choremu, tak samo, np. jak morfiną przy uwięźnięciu przepukliny, ale w kierunku usunięcia istoty choroby nie czynimy zgoła nic.

W postaciach przewlekłych wpochwienia jest ona dla oczywistych powodów jeszcze bardziej niewłaściwa.

Trzecią metodę stanowi modna w obecnej chwili operacja „enteroanastomoza“. O tej metodzie da się powiedzieć mniej więcej to samo, co i o sztucznej rzyci. I ona z powyższych względów wielkiej wartości leczniczej nie posiada. W przypadkach ostrych ma ona tę samą wartość leczniczą, co i sztuczna rzyć. Za pomocą niej nie usuwamy również uwięźnięcia kreski, nie oswobadzamy jelita wpochwionego z septycznego otoczenia, lecz, przywracając mniej więcej prawidłową cyrkulację kału w pewnych lżejszych postaciach, stawiamy ustrój w lepszych warunkach samowyleczenia za pomocą wydalania *per anum* części wpochwionej. Jak wiele liczyć możemy na tę ewentualność, już wyżej wzmiankowaliśmy. Metoda ta w ostatnich czasach ma nie małą liczbę zwolenników, którzy ją stosują, jako operację przedwstępną w przypadkach, w których ustrój nie byłby w stanie znieść cięższego zabiegu. W istocie, z tego stanowiska metoda ta ma pewną rację bytu, ale, zdaniem mojem, tylko pozorną. W ostrych postaciach spodziewać się po niej możemy nie wiele, gdyż pozostawione w jamie brzusznej uwięźnięcie, pomimo swobodnej cyrkulacji kału, robi swoje dalsze zniszczenia, i chory w ogromnej większości przypadków nie doczeka się wtórnej pomocy z powodu złego stanu ogólnego. W postaciach przewlekłych zaś stan ogólny chorego jest zazwyczaj tego rodzaju, że anastomoza żadnej prawie zmiany w jego położeniu nie uczyni. Wszak wiemy, że chorzy tacy niekiedy miesiące całe chodzą ze swoim wpochwieniem; lepiej jest więc w tych razach odrazu zdecydować się na operację radykalną, o której niżej pomówimy. Gdy jednak decydujemy się na enteroanastomozę, to należy dodatkowo przy tej operacji wykonać rękoczyn, na który

dotąd nikt uwaginie zwrócił, mianowicie, należy, zdaniem mojem, ufksować wgłobienie w samej szyi, t. j. należy obszyć jelito wgłobione z wgłobiającem, gdyż w przeciwnym razie narażamy się na to, co się EISELSBERG'owi przytrafiło, że w kilkanaście dni po zrobieniu enteroanastomozy jelito wPOCHWIONE, opuszczając się coraz niżej, zatkało zupełnie otwór anastomotyczny. Chora wkrótce zmarła, i przy badaniu pośmiertnem znaleziono, że cały guz wPOCHWIENIA przedstawiał szereg ropni i owrzodzeń w ścianach jelit. Czy dodatkowy ten rękoczyn podniesie wartość leczniczą enteroanastomozy, trudno stanowczo orzec, nie mając do dyspozycji faktów. Zdaniem mojem — nie wiele.

Pozostają nam do rozporządzenia dwie racjonalne metody operacyjne wPOCHWIONIA, t. j. rezekcyja całego wPOCHWIENIA i rezekcyja jelita wPOCHWIONEGO.

Rezekcyę całego wgłobienia, t. j. jelita wPOCHWIAJĄCEGO wraz z jelitem wPOCHWIONEM, słusznie uważać należy za metodą najracjonalniejszą. Nie przytaczam tu statystyki, gdyż znaleźć ją można w każdej niemal pracy, traktującej o tej sprawie. Faktem jest, że daje ona wyniki najlepsze. Ma ona to do siebie, że za jednym zamachem, że tak powiem, usuwa całe cierpienie, usuwa bowiem wszystkie jelita wPOCHWIONE wraz z septycznemi masami wśród nich zawartemi. Technika tej operacji nie przedstawia zbyt wielkich trudności. Przy podwiązywaniu krezki, które wykonywamy w sposób, stosowany przy zwykłej rezekcyi jelita, należy tylko zwrócić uwagę bacniejszą na zbity sznurek krezki jelita wPOCHWIONEGO i mocno go podwiązać. Tą drogą usuwamy wprawdzie niekiedy kawaly jelita dość znaczne, ale, jak nam wiadomo z doświadczeń TRZEBICKI'EGO oraz z kazuistyki, granice dopuszczalnej rezekcyi są bardzo duże. Ja sam rezekowałem już do 1,5 metra jelita bez żadnych złych następstw.

Wskazanie do tej metody stanowią wszystkie przypadki wPOCHWIONIA, w których cała choroba przedstawia się w postaci mniejszego lub większego guza, leżącego nie w małej miednicy i dającego się jako tako wydobyć na zewnątrz. W moim przypadku, tą drogą operowanym, a zakończonym, niestety, zejściem śmiertelnem, wydobyć guza na zewnątrz przedstawiało nieprzewyciężone trudności, tak iż operacyę należało wykonać prawie *in situ*. Historię choroby tego przypadku podaję niżej wraz z innymi.

Nadto wskazaniem bezwzględnem są te przypadki, w których znajdujemy już jakiegokolwiek zmiany odżywcze w ścianach obu jelit. Nie nadają się zaś do użycia tej metody przypadki, w których jelito wPOCHWIONE opuszcza się do małej miednicy i wyczuwa się tam przez ściany jelita wPOCHWIAJĄCEGO lub przez odbyt. Przypadki takie do rzadkości nie należą; ja sam w ciągu krótkiego czasu spozstrzegałem ich aż trzy. Są to przypadki ciężkie, z przebiegiem zazwyczaj przewlekłym. Tylko w porę wykonana radykalna operacya, t. j. kiedy stan ogólny chorego upoważnia do większego zabiegu, może tych chorych uratować.

Do roku 1890 przypadki takie uważano za beznadziejne, a to z powodu braku racjonalnej metody operacyjnej. Dopiero w owym roku prawie jednocześnie BARKER w Angli i LESZCZYŃSKI u nas podali metodę, polegającą na rezekcyi *invaginati*. Metodę tę RYDYGIER na zjeździe chirurgów niemieckich gorąco polecił, jako metodę wyboru. Doszedł on do tego przeświadczenia drogą eksperymentalną na psach oraz osobistego doświadczenia na chorych, i odtąd metoda ta nosi miano w literaturze niemieckiej BARKER-RYDYGIERA.

O metodzie tej w literaturze znajdujemy tylko teoretyczne, aprioristyczne sądy, przeważnie na jej niekorzyść. Ponieważ jest to bezwątpienia metoda pomyślana bardzo racjonalnie i w niektórych razach dać może i dała wyniki dobre, chciałbym krytycznie rozebrać jej wartość, a czuję się do tego tembardziej upo-

ważnionym, że stosowałem tę metodę aż trzy razy, t. j. więcej niż ktokolwiek u nas.

Naprzód jednak chciałbym przypomnieć Szanownym Panom każdy oddzielny akt tej operacji, gdyż tylko tą drogą, zdaniem mojem, można należycie ocenić wartość metody operacyjnej.

Zarówno BARKER, jak i LESZCZYŃSKI i RYDYGIER podali następujący porządek operacyjny.

Po odszukaniu szyi wPOCHWIENIA, t. j. tego miejsca, gdzie jelito doprowadzające wsuwa się w jelito odprowadzające (przyczem niekiedy wypada sporo sieci oddzielić), obszywamy ją szwami LEMBERT'a, jednym lub dwoma rzędami, w celu wzmocnienia już ewentualnie wytworzonych zrostów. Jestto pierwszy akt operacyjny.

Drugi akt polega na wykonaniu w odległości mniej więcej 3—5 ctm. od szyi wPOCHWIENIA cięcia podłużnego na jelicie wPOCHWIAJĄCEM na 8—10 ctm. długości. Po wykonaniu cięcia tego obnażamy błonę śluzową jelita wPOCHWIAJĄCEGO oraz jelita wPOCHWIONEGO *resp.* wYNICOWANEGO. Przez otwór ten mamy wykonać akt trzeci—najważniejszy: przecięcie poprzeczne jelita wPOCHWIONEGO i podwiązanie kreski. W tym celu obchodzimy palcem jelito wPOCHWIONE, nakładamy nań czasowe uciskadło lub podwiązkę i przecinamy jelito, zatrzymując się przy kresce, znajdującej się u podstawy, którą podwiązujemy i poniżej podwiązki przecinamy. Po wykonaniu tego rękoczynu, cała masa jelita wPOCHWIONEGO i odciętego zsuwa się ku dołowi do światła jelita wPOCHWIAJĄCEGO i znika z pola operacyjnego. Pozostawiamy ją własnemu losowi, nie troszcząc się o nią więcej.

W dalszym ciągu postępujemy w ten sposób, że wprowadzamy palec przez otwór w kikutcie jelita wPOCHWIONEGO w celu przekonania się o jego drożności ponad szyją wgłobienia. Stwierdziwszy to, obszywamy szwem węzłkowym lub ciągłym obie ściany kikutka jelita wPOCHWIONEGO, a na zakończenie zeszywamy ranę podłużną w jelicie wPOCHWIAJĄCEM. Pozostaje nam tylko zeszywanie powłok brzusznych.

Jak widzieliśmy, operacja ta jest pięknie pomyślana i w istocie z powodzeniem niejednokrotnie wykonana była. Zebranie statystyki tej metody przedstawiało dla mnie dość trudności, tak iż dokładnie powiedzieć nie mogą, ile przypadków tego rodzaju istnieje w literaturze. LUDLOFF z kliniki EISELSBERG'a podaje liczbę 19. Niemiecki ten kolega nie raczył zaszczyścić mnie odpowiedzią, skąd te cyfry zaczerpnął. To tylko pewna, że liczba ta nie odpowiada rzeczywistości; dowodem czego jest twierdzenie LUDLOFF'a, że 7 z nich tylko zakończyło się śmiertelnie. Tymczasem przypadki, które pod tę kategorię zaciąga, jak RYDYGIERA, LESZCZYŃSKIEGO, ROSENTHALA i mój, zakończyły się pomyślnie. O następnych przypadkach moich z zejściem śmiertelnem LUDLOFF wiedzieć nie mógł, gdyż nie były ogłoszone. Nadto mamy tu pomieszanie przypadków, operowanych najróżnorodniejszymi metodami, np. LESZCZYŃSKIEGO, ROSENTHALA i innych. Słowem statystyki tej metody nie posiadamy i nią się zatem posiłkować nie możemy.

LUDLOFF na zasadzie teoretycznych rozumowań odmawia metodzie BARKER-RYDYGIERA przyszłości. Osobiste moje doświadczenie pozwala mi również zgodzić się ze zdaniem LUDLOFF'a i odmówić omawianej metodzie tej wartości, jaką jej przypisuje główny jej propagator Sz. Prof. RYDYGIER, a to z następujących względów.

Pierwszy akt operacji: obszywanie szyi wPOCHWIENIA. Jakkolwiek wykonanie tego aktu operacji wydawać się może pozornie zupełnie prostem i łatwym, tem

nie mniej może ono być połączone z wielkimi trudnościami i niekiedy zawieść operatora. Uprzytomnijmy sobie, że jelita, które obszyć mamy, nie stanowią, że się tak wyrażę, dwóch rur, które łatwo obszyć, lecz, że mają one u podstawy kreskę i to kreskę, w światło jednego z nich silnie wciągniętą. Ten właśnie punkt. t. j. miejsce, gdzie kreska również się wpochwia, stanowi piętę Achilles'ową omawianego szwu: dokładne obszycie jest tu wprost niemożliwe. Jeśli dodamy do tego i tę okoliczność, że omawiany szew wykonać musimy *in situ* w jamie brzusznej, u korzenia kreski (*radix*), gdyż cały guz z powodu wpochwienia się kreski na zewnątrz najczęściej wydobyć się nie daje, to przyznać chyba należy, że twierdzenie moje ma słuszne podstawy. W jednym z moich przypadków, operowanych w asystencji kol. SAWICKIEGO, wykonałem owo obszycie pozornie zupełnie *lege artis*. Jakież było nasze zdziwienie, gdy, po odcięciu jelita wpochwionego, wszedłem palcem do światła kikuta tegoż jelita i zamiast do światła kiszki wszedłem palcem do jamy brzusznej, *resp.* natrafiłem na leżącą w niej serwetę aseptyczną! Tylko dzięki zmianie metody operacyjnej chora wyzdrowiała ²⁾. W następnych przypadkach moich szew ten nakładałem zawsze z wielką sumiennością, zazwyczaj z rzędy, lecz nigdy nie miałem tej pewności, że nie została jakaś szczelina, która mogłaby być w następstwie punktem wyjścia ciężkiego zakażenia. Mam to przekonanie, że w przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, w których to obszycie wykonano, chorzy wyzdrowieli dzięki tylko szybkiemu sklejeniu się otrzewny jelit z otrzewną kreski obszytej. Wiemy wszak z częstego doświadczenia, jak nie rzadko udaje się zatkać nie wielką szczelinę w kiszce tkanką innej budowy, jak np. siecią. Żeby to był jednak szew, którym chirurg ma prawo się zadowolnić, tego chyba nikt twierdzić nie będzie.

Drugi akt: otwarcie jelita wpochwiającego i przecięcie poprzeczne jelita wgłobionego. Technicznie akt ten, pomijając dające się zawsze opanować mniejsze lub większe krwawienie, nie przedstawia wybitnych trudności. Przedstawia on jednak strony wielce ujemne z innego stanowiska. Otwierając jelito ciecieniem podłużnym, otwieramy szeroko środowisko septyczne, i to septyczne w wysokim stopniu z powodu stagnacji zawartości kałowej! W środowisku tem wykonawamy przecięcie jelita wpochwionego, w temże środowisku nakładamy również podwiązki na kreskę! Są to wszystkie czynności, będące w wielkiej sprzeczności z współczesnymi pojęciami naszymi o operacjach wogóle, a szczególnie z chirurgią kiszkową! Nasze narzędzia, nasze ręce tarzają się literalnie w kale! Jeśli przez częste obmywanie rąk i narzędzi środkami odkażającymi do pewnego stopnia zmniejszyć możemy ryzyko zakażenia otrzewny, jeśli pomagają nam w tem do pewnego stopnia i zakładane zazwyczaj serwety jałowe, tem nie mniej ryzyko pozostaje znacznem i z niem przy wyborze metody operacyjnej liczyć się winiśmy.

Podwiązanie kreski również sporo pozostawia do życzenia. Pomijając tę okoliczność, nie bez poważniejszego znaczenia, że podwiązujemy rękami i nitkami, niewątpliwie zakażonemi podczas nanewrowania w świetle jelita, czynimy to do pewnego stopnia na ślepo, bez pewności, żeśmy kreskę *en masse* w podwiąskę uchwycili; ztąd i krwawienia podczas operacji, z jakimi miałem do czynienia, dla zatamowania których należało chwycić broczące naczynia kleszczykami i oddzielnie podwiązywać.

W drugim przypadku moim zejście śmiertelne na trzeci dzień po operacji przypisać muszę temu niepewnemu *resp.* wadliwemu podwiązaniu kreski. Przy

²⁾ Przypadek opisany w „Medycynie“ Nr. 5. 1896 r.

sekcji znaleźliśmy sporą ilość krwi zarówno w otrzewnie, jak i w świetle jelita, gdy podczas operacji zdawało się, że z tym aktem operacji załatwiliśmy się w zupełności; widocznie pozostały jeszcze naczynia słabo podwiązane lub podwiązka się zsunęła. RYDYGIER w tym akcie operacji nie znajdował wielkich trudności, ja zaś poważne. Kol. SAWICKI, który mi asystował przy niektórych operacjach, podzieli to zdanie. Być może, że znakomita technika RYDYGIERA w dziedzinie chirurgii jelit trudności te redukuje do *minimum*, w każdym razie istnieją one — to fakt.

Następny i ostatni akt operacji—zeszycie otworu podłużnego nie przedstawia żadnych trudności.

Mam to przekonanie, że dostatecznie wykazałem, że operacja BARKER - RYDYGIERA nie ziszcila tych nadziei, jakie w niej RYDYGIER pokładał, przypisując jej znaczenie operacji z wyboru (w odpowiednich przypadkach).

Na jedną jednak stronę tej operacji muszę zwrócić uwagę Szan. Panów i to stronę najpiękniejszą. Jest to pozostawienie odciętego jelita wpochwionego własnemu losowi w świetle kieszki. W dawniejszych, o ile mi wiadomo, operacjach wycięcia jelita wgłobionego, to ostatnie wydobywano przez cięcie w jelicie wpochwijającym na zewnątrz. Wyższość tej idei jest tu oczywista: kiedy, wyciągając jelito septyczne z światła kieszki, w wysokim stopniu ryzykujemy zakazić otrzewną, w sposobie omawianym mamy idealne warunki uniknięcia tego; oszczędzamy nadto wiele czasu na wydobywanie jelita, — tutaj natura sama je wydała. — Jest to wielka zasługa ś. p. MATLAKOWSKIEGO, która nie została należycie wysświetlona. Jak nam wiadomo, wypowiedział On ją poraz pierwszy, asystując koledze LESZCZYŃSKIEMU przy jego operacji.

Na omówionych metodach wyczerpują się wszystkie znane metody operacyjne wpochwienia, — a dla przypadków, w których jelito opuszcza się do małej miednicy, metoda BARKER - RYDYGIERA pozostaje dotychczas bez współzawodnictwa.

Że jednak metoda ta, jak powyżej wykazałem, daleka jest od tych postulatów, jakie zwykliśmy stawiać metodzie t. zw. „wyboru“, pole więc do nowych udoskonaleń pozostaje otwartem. W myśl tego pozwolę sobie przedstawić Kolegom metodę, o której dotychczas w literaturze żadnej wzmianki nie znalazłem, przedstawiam ją jako rywalkę metody BARKER-RYDYGIERA i, śmiem mieć nadzieję, jako rywalkę szczęśliwą.

Z góry zastrzegam się, że myśl do tej operacji nie jest moja, lecz również przejąłem ją od ś. p. MATLAKOWSKIEGO, jako pośmiertną spuściznę po Nim. Asystując kol. LESZCZYŃSKIEMU, poradził ś. p. MATLAKOWSKI przeciąć w poprzek guz (wgłobienie) *en masse*;— myśl tę zapożyczyłem, jako ideę przewodnią nowej metody. Nim ją zdecydowałem się Sz. Panom przedstawić, wykonałem w laboratorium przy klinice prof. KOCHER'a w Bernie szereg doświadczeń na psach przy pomocy docenta d-ra LANZ'a. Dała ona mi wyniki tak dobre, a warunki techniczne wydały mi się tak prostymi, że sądzę, iż mam prawo Sz. Kolegom ją polecić.

A teraz przystępuję do samej operacji. Polega ona na rezekcji szyi wpochwienia. Dla dokładniejszego zrozumienia celu tego rękoczynu, niech mi wolno będzie na szematycznym rysunku przedstawić jej bieg.

Najprzód nakładamy uciskadło na jelito doprowadzające na kilka centymetrów przed wejściem jego do jelita odprowadzającego (linia *a a*), także uciskadło nakładamy na jelito odprowadzające wraz z zawartem w niem jelitem wpochwionem (lin. *b. b*). Najlepiej nadaje się do tego uciskadło żołądkowe KOCHER'a lub DOREN'a. Założywszy uciskadła, podwiązujemy za pomocą igły aneurysmatycznej

kreskę, znajdującą się na jelicie między uciskadłami. Szczególną uwagę zwrócić należy na gruby sznurek, znajdujący się u podstawy guza i jakby z niego wychodzący — jest to zbita kreska jelita wpochwionego, którą podwiązujemy *en masse* mocną podwiązką. Podwiązawszy kreskę, odcinamy ją tuż przy ścianie jelita *resp.* powyżej podwiązek. Nie pozostaje nam nic innego, jak wycięcie jelita, znajdującego się pomiędzy uciskadłami. (*aa*, — *bb*), fig. 1. Najlepiej uczynić to w ten sposób, w jaki wycinamy odźwiernik według metody KOCNER'a, t. j. przed *aa*, i pod *bb*, nakładamy dodatkowe uciskadła i między nimi przecinamy jelito. Wtedy otrzymujemy następujący szematyczny rysunek fig. 2.

Pozostawiając jelito doprowadzające, zamknięte uciskadłem, do czasu w spokoju, przystępujemy do drugiego aktu operacji, t. j. do uwolnienia z uścisku jelita wpochwionego. W tym celu asystent utrzymuje koniec jelita, a my ostrożnie i powoli rozluźniamy uciskadło. Wtedy jelito wpochwione zsuwa się

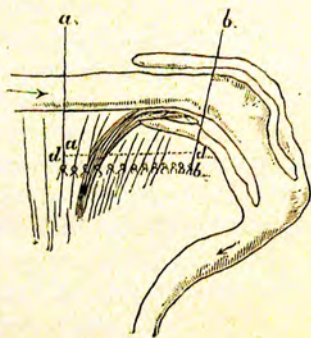


Fig. 1.

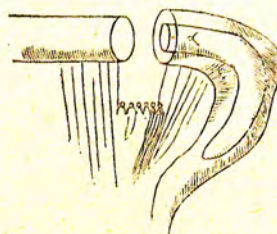


Fig. 2.

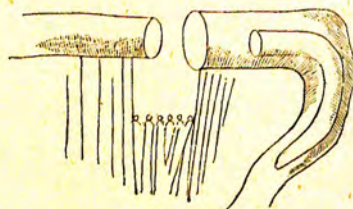


Fig. 3.

ku dołowi i znika z pola operacyjnego (Fig 3). — Ci z Sz. Kolegów, którzy będą mieli sposobność wykonać tę operację, zdumieni będą, jak szybko i łatwo ten akt operacji wykonać się daje — jelito zsuwa się wskutek własnego ciężaru. Gdyby to przypadkiem nie nastąpiło w sposób powyżej opisany, to łatwo je zsunniemy ku dołowi za pomocą lekkiego pocierania i pozostawiamy, podobnie, jak przy operacji BARKER-RYDYGIER'a, własnemu losowi, lub wyciągamy je palcem po skończonej operacji przez odbyt.

Pozostaje nam tylko połączyć ze sobą oba odcinki jelit do- i odprowadzającego; wykonać to można, zależnie od okoliczności i upodobania operatora, albo za pomocą szwu cyrkularnego, albo zamknąwszy na głucho koniec obwodowy, wszywamy w boczną jego ścianę jelito doprowadzające (*Enteroanastomosis*). Użycie igły i jedwabiu lub guzika MURPHY'ego w tym celu pozostawia się uznaniu operatora. Na tem operację się kończy — pozostaje tylko szew ściany brzusznej.

Z samego opisu mogli się Sz. Koledzy przekonać, że proponowana przezemnie metoda na skutek swej prostoty ma wielką wyższość przed metodą BARKER-RYDYGIERA. Odpowiada ona pod każdym względem wszelkim wymaganiom współczesnej chirurgii jelitowej: można ją wykonać względnie szybko i aseptycznie, o ile wogóle można aseptycznie wykonać rezekcję jelita.

Metodę tą stosował z pewnemi odmianami za poradą ś. p. MATLAKOWSKIEGO kol. LESZCZYŃSKI, metodę tę zastosowałem i ja w pierwszym przypadku, ale dopiero po nieudaniu się metody BARKER-RYDYGIERA. Tylko dzięki jej chora wyzdrowiała. O ile mi wiadomo, metodę tę, ale nieco odmiennie, zastosował DOYEN w jedynym swym przypadku wPOCHWIENIA. Ma ona za sobą zatem i kliniczne poparcie. Nie wątpię, że Sz. Koledzy zechcą ją w odpowiednich przypadkach z korzyścią dla swych chorych zastosować. Jest ona wskazana we wszystkich tych przypadkach, w których dotychczas stosowana była metoda BARKER-RYDYGIERA.

W jednym z moich doświadczeń na psach wykonałem przez pomyłkę wPOCHWIENIE na dolnym odcinku *ilei* i zoperowałem za pomocą omawianej metody. Pies ten wyzdrowiał w zupełności. Czyby z tego nie dało się wyciągnąć wniosku, że tą drogą można operować i wPOCHWIENIE w dolnym odcinku *ilei*, gdzie dotychczas całkowita tylko rezekcja uważana była za racjonalną? Przyszłość to pokaże.

Już wielokrotnie miałem sposobność wykazać udział ś. p. MATLAKOWSKIEGO w operacjach wPOCHWIENIA, na zakończenie raz jeszcze pragnąłbym zaznaczyć, że właśnie ś. p. MATLAKOWSKI jest duchowym Ojcem proponowanej przeze mnie metody, i dlatego ośmieliłbym się nazwać ją metodą MATLAKOWSKIEGO. Należy Mu się to i za grobem!

Historie choroby operowanych przezemnie przypadków.

Przypadek I ogłosiłem już w Nr. 5 „Medycyny“ z r. 96 i dlatego na tem miejscu tylko w krótkości o nim wspomnieć mogę. Chora lat 30 zachorowała przed 4 tygodniami na krwawą biegunkę (?), która trwała 2 tygodnie. Stan po przejściu biegunki nie poprawił się, stwierdzono obecność guza w jamie brzusznej; przy badaniu przez odbył wyczuć można opuszczone jelito wPOCHWIONE. Operacja r. X. 95 r. Rozpoczęto operację według metody BARKER-RYDYGIERA, lecz gdy, wprowadziwszy palec do kikuta jelita wPOCHWIONEGO (po poprzecznym przecięciu tego ostatniego), wszedłem palcem przez szczelinę w obszytej szyi wPOCHWIENIA do jamy brzusznej, bezwzględnie zmieniłem plan operacji. Wyrezekowałem szyję wPOCHWIENIA i oba jelita: doprowadzające i odprowadzające spoilem ze sobą szwem cyrkularnym. Chora wyzdrowiała.

W rok po operacji miałem sposobność z powodu przepukliny brzusznej pooperacyjnej powtórnie otworzyć jamę brzuszną tej samej chorej, przy czem przekonałem się o najprawidłowszych stosunkach w brzuchu, miejsca szwu kiszko-wego odnaleźć niepodobna.

Przypadek II. Majthes Mowsza lat 32. Przybył do oddziału kol. GROSTERNA dnia 30. VI. 96 r. Chory bladej, wynędzniały z powodu długotrwałego cierpienia, opowiada, że przed 18 tygodniami nagle, bez widocznej przyczyny, zachorował na gwałtowne bóle w brzuchu. Bóle te trwały dni kilka, miał wtedy zaparcie zupełne, dopiero z wystąpieniem biegunki chory doznał pewnej ulgi. Czując się jednak w dalszym ciągu poważnie chorym, udał się do jednego z prowincjonalnych szpitali, ztąd wypisał się bez żadnej poprawy, mianowicie nie ustąpiły parcie i krwawe wypróżnienia. Z tego powodu przybył do Warszawy, gdzie zapisał się do jednego z wewnętrznych oddziałów naszego szpitala. Po 3-tygodniowym pobycie wypisał się z poprawą o tyle, że krwawe wypróżnienia oraz parcie zmniejszyły się. Po kilku jednak tygodniach stan znów się pogorszył. Chory jednocze-

śnie zauważył, że z odbytu „coś mu wylazi”. Zapisał się do oddziału kol. GROSTERNA, który stwierdził, że z odbytu wysuwa się zgorzelinowe jelito. Zrobił rozpoznanie wPOCHWIEŃIA przewlekłego i chorego na mój oddział przepisał. Badanie jamy brzusznej dało wynik ujemny z powodu silnego napięcia powłok brzusznych. Z odbytu wysuwa się z 10 ctm. jelita zgorzelinowego. Za pomocą lekkiego pociągania wydobyłem tą drogą około 50 ctm. jelita zgorzelinowego. Ludziłem się przez chwilę, że może natura w danym przypadku sama uleczyła chorego, że wyeliminowała całe jelito wPOCHWIONE i postanowiłem czekać.

Nazajutrz jednak obraz poprzedni choroby powrócił z tem samym natężeniem: peryodyczne bóle, parcie, krwawe stolce. Teraz przez powłoki brzuszne wyczuć mogłem w lewym dole biodrowym nieruchomy, elastyczny guz w postaci grubej kiełbasy. W odbycie wyczuć mogłem kikut jelita wPOCHWIONEGO.

Dnia 3. VII. 96 r. operacja podług BARKER-RYDYGIERA. Zaraz po otwarciu jamy brzusznej w białej smudze, widać grubą kışkę, przez ściany której wyczuwa się jelito wPOCHWIONE. Ściany jelita wPOCHWIAJĄCEGO zdrowe, pofałdowane. Badając kierunek owej zgrubiałej kışki, przekonać się mogłem, że wPOCHWIEŃIE opuszcza się głęboko do małej miednicy. Odszukanie szyi wPOCHWIEŃIA przedstawiało na razie pewne trudności, dopiero przedłużywszy cięcie skórne ku górze i oddzieliwszy przyrosłą silnie sieć, znalazłem szyję wPOCHWIEŃIA. W fałdzie przejściowej widać dość silne zrosty obu jelit, tem niemniej zamierzając wykonać operację według BARKER-RYDYGIERA, nałożyłem dodatkowy dwupiętrowy szew naokoło szyi wPOCHWIEŃIA. Obłóżywszy pole operacyjne serwetami wyjałowionemi, zrobiłem 10 centymetrowe podłużne cięcie w jelicie wPOCHWIAJĄCEM na 3 poprzeczne palce w odległości od fałdy przejściowej. Usunąwszy wacikami z błony śluzowej złogi kałowe, obszedłem palcem jelito wPOCHWIONE, nałożyłem nań czasową podwiązkę elastyczną (dren) i poprzecznie przeciąłem do kreski. Na tę ostatnią nałożyłem mocną podwiązkę i również poniżej podwiąski przeciąłem. Krwawienia żadnego nie było. Przekonawszy się przez wprowadzenie palca o drożności jelita doprowadzającego *resp.* kikuta, ściany jego obszyłem kilku szwami, 3 piętrowy szew cięcia podłużnego i ściany brzusznej, z wyjątkiem dolnego kąta, do którego wsunąłem do jamy brzusznej pasek gazy jodoformowej. Po nałożeniu opatrunku, wyciągnąłem z odbytu około 70 ctm. jelita wPOCHWIONEGO. Przebieg operacji dość łatwy, każdy akt łatwo dał się wykonać. Stan ogólny po operacji bardzo lichej: tętno ledwie wyczuwalne. W obec tego dano choremu kilka strzykawek eteru z kamforą i zrobiono *hypodermoclysis* z 1 litra fizyologicznego roztworu soli, poczem stan znakomicie się poprawił. Ku wielkiemu memu zdziwieniu i zmartwieniu chory nad ranem dnia następnego zmarł.

Badanie pośmiertne wykazało w jamie brzusznej, w kışkach spore ilości świeżej krwi. Widocznie podwiązka zsunęła się z kreski.

Przypadek III. Kleszczak Szachna, lat 33 ze Słucka, przybył do oddziału 2. IX. 98 r. Przed 4 tygodniami nagle dostał gwałtownych boleści w brzuchu. Podobnych napadów przechodził już kilka, lecz trwały one kilka godzin, poczem chory czuł się zupełnie zdrowy. Tym jednak razem bóle nie ustępowały, wymiotów i zaparcia nie było. Udał się on do szpitala w Pińsku, gdzie z powodu krwawych wypróżnień i częstego parcia w stolcu rozpoznano pierwotnie biegunkę krwawą; gdy jednak stan chorego się nie poprawił, lekarz zbadał palcem odbytu. Wyczuwszy tam jelito zrobił właściwe rozpoznanie i chorego na operację do Warszawy odesłał.

Chory bladej, z podsiniałemi oczami, osłabiony, uskarża się na silne bóle w brzuchu, napadami przychodzące, na długotrwałą z powodu swych dolegliwości bez-

senność. Stan bezgorączkowy, tętno 100. Język podsychający. W dolnej części brzucha, szczególnie z lewej strony, wyczuwa się elastyczny podłużny guz, opuszczający się do małej miednicy. W odbycie palec wyczuwa rozpulchnione jelito. Rozpoznanie wPOCHWIENIA nie ulegało wątpliwości. Nazajutrz zamierzałem wykonać operację, gdy jednak przyszedłem do szpitala, zastałem chorego w stanie o tyle lepszym, że zgodziłem się na odłożenie operacji *resp.* na obserwację. Chory dnia poprzedniego miał kilka płynnych wypróżnień, całą noc dobrze przespał, na twarzy wystąpiły rumieńce, błony śluzowe zaczerwieniły się, słowem chory czuł się po długiej i ciężkiej chorobie tak błogo, że żaden lekarz nie spieszyłby się z operacją. Jedną okoliczność trapiła nas tylko, mianowicie; jelito w odbycie wyczuwało się w dalszym ciągu, i guz, jak istniał, tak i pozostał. Odgłobienie nie nastąpiło! Nazajutrz stan mniej więcej ten sam, lecz ku wieczorowi znów obraz poprzedni powrócił: wróciły i bóle, bezsenność, parcie — słowem *status quo ante*. Wobec tego następnego dnia wykonałem operację. Po otwarciu jamy brzusznej w smudze białej, natrafiamy bezzwłocznie na jelito grube, zawierające w sobie jelito wPOCHWIONE (*invaginatio ileo-colica*).

Nie będę powtarzał szczegółów operacji: wykonałem ją typowo. Czas trwania półtorej godziny. Po operacji budząca poważne objawy zapaść, w której, pomimo energicznej pomocy, teży nocy chory zmarł.

Dodać muszę, że po operacji z łatwością wydostano z odbytu odcięte jelito długości 60 ctm.

Przy badaniu pośmiertnym (otwarto tylko jamę brzuszną) nie znaleziono zmian, któremi możnaby objaśnić zejście śmiertelne.

Powyższe przypadki są to 3 przypadki, operowane podług metody BARKER-RYDYGIERA.

Dla kazuistyki załączam jeszcze i 4-ty, zejściem śmiertelnem zakończony, a operowany za pomocą rezekcyi całego guza wPOCHWIENIA.

Kolman Mojżesz lat 19, przybył do oddziału kol. FREUDENSONA dnia 19. V. 98 r. Chory zachorował przed 4 dniami na gwałtowne bóle w brzuchu, szczególnie w okolicy pępka, oraz na zaparcie zupełne i wymioty. Przybył z Tomaszowa z domu rodzicielskiego, gdzie kilkakrotnie robiono mu wlewania Hegarowskie, lecz bez żadnego skutku.

Chory przy pierwszych oględzinach robi wrażenie ciężko chorego, *facies Hippocratica*, tętno 100, słabe, język podsychający. Brzuch umiarkowanie wzdęty. W prawym dole biodrowym wyczuwa się guz podłużny, elastyczny, mało bolesny. Brak stolców zupełny. Rozpoznano *invaginatio ileo-colica*. Bezzwłocznie przystąpiono do laparotomii.

Po otwarciu jamy brzusznej cięciem skośnem nad więzłem POUPART'a, natrafiono w dole biodrowym prawym na guz, który dał się z trudnością wydobyć na zewnątrz. Można było przekonać się, że jelito cienkie wchodzi w jelito grube wraz z kiszka ślepą (*inv. ileo-coeco-colica*). Guz nie dał się utrzymać długo na zewnątrz otrzewny z powodu silnego naprężenia kreski, tak iż musiałem operację wykonać prawie *in situ*. Pierwotnie usiłowałem wykonać odPOCHWIENIE, lecz, przekonawszy się o niewykonalności tego zabiegu, przystąpiłem do rezekcyi całego guza *en masse*. Po obkluciu stopniowem kreski, wyciąłem cały guz i oba odcinki spoitem szwem dwupiętrowym ciągłym obwodowym. Do dołu biodrowego założyłem worek MIKULICZA.

W parę godzin po operacji chory zmarł w zapaści.

Na preparacie próby odPOCHWIENIA, pomimo użycia dużej siły, nie udały się; po rozcięciu jelita znaleziono *invaginatum* w stanie zgorzelinowym.

Przyczynek do patologii gruczołów chłonnych pachwinowych.

podał

ANTONI LEŚNIEWSKI.

„Dane patologiczne dymienic pachwinowych dokładnie są rozjaśnione i mogą wystarczyć każdemu lekarzowi“, mówi JAWDYŃSKI w swej pracy „O leczeniu dymienic pachwinowych“, drukowanej w księdze pamiątkowej profesora HOYERA. Istotnie, dane owe są rozjaśnione poniekąd wszechstronnie; atoli istnieją pojedyncze, bardziej rzadkie przypadki, które ze względu już to na te, już to na owe okoliczności, o tyle wybiegają po za granice pospolicie znanego i uznanego szablonu, że zasługują, byśmy zwrócili na nie baczniejszą uwagę.

Do takich właśnie pozwalam sobie zaliczyć przypadek, jaki spostrzegalem w oddziale chirurgicznym D-ra B. SAWICKIEGO. Do oddziału tego w dniu 6 lutego 1897 r. została przeniesiona z oddziału ginekologicznego 35-letnia M. W. ! Dowiedzieliśmy się od niej, że zazwyczaj cieszyła się zdrowiem. Ostatni, piąty poród, tak samo zresztą, jak i wszystkie poprzednie, odbyła zupełnie pomyślnie, a to na ośm dni przed przybyciem do szpitala. Na parę dni przed porodem dostała rozwolnienia, które trwało i w okresie połogowym. Trzeciego dnia po urodzeniu dziecka nawiedziły ją mocne dreszcze, gorączka, zakończyło się to obfitymi potami. Jednocześnie poczęła uczuwać ból w lewej pachwinie; macając, znalazła tu bolesne gruczołki. Następnych dni dreszcze powtarzały się, gorączka dobiegała 39. 6°, zaś gruczoły w pachwinie szybko zyskiwały na objętości.

Badanie chorej w chwili przybycia do oddziału wykazało, że jest to niewiasta średniego wzrostu, budowy ciała prawidłowej, miernie odżywiana. Stan ogólny ciężki. Ciepłota ciała przekracza 39°. Serce, jak również i inne narządy wewnętrzne, poważniejszych zбоcezeń nie wykazywały. Macicę znaleziono w stanie, w jakim być powinna, skoro okres połogowy przebiega w niej prawidłowo. Pozostałe części narządów płciowych, zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne, najmniejszych zбоcezeń nie przedstawiały. W lewej pachwinie, na wysokości i poniżej więzu POUPART'a, widać guz, wielkości prawie pięści dorosłego człowieka, dość płaski, o niezupełnie wyraźnie zakreślonych granicach. Skóra na guzie mocno, jaskrawo-czerwona; zaczerwienienie tego samego stopnia szerzy się dokoła, daleko przekraczając granice guzowatości. Jest ona gorąca, na samym guzie ścięczała. Ten ostatni niezwykle bolesny. Obmacując go, prócz chęłbotania tu i owdzie, znajdujemy twarde, nie uległe dotychczas zropieniu masy gruczołowe. Najdokładniejsze poszukiwania nie zdołały wykryć jakiegoś uszkodzenia lub sprawy zapalnej, bodaj drobnej, na kończynach dolnych, na poślądkach, na kroczu, na skórze podbrzusza.

Było rzeczą oczywistą, że mamy do czynienia z ropówką (*phlegmone*), będącą następstwem ropnego zapalenia gruczołów chłonnych pachwinowych, atoli, wobec braku wszelkiego uszkodzenia lub pierwotnego ogniska zapalnego, któredy mogły wkroczyć drobnoustroje chorobotwórcze, dokładna patogeneza owego cierpienia gruczołów pozostawała dla nas mocno zagadkową, a to tem bardziej ze względu na niezwykle ostry przebieg sprawy miejscowej, zarówno jak i odczynu ogólnego.

W dniu 8 lutego dokonałem chorej operacji. Po opróżnieniu ropówki, wyłuszczyłem możliwie dokładnie istniejące jeszcze gruczoły chłonne, przeważnie uległe zgorzeli, tu i owdzie nacieczone ropą. Ta ostatnia, umiarkowanie gęsta, zielonkawo-brunatna, odznaczała się nader nieprzyjemnym odorem, przypominającym odór wysięków z otrzewny w przypadku zapalenia tejże wskutek przedziurawienia kiszki. Ropę z gruczołów zaszczepiono na 2 podłożach agarowych. Ranę wypełniono muślinem jodoformowym, opatrunek wilgotny.

Przebieg pooperacyjny ciężki. Wieczorem po operacji dreszcze. Przez dwa dni następne ciepota ciała dobiegała do 39°, następnie obniżyła się, atoli do stanu prawidłowego dotarła dopiero po upływie dni osiemnastu. Dreszcze powtarzały się jeszcze parokrotnie. Miejscowo przebiegała sprawa nieco inaczej, niż bywa to zazwyczaj po wyłuszczeniu ropiejących gruczołów pachwinowych. Zaczzerwienienie i obrzmienie skóry dokoła rany trwało uporczywie; powierzchnia jamy rany ustawicznie pokrywała się szarawym, niby dyfterytycznym, nalotem, oczyszczała się nader powoli, wydzielina wciąż odznaczała się swoją obfitością. Po upływie dwóch tygodni od dnia operacji mieliśmy ranę jeszcze pokrytą nalotem. Jaka taka, bardzo wåtła, blada ziarnina zjawiała się na powierzchni rany zaledwie po upływie trzech tygodni po operacji. Dalszy przebieg gojenia się rany był prawidłowy.

Jedną z próbek z zaszczepioną ropą oddałem do łaskawego zbadania kol. ŚWIĘTOCHOWSKIEMU (w pracowni d-ra DUNINA), drugą zająłem się osobiście w pracowni bakteryologicznej kol. PALMIRSKIEGO. Badania nasze dały wynik jednoznaczny: wykazały one, że mieliśmy do czynienia z lasecznikiem okrężnicy (*bacterium coli commune*); zostało to stwierdzone odpowiednimi łoczynami. Wynik ten był dla nas niespodzianką; on to właśnie stanowi główną osobliwość niniejszego spostrzeżenia.

Do bardzo niedawnych należą te czasy, gdy na lasecznika okrężnicy patrzano, jako na zupełnie niewinny saprofit, obierający sobie za miejsce stałego pobytu kiszki, przeważnie okrężnicę. Dopiero w końcu ubiegłego lat dziesiątka poczęto nabierać przeświadczenia, że nie jest on tak obojętny dla ustroju ludzkiego. Stopniowo udało się wykazać, że wywołuje on sprawę ropną w otrzewnie po przedziurawieniu kiszki, w przewodach żółciowych, w wątrobie, w narządach moczowych, w wolu, w oponach mózgowych, opłucnie. Przekonano się również, że czasami znów od niego zależne są ciężkie zakażenia septyczne ogólne.

Co się tyczy wreszcie układu chłonnego, to FISCHER ze Strassburga opowiadał w 1891 r. w towarzystwie chirurgów niemieckich¹⁾, że, badając pod względem bakteryologicznym kawałki uległych ropnemu zapaleniu chłonic z kończyn, zpośród ośmiu tego rodzaju przypadków w jednym napotkał lasecznika okrężnicy. Nie udało mi się natomiast w dostępnem mi piśmiennictwie znaleźć przypadku, podobnego do naszego, mianowicie nie spostrzegano, by sprawa zapalna, *resp.* ropna w gruczołach chłonnych była wywołana przez lasecznika okrężnicy. Ostatnimi czasy, w zeszycie IV Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ogłosił JAKOWSKI wyniki badań bakteryologicznych ropienia, dokonanych w pracowni bakteryologicznej Szpitala Dz. Jezus za lat 10. Między innymi, znajdujemy w owym sprawozdaniu, że pod względem bakteryologicznym badano ropę w 23 przypadkach ostrego zapalenia gruczołów chłonnych; wyhodowano

¹⁾ Centralblatt für Bakteriologie, 1891.

gronkowce i paciorkowce już to osobno, już to razem wzięte, raz jeden—lasecznika ropy błękitnej, zaś lasecznika okrężnicy nie napotkano ani razu.

Zachodzi obecnie pytanie, w jaki sposób, skąd dostały się owe drobnoustroje do gruczołów chłonnych pachwinowych, by wywołać w tychże zapalenie ropne? Jeżeli uwzględnimy okoliczność, że chora nasza na parę dni przed porodem dostała uporczywego rozwolnienia, trwającego i po porodzie, że bolesność i obrzmienie gruczołów zjawily się podczas trwania rozwolnienia, staje się rzeczą nieomal pewną, że właśnie w kiszki chorej przebywał lasecznik poprzeczniczy, i to w postaci złośliwej, zaś z kieszek dostał się do gruczołów chłonnych. Lecz na jakiej drodze? Moglibyśmy przypuścić, że na takiej samej, na jakiej dostawał się on do wola, do opon mózgu, serca, oplucny i t. d., to jest za pomocą naczyń krwionośnych. Tu jednak tłumaczenie takie mało trafia do przekonania. Bardziej naturalnem, a więc i prawdopodobnem wydaje mi się następujące rozumowanie. Do gruczołów chłonnych pachwinowych zdążają chłonice kończyn dolnych, chłonice części płciowych zewnętrznych, zewnętrznych powłok pośladków, podbrzusza, wreszcie chłonice odbytu, mianowicie powstające w miejscu przejścia śluzówki w skórę, gdy tymczasem poczynające się nieco wyżej, w śluzówce, kierują się już ku gruczołom, leżącym w kresce kiszki prostej i w zagłębieniu kości krzyżowej. Na kończynie dolnej, w częściach płciowych zewnętrznych, na pośladkach, na skórze podbrzusza, jak to widać z powyższego, nie znaleziono nic, co mogło posłużyć za wrota do wkroczenia drobnoustrojów. Inaczej ma się rzecz z odbytem. Podczas wydymań porodowych, wraz z kroczeniem ulega mocnemu rozciągnięciu i obrączka tego ostatniego; w tych właśnie okolicznościach mogły potworzyć się bodaj najdrobniejsze rozpękliny, przez które wkroczył do chłonic z odbytnicy lasecznik poprzeczniczy, a zaś z nich i do gruczołów chłonnych pachwinowych.

22 kwietnia 1899 r.

Z LEZCNICY CHIRURGICZNEJ D-RA SOLMANA W WARSZAWIE.

Przyczynek do chirurgii pęcherzyka żółciowego.

Cholecystoenterostomia sposobem Murphy'ego. Wyzdrowienie.

Podał

L. Zembrzusi.

Ze wszystkich zabiegów chirurgicznych, na pęcherzyku żółciowym dokonywanych, cholecystoenterostomię wypadnie zaliczyć do najrzadszych. Odnosna literatura lekarska wykazuje w porównaniu z opisami takich zabiegów, jak cholecystendysis, cholecystektomia, cholecystostomia i t. p., stosunkowo najmniej prac, dotyczących cholecystoenterostomii. Przeglądając dostępne mi piśmiennictwo lekarskie polskie, zdołałem odnaleźć zaledwie jeden przypadek cholecystoenterostomii, przez BOGDANIKA w „Przeglądzie Lekarskim“ ogłoszony. Okoliczności powyższe tembardziej skłaniają mnie do poświęcenia słów kilku cholecystoenterostomii i do ogłoszenia przypadku, który Szanowny prof. Kosiński w tym celu laskawie mi odstąpić raczył.

Panna H. S. w wieku lat 34 przybyła do lecznicy d-ra SOLMAŃA d. 2 listopada 1898 r. Badanie wykazało, co następuje: chora od 3 miesięcy cierpi na żółtaczkę, która wystąpiła stopniowo bez widocznej przyczyny. Początkowo żółtaczce towarzyszyła gorączka (do 38° wiecz.) i bóle niezbyt silne w okolicy dolka podsercowego. Typowych napadów kolek wątrobowych chora nie doznawała nigdy, t. j. ani poprzednio, ani podczas trwania choroby. Pomimo, że stan gorączkowy po tygodniach paru ustąpił, a bóle powtarzały się znacznie rzadziej, to jednak żółte zabarwienie skóry stawało się coraz wyraźniejszym, chora poczęła doznawać dotkliwego swędzenia, a przytem zauważyła, iż poczyną chudnąć i tracić siły. Leiki wewnętrzne (wody mineralne, cholagoga) zawiodły w zupełności. Chora szczupła, zresztą budowy prawidłowej; odżywianie upośledzone. Skóra sucha i odznacza się na całym ciele żółto brunatnym zabarwieniem; białkówki koloru żółtego. Brzuch wzdęty umiarkowanie, w prawym podżebrzu nieco bardziej wypukłony, niż w lewym. Przy badaniu okolicy podżebrzowej prawej wyczuwa się pod powłokami brzuszniemi, nieco na prawo od linii środkowej brzucha, guz kulisty, wielkości cytryny, bolesny, chęłbocący, o powierzchni gładkiej, z powłokami brzuszniemi nie zrośnięty. Dolny odcinek guza, sięgający do linii pępkowej ruchomy i przesuwający się przy oddechaniu. Odgłos opukowy na guzie tępy, ku górze łączy się z tępością wątroby. Wątroba bolesna, powiększona; dolny jej brzeg wyczuwa się na dwa palce poniżej łuku żebrowego na linii sutkowej. Wypróżnienia co parę dni, zwykle z trudem oddawane. Kał nie zabarwiony, koloru białoszarego, lepki, silnie cuchnący. Mocz w ilości 1020 ctm. sz. na dobę, kolor mocz u żółty, na powierzchni jego w naczyniu tworzy się piana koloru żółtego. Ciężar właściwy = 1,013, oddziaływanie kwaśne, białka, cukru nie ma, barwniki żółciowe bardzo wyraźne (próba GMELIN'a, chloroformowa).

Wobec danych powyższych nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z zamknięciem światła przewodu żółciowego wspólnego (*d. choledochus*), powodującym z jednej strony rozstrzeń pęcherzyka w postaci guza, objawy żółtaczki i powiększenie wątroby, a z drugiej strony wstrzymanie zupełne dopływu żółci do jelit. Znacznie trudniejsze było określenie bezpośredniej przyczyny, zamknięcie przewodu wywołującej. Jak wiadomo, do zatkania przewodu żółciowego wspólnego przyczynić się mogą: 1) kamienie, uwięzione w samym przewodzie, 2) zarośnięcie przewodu i otaczające go zrosty bliznowate, 3) guzy wątroby, trzustki, dwunastnicy i żołądka. Żadna z przyczyn powyższych zupełnie wyłączona być nie mogła. Co się tyczy 1) to pomimo braku objawów przedmiotowych i zapewnień ze strony chorej, iż kolek nigdy nie doznawała, to jednak trudno byłoby nie przypisywać kamieniom żółciowym pewnego udziału w zatkaniu przewodu wspólnego. W ostatnich czasach zaznaczył się pewien kierunek odmienny w poglądach na powstawanie kolek wątrobowych. Mianowicie RIEDEL na zasadzie bardzo obfitego materiału klinicznego i sekcyjnego zaprzecza, iżby atak kamicy żółciowej był powodowany jedynie wędrówką kamienia przez przewody żółciowe. Wiadomo bowiem, że małe kamyki z pęcherzyka żółciowego lub tworzące się w samej wątrobie przechodzą do kiszki, nie sprawiając po większej części żadnych dolegliwości. Napad zaś kolki jest następstwem sprawy zapalnej (*peridadenitis*), powodowanej w przewodach obecnością kamieni, jako ciał obcych. Otóż zapalenie takie może być różnego rodzaju i natężenia, na które osobnik reaguje w większym lub mniejszym stopniu, doznając bądź kolek typowych, bądź też jedynie bólów, które niejednokrotnie za „kurcze żołądka“ mylnie poczytane być mogą. W naszym przypadku kamień mógł wywołać niezbyt silne objawy

zapalne, utkwivszy w przewodzie żółciowym wspólnym, a zatem i pewne tylko bóle nieokreślone.

Przypuścić należy dalej, że następstwem sprawy zapalnej w przewodzie wspólnym była albo uzura ścian jego i zarośnięcie światła, po przesunięciu się samego kamienia do dwunastnicy, albo i ta okoliczność, że kamień większych nieco rozmiarów uwiązał w samym przewodzie. Nie wyłączałyśmy też i zrostów zapalnych zaciskających światło przewodu wspólnego, np. po ograniczonym przewlekłym zapaleniu otrzewny w okolicy pęcherzyka żółciowego (*pericholecystitis*). Wreszcie przypuszczać można było guz, wychodzący z trzustki, z wątroby, z dwunastnicy lub z żołądka, ucisk na przewód wspólny wywierający, a jednak nie wyczuwalny ze względu na swe umiejscowienie.

Biorąc pod uwagę ciężki stan chorej, wzmagające się osłabienie i cholemię, prof. Kosiński zaproponował operację cholecystostomię na którą chora dość chętnie się zgodziła. — 5 Listopada 1898 r. prof. Kosiński przystąpił do laparotomii przy pomocy kol. SOLMANA, WARDYŃSKIEGO i mojej. Jamę brzuszną otwarto na linii środkowej cięciem podłużnym, mającem długości około 7 ctm. i sięgającym od wyrostka mięsziowego do pępka. Bezpośrednio pod otrzewną ścianą pęcherzyk żółciowy powiększony przynajmniej 4 razy, przedstawiał się w postaci torbieli koloru szaro-sinego, o powierzchni gładkiej, do powłok brzusznych, ani do jelita nie przyrośnięty. Po przekłuciu przedniej powierzchni pęcherzyka trójgrańcem, wypuszczono zeń 150 ctm. sześć. ciemnej żółci ze znaczną przymieszką śluzu. Przy badaniu okazało się, iż pęcherzyk kamieni nie zawierał, a próby zgłębnikowania przewodów pęcherzykowego i żółciowego wspólnego pozostały bez skutku. W celu wykrycia przyczyny zamknięcia przewodu prof. Kosiński zacisnął prowizorycznie otwór w pęcherzyku i wprowadził palec do jamy brzusznej, gdzie też znalazł co następuje: pod pęcherzykiem, w miejscu, odpowiadającem położeniu przewodu żółciowego wspólnego, palec badającego natrafiał na guzowatość, składającą się jak gdyby z konglomeratu kilku guzów różnej wielkości, nierównych, nieruchomych, elastycznych i niezbyt twardych. Cała guzowatość zagłębiała się w kierunku ku główce trzustki, niepodobna przytem było zorientować się tak co do położenia i zawartości samego przewodu żółciowego wspólnego, jako też trzustki i dwunastnicy. Trudno było orzec na razie, jakiego rodzaju przeszkodę mieliśmy przed sobą. Pomijając nader rzadki fakt tworzenia się kamieni w przewodzie wspólnym *in loco*, jako inkrustacyi z resztek pokarmów, z askaryd, bąblowca i t. p., guzowatość przedstawiała się za mało twardą i zbyt rozległą, by ją przyjąć można było za uwięzione kamienie żółciowe. Prawdopodobniejsze było przypuszczenie, że mieliśmy do czynienia bądź z nowotworem, bądź z przewlekłym, ograniczonym zlepnem zapaleniem otrzewny, następstwem czego było zamknięcie przewodu wspólnego. Wiek chorej do pewnego stopnia wyłączał obecność guza złośliwego trzustki lub dwunastnicy, tak iż rozpoznanie przechyliło się bardziej na stronę zrostów zapalnych. Bądź co bądź, należało przedewszystkiem uwolnić ustrój od grożącego mu niebezpieczeństwa ze strony cholemi i za pomocą cholecystostomii, którą też prof. Kosiński jednocześnie wykonał.

Mianowicie, pęcherzyk wszyty został do rany brzusznej, poczem dopiero rozszerzono odpowiednio otwór zrobiony trójgrańcem (sposób RANSHOFF'a i TRENDELENBURG'a). Do przetoki wprowadzono pasek gazy wyjałowionej, a pozostałą ranę w powłokach brzusznych zamknięto szwem jedwabnym trzypiętrowym.

Przebieg pooperacyjny nie odznaczał się ani zbytnią burzliwością, ani też powikłaniami. 3-go dnia po operacyi żółć poczęła wypływać przez przetokę

i odtąd obficie zalewała opatrunki, tak iż musiano je zmieniać kilka razy dziennie. 5-go dnia wystąpił stan gorączkowy, przy podniesionej ciepłocie do 38,8°, jednakże bez objawów ze strony otrzewny, i dnia 7-go gorączka ustąpiła zupełnie. Od tego czasu ciepłota nie podnosiła się więcej ani razu. Szwy usunięto 8-go dnia. Rychłozrost. W końcu 3-go tygodnia od czasu operacji żółte zabarwienie skóry poczęło się nieco zmniejszać, swędzenie ustąpiło, wątroba zmniejszyła się, lecz kał pozostawał stale niezabarwionym, a nader obfite wydzielanie się żółci przez przetokę stało się dla chorej bardzo męczącą dolegliwością. Poczekawszy jeszcze około 3 tygodni, gdy ilość wydzielającej się na zewnątrz żółci nie zmniejszyła się wcale, kał był niezabarwiony, a ostrożne zgłębnikowanie przetoki *resp.* pęcherzyka nie doprowadziło do żadnego wyniku dodatniego, prof. Kosiński postanowił wykonać cholecystoenterostomię, chora bowiem, pomimo ustąpienia żółtaczki, jako też dostatecznego odżywiania się, uskarżała się na osłabienie, a niezmiernie obfity wypływ żółci doprowadzał ją do takiego zdenerwowania, że i sama domagała się co rychlej operacji, mogącej kres jej dolegliwościom położyć.

14 Listopada 98 r. po uprzednim należytem przygotowaniu chorej, prof. Kosiński przystąpił do wykonania zabiegu radykalnego w postaci cholecystoenterostomii. Po zachloroformowaniu chorej cięcie poprowadzono przez bliźnię po operacji poprzedniej, poczynając od otworu przetoki ku dołowi. Otworzywszy jamę otrzewny, operujący przekonał się dostatecznie, że w stosunkach anatomicznych powyższej wyluszczonej zmiana żadna bynajmniej nie zaszła, a jedynie pęcherzyk żółciowy skurczył się o połowę pierwotnej objętości.

Upewniwszy się zatem raz jeszcze, że od dłuższego wyczekiwania nie należy spodziewać się polepszenia, prof. Kosiński przystąpił bezzwłocznie do utworzenia przetoki sztucznej między pęcherzykiem żółciowym i jelitem. Odszukawszy pętlę jelita czczego¹⁾, położoną najbliżej dwunastnicy, a przytem dostatecznie ruchomą, operujący opróżnił ją wyciskaniem, a następnie przybliżył do otworu rany. Uczyniwszy to, oddał pętlę jelita pomocnikowi, który ucisnął ją w dwóch miejscach, obłożwszy wyjałowionymi serwetami. Przeciąwszy ścianę jelita wprost przyczepu krezki w kierunku osi jej podłużnej, prof. Kosiński obszył otwór wokół na odległości $\frac{1}{2}$ ctm. od brzegów, wkłuwając i wykluwając naprzemian igłę z nitką jedwabną przez całą grubość ściany jelita. Następnie umieszczono jedną połowę małego guzika MURPHY'ego (Nr. 1) w otworze jelita i nad rowkiem przyrządu ściągnięto mocno część kiszki przeszytą, pociągając za oba końce nitki jedwabnej, które zawiązano kilkakrotnie węzłem chirurgicznym. Wprowadziwszy tymczasowy pasek gazy wyjałowionej do otworu guzika *resp.* kiszki, przystąpiono do umieszczenia drugiej połowy guzika MURPHY'ego w ścianie pęcherzyka żółciowego. Dolną część pęcherzyka przecięto w kierunku, odpowiadającym cięciu w jelicie, a następnie umocowano drugą połowę guzika w sposób identyczny z poprzednim. Wreszcie operujący, przekonawszy się o należytem położeniu obu połów przyrządu, zbliżył je, zsunął i szczelnie zamknął między palcami. Trzask sprężyny wewnątrz guzika upewnił wszystkich obecnych o jego zupełnem zamknięciu. Szwu dodatkowego surowiczego (*s. seroso-serosa*), jak to zwykli czynić niektórzy, prof. Kosiński nie wykonał, postępując ściśle podług wskazówek wynalazcy. Zgłębnik, wprowadzony do przetoki w powłokach brzusznych, wykazał drożność utworzonego w ten sposób połączenia pęcherzyka

¹⁾ „Pustnica“ (według Słownika Krysińskiego).

z jelitem. Po dokonaniu najgłówniejszej części zabiegu, pozostało zamknięcie przetoki żółciowej zewnętrznej. Oddzieliwszy pęcherzyk od otaczających go zrostów w obrębie przetoki, okrwawiono brzegi jego otworu i połączono szwem węzłkowym z jedwabiu. Okrwawione warstwy powłok brzusznych zaszyte zostały całkowicie dwupiętrowym szwem jedwabnym. Opatrunek nałożono przeciwnilny. Cały zabieg trwał niespełna godzinę.

Przez pierwsze 4 dni po operacji ciepłota wahała się w granicach od 37—38° przy tętnie najwyżej 100—110. Objawów zapalnych ze strony otrzewny bardzo mało przy nieznacznych bólach w okolicy rany. 5-go dnia pomiędzy szwami utworzyła się przetoka, przez którą poczęło wydobywać się na zewnątrz nieco żółci i gazów kiszkowych. Zaznaczyć wypada, że kawałki niewielkie stolca, wypłukanego zgłębnikiem odbytnicowym, odznaczały się pewnem żółtawem zabarwieniem. Ciepłota spadła do 37°. Tętno 84.

7-go dnia z przetoki prócz żółci i gazów wodobywa się też cokolwiek treści jelit. Chora otrzymała środek czyszczący, który wywarł skutek bardzo mały, przytem okazało się, iż kał jest znowu odbarwiony zupełnie, ogromnie lepki i cuchnący.

9-go dnia przy ciepłocie nie podniesionej wystąpiło wzdęcie bolesne brucha, zwracanie pokarmów, obfity wypływ przez przetokę żółci, a wstrzymanie zupełne wydzieliny kałowej i gazów przez odbytnicę. Wlewania do odbytnicy bez skutku.

10-go dnia ciepłota 38,1°, tętno 104. Nasilenie wszystkich objawów powyższych. Zgłębnikowanie pęcherzyka przez przetokę stwierdziło nieobecność guzika MURPHY'ego w miejscu operowanem. Objawy ze strony przewodu pokarmowego przemawiały za tem, że mieliśmy do czynienia z zamknięciem światła kiszek guzikiem i kałem. Pomimo wlewań do odbytnicy i mechanicznego wprost usunięcia z niej kilku niezmiernie twardych i lepkich kawałków kału, drożności przewodu kiszkowego nie byliśmy w stanie osiągnąć. Stan taki trwał jeszcze dni kilka i poczynął nawet budzić poważne obawy, gdyż tętno dochodziło do 116, 120 i więcej słabych uderzeń na minutę, a choć ciepłota podniesiona nie była, działalność serca słabła, i siły chorą opuszczały. Dopiero 28. XII. t. j. 15-go dnia po operacji, gdy przez przetokę wleliśmy do jelit około 250 grm. oliwy, dnia następnego t. j. w 12 godzin później nastąpiło wypróżnienie siłami naturalnemi, co też natychmiast wywarło wpływ dodatni na ogólny stan chorej. Jednocześnie wypływ żółci i treści jelit przez przetokę znakomicie się zmniejszył. 2 dni później powtórzyliśmy postępowanie z oliwą, i dnia następnego, czyli 18 od dnia operacji, z bardzo obfitem wypróżnieniem odszedł guzik MURPHY'ego. Guzik, którego otwór wypełniony był jedynie masą kałową, uległ znacznemu zoksydowaniu, pomiędzy zaś jego połowami tkwiły jeszcze resztki znekrotyzowanych ścian jelita i pęcherzyka, jako też nitki jedwabne. Odtąd chora poczęła szybko poprawiać się, a sprawność czynności fizyologicznych jelita znakomicie się wzmogła. Wprawdzie przez przetokę wydobywała się jeszcze czas pewien mała ilość żółci i gazów, lecz 10 dnia po odejściu guzika żółć przestała się wydzielać, a tylko gazy przechodziły jeszcze dni kilka. Wreszcie 19 stycznia, czyli 37 dnia po cholecyстоenterostomii przetoka zablizniła się w zupełności, a chora wyleczona opuściła lecznicę. W przeciągu kilku tygodni następnych miewałem nieraz sposobność widywania chorej; zgłaszała się bowiem kilkakrotnie, uskarżając się na bóle w okolicy blizny. Bóle te, jak się okazało, powodowane były przez szwy głębokie powłok brzusznych i ropienie. Po usunięciu nitek bóle ustąpiły. Na miejscu przetoki utworzyła się mocna blizna z lejkowatym wciągnięciem wgłęb'. Po żół-

taczce nie pozostało ani śladu, tuszczenie bardzo obfite naskórka. Wątroba zmniejszyła się znacznie, a bolesność jej ustąpiła w zupełności. Sprawy fizjologiczne, łaknienie, wygląd ogólny nie pozostawiały nic do życzenia. W takim stanie chora opuściła Warszawę. W 1½ miesiąca później otrzymaliśmy list od panny S., w którym donosi o pomyślnym stanie swego zdrowia tak pod względem ogólnym, jako też i miejscowym.

Przypadek powyższy, tak pomyślnie zakończony, wykazuje, jak ważną rolę żółć odgrywa w trawieniu, przekonaliśmy się bowiem, że dopiero po utworzeniu przetoki, w dostatecznej ilości żółć do kiszek doprowadzającej, stan ogólny i odżywianie chorej szybko poprawiać się poczęły. Zapewne, że i przetoka sama wewnętrzna po cholecystostomii staowała czynnikiem do pewnego stopnia ustrój wyczerpujący, lecz najważniejszą przeszkodą były niezaprzeczenie zaburzenia w trawieniu, przez brak żółci powodowane. Jakie mianowicie znaczenie może mieć żółć w sprawie trawienia, trudno zupełnie dobrze wytłumaczyć, jednakże wiadomo, że jest ona niezbędna dla ustroju, że względu na ułatwianie wchłaniania tłuszczów, wzmaganie ruchu robaczkowego jelit i regulowanie spraw gnicia i rozkładu w kiskach.

Pomimo szybkiego postępu, jaki uczyniła chirurgia pęcherzyka żółciowego w przeciągu lat ostatnich kilkunastu, i licznych opisów odnośnych przypadków, zdołałem odnaleźć w piśmiennictwie jednak tylko 57 przypadków cholecystoenterostomii, łącznie z wyżej przeze mnie opisanym.

Pierwszym, który wpadł na myśl utworzenia przetoki pęcherzykowo-kiszkowej był NUSSBAUM; pierwszym zaś wykonawcą tej operacji był v. WINIWARTER w r. 1880. V. WINIWARTER pierwszy wykonał kolocholecystostomię, a jakie przytem trudności miał do pokonania, widać z tego, że wykonał powyższą operację na 6 posiedzeniach w przeciągu 1½ roku, zanim dopiął zamierzonego celu. Trudności nie odstraszyły jednak od prób w dalszym kierunku.

GASTON szeregiem prac doświadczalnych na zwierzętach, a MONASTYRSKI, KAPPELER, SOCIN, FRITZCHE, M. ROBSON, TERRIER, COURVOISIER i inni ulepszeniem technicznej strony operacji popchnęli cholecystoenterostomię na tory pewniejsze. Przekonano się i dowiedziono, że 1) jedynie racjonalne jest połączenie pęcherzyka żółciowego z jelitem cienkim, ponieważ tylko w jelicie cienkim żółć swój wpływ fizjologiczny na sprawy trawienia wywierać może, a po 2) że najkorzystniejsze jest jednoczesne wykonanie operacji, t. j. cholecystotomii i cholecystoenterostomii, jak tego dowiódł pierwszy KAPPELER w r. 1887. Od tego czasu cholecystoenterostomię stosowano niejednokrotnie z różnym powodzeniem, a jednoczesne połączenie z jelitem cienkim zyskało największy zastęp zwolenników wśród chirurgów współczesnych. Co do wyników operacji wymienionej, to dane statystyczne są następujące: COURVOISIER na pierwsze 7 przypadków cholecystoenterostomii podaje 1 przypadek śmierci bezpośrednio po operacji, 1 przypadek — nieco później i 5 wyzdrowień. MARTIG na 19 następnych operacji, (z których 17 jednoczesowych) podaje: 2 zejścia śmiertelne po operacjach niejednoczesowych, 5 z jednoczesowych operacji bezpośrednio i 2 zejścia nieco później, a zatem 10 wyzdrowień. Niepomyślnie zakończone przypadki wzięte w odsetkach wahają się zatem u obu autorów w granicach od ¼—⅓%. Z 31 zaś przypadków, które w piśmiennictwie udało mi się odszukać, w 23 nastąpiło wyzdrowienie długotrwałe, w 1 poprawa, w 1 zejście śmiertelne, a losy 5 przypadków (z kliniki

Кейра) są nieznane. 31-szym pomysłnym przypadkiem — jest powyżej przeze mnie opisany przypadek operacji, przez prof. Kosińskiego dokonanej.

Wskazania do cholecystoenterostomii dają się ująć w następujący sposób: do operacji tej przystępować należy wówczas, gdy mamy do czynienia z przewlekłym zamknięciem światła przewodu żółciowego wspólnego lub z przetokami pęcherzyka, nie ustępującymi wszelkim innym sposobom leczenia.

Co do zamknięcia światła przewodu przez uwięzione kamienie żółciowe, to jedni autorowie, jak DELBET, v. WINIWARTER zachęcają do wykonania w tych przypadkach cholecystoenterostomii, drudzy zaś, jak LANGENBUCH, HUETER radzą usuwać kamienie z przewodu żółciowego wspólnego tylko za pomocą choledolitripsy lub choledocholitektomii. Jednakże zdanie tych dwu chirurgów wydaje mi się zbyt bezwzględne. Wiadomo, po 1) że kamień żółciowy, uwięziony w przewodzie wspólnym, nieraz otoczony bywa rozległymi zrostami i wciągnięty wgłąb jamy brzusznej tak dalece, że wykonanie jednej z tych 2 operacji stać się może wprost niemożliwym; po 2) sądzę, że cholecystoenterostomia przedstawia zabieg łatwiejszy o wiele i bezpieczniejszy, niż choledolitripsia i choledocholitektomia nawet w warunkach dość przyjaznych. MARTIG opisuje przypadek, w którym tak doświadczony chirurg, jak RIEDEL, oddzielając przewód żółciowy wspólny od otaczających go zrostów w celu wykonania choledocholitektomii przedziurawił poprzecznie, żołądek i pęcherzyk żółciowy, a choć szwy następnie nałożono, i chory wyzdrowiał, to jednak czyż nie korzystniej było wykonać w tym przypadku cholecystoenterostomię? Wogóle jednak większość autorów zgadza się na jedno, iż z wykonaniem cholecystoenterostomii nie należy zbyt się spieszyć, lecz ewentualnie po wykonaniu cholecystostomii poczekać czas pewien, w celu przekonania się, czy drożność się wróci. LANGENBUCH w 4 przypadkach zamknięcia światła przewodu wspólnego otrzymał wyniki zupełnie pożądane jedynie tylko za pomocą cholecystostomii. DELBET wpadł w inną ostateczność, a mianowicie, na zasadzie tylko przypuszczenia acholii odruchowego pochodzenia, wykonał odrazu cholecystoduodenostomię, w 3 tygodnie po wystąpieniu pierwszych objawów choroby. Wspomnieć mi wypada jeszcze o przypadku v. WINIWARTER'a, w którym tenże wykonał cholecystoenterostomię w zupełnie odmiennych warunkach, a mianowicie przy olbrzymim wodniaku pęcherzyka żółciowego. Ponieważ, w samej rzeczy, ani cholecystektomia, ani cholecystendysis, ani cholecystostomia nie mogły dać dobrego rokowania na przyszłość, v. WINIWARTER utworzył przetokę pęcherzykowo-jelitową z zejściem pomyslnym. Jest to jedyny przypadek, w którym operację powyższą wykonano pomimo drożności przewodu żółciowego wspólnego. Prócz wskazań odpowiednich, niezbędne też są pewne warunki, w braku których wykonanie cholecystoenterostomii połączone bywa z trudnościami nie do pokonania. Pierwszym warunkiem jest pomyslny stan ogólny chorego. U osobników, zbyt silnie wyczerpanych chorobą, długotrwałą cholemią, cholecystoenterostomia jest nawet przeciwwskazana. W niektórych razach należy z początku uciec się do cholecystostomii, która, zwalniając chorego od skutków cholemi, jest w stanie wpłynąć na poprawienie ogólnego stanu na tyle, że po pewnym czasie do cholecystoenterostomii przystąpić można. Drugim koniecznym warunkiem jest możliwość zużytkowania pęcherzyka żółciowego. Zatem tylko pęcherzyk o ścianach zdrowych po 1) względem anatomicznym i dostatecznie ruchomy nadaje się do celu powyższego.

W przypadku niniejszym prof. Kosińskiego wskazania do cholecystoenterostomii i warunki ustroju, wśród których operacja wykonana została, w zupełności były wystarczające. Wskazaniem była niedrożność przewlekle przewodu

wspólnego, nie dająca się usunąć leczeniem względnie zachowawczem (cholecystostomia). Z drugiej strony dość pomyślny stan ogólny chorej, prawidłowość ścian pęcherzyka pod względem anatomicznym i ruchomość jego były dostateczną rękojmią pomyślnego wyniku operacji, jak się też stało w rzeczywistości.

Przekroczyłbym zakres pracy niniejszej, zechciawszy wyszczególnić wszelkie sposoby operowania, jakimi posługiwano się przez szereg lat dla wykonywania cholecystoenterostomii.

Ograniczę się więc do przytoczenia kilku wskazówek ogólnych. Przedewszystkiem co do jelita, które ma być wybrane do połączenia z pęcherzykiem żółciowym, to postępowano pod tym względem najrozmaiciej. Łączono pęcherzyk żółciowy z dwunastnicą (TERRIER, KOERTÉ), z jelitem czczym i z jelitem krętym²⁾ i wreszcie z jelitem grubym. Najbardziej zbliżona do warunków prawidłowych pod względem fizyologicznym jest cholecystoduodenostomia; niestety jednak, położenie tego jelita zbyt często wyłącza możliwość zużytkowania go w tym celu. Jelito grube i kręte, szczególnie w dolnym odcinku, nie nadają się z przyczyn wyżej wyłuszczonych. Natomiast połączenie pęcherzyka z górnym odcinkiem jelita czczego głównie powinno być stosowane w praktyce. Należy tylko utworzyć przetokę do tej pętli jelita, która najłatwiej daje się przybliżyć do pęcherzyka, lecz zarazem najbliższej dwunastnicy jest położona. Rozumie się jednak, iż ta zasada ogólna w każdym poszczególnym przypadku indywidualizowana być powinna.

Nader ciekawy zabieg, będący w ścisłym związku z cholecystoenterostomią wogóle, jest t. zw. cholecystogastrostomia, czyli utworzenie przetoki pęcherzykowo-żołądkowej. Operację tę pierwszy wykonał pewien lekarz wiedeński, drugi z kolei był TERRIER, trzeci MONOD. We wszystkich przypadkach chodziło o niedrożność przewlekłą przewodu wspólnego; stwierdzono przytem fakt ogromnie doniosły, a mianowicie, że żółć, przedostająca się bezpośrednio do żołądka, nie wywiera bynajmniej wpływu ujemnego na sprawność fizyologiczną tego narządu.

Sposób wykonywania cholecystoenterostomii jednoczasowej za pomocą szwów sprowadza się do zasad postępowania, przyjętych dla enteroanastomoz w ogólności. Nie wdając się też w szczegóły wykonania cholecystoenterostomii dwu- i trzyczasowej (podług v. WINIWARTER'a i TILLAUX), jako dających wyniki niezbyt pomyślne; przytoczę natomiast kilka uwag i danych, dotyczących zastosowania guzika MURPHY'ego w niniejszej operacji. Sam MURPHY od r. 1892 do 1894 zastosował swój guzik do przetoki pęcherzykowo-jelitowej w 8 przypadkach, inni lekarze amerykańscy w 9, czyli razem w 17 przypadkach. Wyniki we wszystkich były zupełnie pomyślne. Śladem MURPHY'ego poszło wielu innych chirurgów, lecz zdania pod względem wartości sposobu są podzielone. Tak, np. ZUCKERKANDL, v. WINIWARTER zachęcają do posiłkowania się guzikiem MURPHY'ego, a prof. KOCHER przyznaje temu sposobowi pierwszeństwo przed innymi w wykonaniu cholecystoenterostomii. Inni znowu autorowie, jak LANGENBUCH, KEHR nie są zwolennikami sposobu MURPHY'ego, wyrażając wspólne obawy, iż guzik zamiast do światła kiszki również łatwo do pęcherzyka żółciowego wpaść może. Pomimo to, ze znanych 6 przypadków cholecystoenterostomii z guzikiem MURPHY'ego wszystkie zakończyły się pomyślnie. W klinice CZERNY'ego operowano w r. 1897 tym sposobem w 3 przypadkach. W pierwszym z nich guzik wyszedł 17 dnia, w drugim — śmierć nastąpiła 5 dnia po operacji od przyczyn

²⁾ Krętница podług KRYSIŃSKIEGO.

KEHR'a) są nieznane. 31-szym pomyślnym przypadkiem — jest powyżej przeze mnie opisany przypadek operacji, przez prof. KOSIŃSKIEGO dokonanej.

Wskazania do cholecystoenterostomii dają się ująć w następujący sposób: do operacji tej przystępować należy wówczas, gdy mamy do czynienia z przewlekłym zamknięciem światła przewodu żółciowego wspólnego lub z przetokami pęcherzyka, nie ustępującymi wszelkim innym sposobom leczenia.

Co do zamknięcia światła przewodu przez uwięźnięte kamienie żółciowe, to jedni autorowie, jak DELBET, v. WINIWARTER zachęcają do wykonania w tych przypadkach cholecystoenterostomii, drudzy zaś, jak LANGENBUCH, HUETER radzą usuwać kamienie z przewodu żółciowego wspólnego tylko za pomocą choledolitripsy lub choledocholitektomii. Jednakże zdanie tych dwu chirurgów wydaje mi się zbyt bezwzględne. Wiadomo, po 1) że kamień żółciowy, uwięźnięty w przewodzie wspólnym, nieraz otoczony bywa rozległymi zrostami i wciągnięty w głąb jamy brzusznej tak dalece, że wykonanie jednej z tych 2 operacji stać się może wprost niemożliwym; po 2) sędzę, że cholecystoenterostomia przedstawia zabieg łatwiejszy o wiele i bezpieczniejszy, niż choledolitripsia i choledocholitektomia nawet w warunkach dość przyjaznych. MARTIG opisuje przypadek, w którym tak doświadczony chirurg, jak RIEDEL, oddzielając przewód żółciowy wspólny od otaczających go zrostów w celu wykonania choledocholitektomii przedziurawił poprzecznice, żołądek i pęcherzyk żółciowy, a choć szwy następnie nałożono, i chory wyzdrowiał, to jednak czyż nie korzystniej było wykonać w tym przypadku cholecystoenterostomię? Wogóle jednak większość autorów zgadza się na jedno, iż z wykonaniem cholecystoenterostomii nie należy zbyt szybko się spieszyć, lecz ewentualnie po wykonaniu cholecystostomii poczekać czas pewien, w celu przekonania się, czy drożność się wróci. LANGENBUCH w 4 przypadkach zamknięcia światła przewodu wspólnego otrzymał wyniki zupełnie pożądane jedynie tylko za pomocą cholecystostomii. DELBET wpadł w inną ostateczność, a mianowicie, na zasadzie tylko przypuszczenia acholii odruchowego pochodzenia, wykonał od razu cholecystoduodenostomię, w 3 tygodnie po wystąpieniu pierwszych objawów choroby. Wspomnieć mi wypada jeszcze o przypadku v. WINIWARTER'a, w którym tenże wykonał cholecystoenterostomię w zupełnie odmiennych warunkach, a mianowicie przy olbrzymim wodniaku pęcherzyka żółciowego. Ponieważ, w samej rzeczy, ani cholecystektomia, ani cholecystendysis, ani cholecystostomia nie mogły dać dobrego rokowania na przyszłość, v. WINIWARTER utworzył przetokę pęcherzykowo-jelitową z zejściem pomyślnym. Jest to jedyny przypadek, w którym operację powyższą wykonano pomimo drożności przewodu żółciowego wspólnego. Prócz wskazań odpowiednich, niezbędne też są pewne warunki, w braku których wykonanie cholecystoenterostomii połączone bywa z trudnościami nie do pokonania. Pierwszym warunkiem jest pomyślny stan ogólny chorego. U osobników, zbyt silnie wyczerpanych chorobą, długotrwałą cholemią, cholecystoenterostomia jest nawet przeciwwskazana. W niektórych razach należy z początku uciec się do cholecystostomii, która, zwalniając chorego od skutków choleмии, jest w stanie wpłynąć na poprawienie ogólnego stanu na tyle, że po pewnym czasie do cholecystoenterostomii przystąpić można. Drugim koniecznym warunkiem jest możliwość zużytkowania pęcherzyka żółciowego. Zatem tylko pęcherzyk o ścianach zdrowych pod względem anatomicznym i dostatecznie ruchomy nadaje się do celu powyższego.

W przypadku niniejszym prof. KOSIŃSKIEGO wskazania do cholecystoenterostomii i warunki ustroju, wśród których operacja wykonana została, w zupełności były wystarczające. Wskazaniem była niedrożność przewlekła przewodu

wspólnego, nie dająca się usunąć leczeniem względnie zachowawczem (cholecystostomia). Z drugiej strony dość pomyślny stan ogólny chorej, prawidłowość ścian pęcherzyka pod względem anatomicznym i ruchomość jego były dostateczną rękojmią pomyślnego wyniku operacji, jak się też stało w rzeczywistości.

Przekroczyłbym zakres pracy niniejszej, zechciawszy wyszczególnić wszelkie sposoby operowania, jakimi posługiwano się przez szereg lat dla wykonywania cholecystoenterostomii.

Ograniczę się więc do przytoczenia kilku wskazówek ogólnych. Przedewszystkiem co do jelita, które ma być wybrane do połączenia z pęcherzykiem żółciowym, to postępowano pod tym względem najrozmaiciej. Łączono pęcherzyk żółciowy z dwunastnicą (TERRIER, KOERTZ), z jelitem czczym i z jelitem krętym²⁾ i wreszcie z jelitem grubym. Najbardziej zbliżona do warunków prawidłowych pod względem fizyologicznym jest cholecystoduodenostomia; niestety jednak, położenie tego jelita zbyt często wyłącza możliwość zużytkowania go w tym celu. Jelito grube i kręte, szczególnie w dolnym odcinku, nie nadają się z przyczyn wyżej wyłuszczonych. Natomiast połączenie pęcherzyka z górnym odcinkiem jelita czczego głównie powinno być stosowane w praktyce. Należy tylko utworzyć przetokę do tej pętli jelita, która najłatwiej daje się przybliżyć do pęcherzyka, lecz zarazem najbliższej dwunastnicy jest położona. Rozumie się jednak, iż ta zasada ogólna w każdym poszczególnym przypadku indywidualizowana być powinna.

Nader ciekawy zabieg, będący w ścisłym związku z cholecystoenterostomią wogóle, jest t. zw. cholecystogastrostomia, czyli utworzenie przetoki pęcherzykowo-żołądkowej. Operację tę pierwszy wykonał pewien lekarz wiedeński, drugi z kolei był TERRIER, trzeci MONOD. We wszystkich przypadkach chodziło o niedrożność przewlekłą przewodu wspólnego; stwierdzono przytem fakt ogromnie doniosły, a mianowicie, że żółć, przedostająca się bezpośrednio do żołądka, nie wywiera bynajmniej wpływu ujemnego na sprawność fizyologiczną tego narządu.

Sposób wykonywania cholecystoenterostomii jednoczasowej za pomocą szwów sprowadza się do zasad postępowania, przyjętych dla enteroanastomoz w ogólności. Nie wdając się też w szczegóły wykonania cholecystoenterostomii dwu- i trzyczasowej (podług v. WINIWARTER'a i TILLAUX), jako dających wyniki niezbyt pomyślne, przytoczę natomiast kilka uwag i danych, dotyczących zastosowania guzika MURPHY'ego w niniejszej operacji. Sam MURPHY od r. 1892 do 1894 zastosował swój guzik do przetoki pęcherzykowo-jelitowej w 8 przypadkach, inni lekarze amerykańscy w 9, czyli razem w 17 przypadkach. Wyniki we wszystkich były zupełnie pomyślne. Śladem MURPHY'ego poszło wielu innych chirurgów, lecz zdania pod względem wartości sposobu są podzielone. Tak, np. ZUCKERKANDL, v. WINIWARTER zachęcają do posilkowania się guzikiem MURPHY'ego, a prof. KOCHER przyznaje temu sposobowi pierwszeństwo przed innymi w wykonaniu cholecystoenterostomii. Inni znowu autorowie, jak LANGENBUCH, KERR nie są zwolennikami sposobu MURPHY'ego, wyrażając wspólne obawy, iż guzik zamiast do światła kiszki również łatwo do pęcherzyka żółciowego wpaść może. Pomimo to, ze znanych 6 przypadków cholecystoenterostomii z guzikiem MURPHY'ego wszystkie zakończyły się pomyślnie. W klinice CZERNY'ego operowano w r. 1897 tym sposobem w 3 przypadkach. W pierwszym z nich guzik wyszedł 17 dnia, w drugim — śmierć nastąpiła 5 dnia po operacji od przyczyn

²⁾ Krętnica podług KRYSIŃSKIEGO.

ubocznych, a badanie pośmiertne stwierdziło, że guzik trzymał się w miejscu doskonałe. Wreszcie w 3 przypadku chora wyzdrowiała, pomimo iż jeszcze po 4½ miesiącach, t. j. w chwili drukowania pracy sprawozdawcy, nie stwierdzono odejścia guzika. Sam sposób zastosowania guzika w cholecystoenterostomii dokonuje się według ogólnego przepisu, przez wynalazcę podanego i przyjętego.

Jak wiele innych zabiegów, tak też i cholecystoenterostomia nie pozbawiona jest pewnych wad w następstwie. Do wad tych zaliczyć należy przede wszystkim nieuniknione tworzenie się zrostów i przyrostów w miejscu operowanem, stających się częstokroć przyczyną poważnych dolegliwości w postaci bólów. Drugą stroną niekorzystną stanowi ta okoliczność, że przez szeroką przetokę, utworzoną bezpośrednio do jelit, łatwem się staje zakażenie dróg żółciowych drobnoustrojami chorobotwórczymi z kiszek. Mniemam, że przypuszczenie to do pewnego stopnia nie jest usprawiedliwione: przede wszystkim wiadomo, że i przez przewód żółciowy wspólny drobnoustroje z kiszek do dróg żółciowych w wątrobie przedostać się mogą i sprawy patologiczne wywołać są w stanie. Lecz do tego niezbędne są pewne warunki, niezależne od wielkości przetoki i jej rodzaju, szczególnie, o ile znajduje się ona w górnym odcinku jelit. Zakażenie bowiem rozpoczyna się od tej chwili, gdy w przewodach żółciowych wskutek pewnych przyczyn, jak zastój żółci, zaburzenia w krążeniu i t. p., występuje do pewnego stopnia stan zapalny, a tem samem dopiero stwarzają się warunki, sprzyjające swoistemu działaniu drobnoustrojów.

Szkodliwy wpływ wywiera bezwarunkowo tylko przetoka, utworzona pomiędzy pęcherzykiem żółciowym i kiszka grubą, skąd dostęp swobodny do dróg żółciowych stoi otworem nie tylko dla drobnoustrojów, lecz także dla wszelkich czynników rozkładowych i toksycznych. Oczywiście, że w takich razach i ogólnie przyznawane własności odkażające żółci nie na wiele przydać się mogą.

Daleki jestem od tego, by na zasadzie powyżej spostrzeganego osobiście przypadku przejmować się entuzjazmem i uznaniem dla cholecystoenterostomii w ogólności. Przyznaję się raczej, że uderzyło mnie i zaimponowało mi nie mało to pełne rozwagi, namysłu i logiczności postępowanie Szanownego Profesora KOSIŃSKIEGO, który tak stosownie wybranym i wykonanym zabiegiem dowiódł nie po raz pierwszy w ciągu swej znacznej działalności lekarskiej, że kierował się i kieruje się zawsze ową piękną zasadą: „*Aegroti salus suprema lex esto!*”

Niech mi wolno będzie wyrazić na tem miejscu moją wdzięczność Szan. Prof. KOSIŃKIEMU i d-rowsi SOLMANOWI za łaskawie okazaną mi zachętę i pomoc przy pisaniu pracy niniejszej.

L I T E R A T U R A.

- 1) BUKOWSKI. Z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. Gaz. Lek. 1893 r.
- 2) BOGDANIK. O operacyach na woreczku żółciowym. Przegląd Lek. 1896 r.
- 3) Archiv f. klin. Medic. LV. 1897.
- 4) Beiträge z klin. Chirurgie (Brunsa) Bd. 13. 1895.
- 5) W. MARTIG. Zur Chirurgie der Gallenwege. 1893.
- 6) KEHR. Sammlung klin. Vorträge (Vollkman's) Nr. 225. r. 1898.
- 7) RIEDEL. Kamica żółciowa pod wzgl. patogenet. i rozpoznaw. (ref. w Nowinach Lek. Nr. 12 r. 1898).
- 8) HUETER-LOSSEN. Wykład chirurgii szczegółowej (w tłum.; wydawnictwo-podręcznik. chirurg.). Zeszyt X. 1898.
- 9) DELBET. Ictère, coliques hépatiques subintrautes, cholecystoduodenostomie, guérison. Gazette Hebdomad. Nr. 57 r. 1896.
- 10) LANGENBUCH. Chirurgie der Leber und Gallenwege. Deutsche Chirurgie. Liefer. 45 c. 1897 r.
- 11) A. v. WINWARTER. Lehrbuch der chirurgischen Operationen. 1895 r.
- 12) J. G. SMITH. Chirurgie abdominale 1894.
- 13) ZOOKERKANDL. Chirurgische Operationslehre. 1897.
- 14) KOCHER. T. Chirurgische Operationslehre. 1898.
- 10) CONSINS W. L. Cholecystenterostomy of the Murphy buton. Boston. med. and. surg. Journ. 1897.
- 16) TILLMANS. Spiecielle chirurgie-II. Th. r. 1892.
- 17) Medical Record. January. 13. 1894.

Warszawa, w kwietniu 1899.

PRZYPADEK ZWICHNIĘCIA GOLENI W STAWIE KOLANOWYM.

Podał

EDWARD TYMIENIECKI asystent oddziału.

Urazowe zwichnięcia w stawie kolanowym do dziś jeszcze należą do nader rzadkich przypadków: wielu z pośród autorów, którzy pisali o nadwreżeniach stawu kolanowego, urazowego zwichnięcia nie widzieli ani jednego. Ta rzadkość powyższego cierpienia skłania mnie do opisanie przypadku, spostrzeganego w oddziale d-ra SZTEYNERA.

W dniu 8 maja 1898 roku do szpitala Dzieciątka Jezus przez Pogotowie ratunkowe został przywieziony P. S., robotnik lat 24, z zawodu giser. Dnia poprzedniego wieczorem, będąc pijanym, chory na ulicy zachowywał się nieprzyzwoicie, za co miał być aresztowanym: chcąc się ratować, chory schwycił się oburącz za klamkę bramy, nogi zaś rozstawił szeroko w taki sposób, że prawą nogą opierał się o próg bramy, a lewą miał ustawioną ku tyłowi; jeden z obecnych, chcąc go oderwać od bramy, schwycił chorego rękoma za dolną część prawej nogi i gwałtownie ją odciągnął na zewnątrz, jednocześnie zaś drugi uderzył chorego nogą w dolną część uda w kierunku od tyłu i od zewnątrz ku przodowi i na wewnątrz. Chory natychmiast puścił się klamki, lecz zarazem upadł i utracił przytomność; noc przebył w cyrkule, a następnego dnia został przywieziony do szpitala przez Pogotowie ratunkowe.

Przy oględzinach znaleziono: chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania umiarkowanego, mięśnie rozwinięte bardzo dobrze. Tętno 84, ciepłota 38°. Na twarzy liczne, mniej lub więcej rozległe, zadrapania; na górnych kończynach kilka siniaków. Na pierwszy rzut oka na dolne kończyny przede wszystkim uderza ogromne zniekształcenie okolicy prawego kolana: staw mocno obrzękły, kontury jego zniesione; skóra na całym kolanie, szczególnie zaś z wewnętrznej jego strony, mocno napięta; powyżej kłykcia wewnętrznego na przestrzeni wielkości dłoni krwawe podbiegnięcia, poniżej zaś tego miejsca skóra nieco zmarszczona robi wrażenie, jakoby była wciągnięta wewnątrz i przytwierdzona do kości, oś podłużna kości udowej, złamanej w kolanie, ma kształt nieco zbliżony do bagnetu: wewnętrzny kłykieć kości udowej wystaje ku przodowi i na wewnątrz, jego powierzchnia stawowa przykryta jest mocno rozciągniętą i scieńczoną skórą, przez którą dokładnie można było wyczuć dół międzykłykciowy (*fossa intercondyloidea*), piszczel tak mocno jest wysunięta na zewnątrz i nieco ku tyłowi, że przednia część kłykcia wewnętrznego tejże kości leży pod tylną częścią zewnętrznego kłykcia uda; rzepka jest mocno odciągnięta i zwichnięta na zewnątrz i ku dołowi i leży z boku kości udowej, zwrócona swoją wewnętrzną powierzchnią do zewnętrznej powierzchni kłykcia zewnętrznego uda; cała kończyna jest dość zgięta w stawie kolanowym, mięśnie zginacze przykurczone; wyprostować jej chory sam nie może. O ruchach czynnych, a nawet biernych nie można było stanowczo orzec, z powodu nadmiernej bolesności już przy obmacywaniu chorego. W narządach wewnętrznych zmian żadnych wykryć nie można.

Na zasadzie powyższych danych rozpoznano zwichnięcie nogi na zewnątrz i ku tyłowi niezupełne, niepowikłane — *luxatio tibiae externa post rior incompleta* — lecz

bardzo zbliżone do zwichnięcia nazewnątrz zupełnego. Jednakże ze względu na pewne wciągnięcie skóry na ograniczonej przestrzeni, jakby przytwierdzenie jej do chropowatej części kości, rodziło się podejrzenie, czy prócz powyższej przytoczonego zwichnięcia niema jeszcze oderwania niewielkiego kawałka kłykcia wewnętrznego, co należycieby tłumaczyło objaw powyższy wciągnięcia skóry. Mając zaś na uwadze wielką wrażliwość chorego na ból, zaprzestano dalszego badania, a postanowiono go natychmiast uśpić, co też uczyniono przy pomocy chloroformu.

Po zupełnem uśpieniu chorego można było się przekonać, że ruchy bierne nie tylko nie są ograniczone, ale, szczególnież boczne, bardzo obszerne, a zwłaszcza ruch odsiebny goleni, co dowodziło całkowitego rozerwania więzów bocznych wewnętrznych; przy wyciąganiu kończyny można się było przekonać o rozerwaniu więzów krzyżowych, gdyż goleń można było odciągnąć tak daleko w kolanie od uda, że pomiędzy kości można było wsunąć palec bez trudu. Po zupełnem potwierdzeniu pierwotnego rozpoznania, tyczącego się zwichnięcia, przystąpiono do nastawienia: najprzód kończyna została jeszcze więcej zgięta w stawie kolanowym, co dało się łatwo uskutecznić; następnie, przy mocnem wyciąganiu uda w jedną stronę, goleni zaś w drugą — starano się lewą ręką odepchnąć udo na zewnątrz i ku przodowi, pamiętając zarazem i o nasunięciu rzepki we właściwa miejsce. Po kilkakrotnych usiłowaniach nareszcie nastawienie powiodło się; trudności były tylko w utrzymaniu nastawionego położenia, gdyż goleń napowrót bardzo łatwo ulegała zwichnięciu, — zjawisko powyższe łatwo się tłumaczy rozerwaniem więzów bocznych wewnętrznych.

Następnie na całą kończynę wyprostowaną nałożono jedną szynę tekturową zewnętrzną i bandaż krochmalowy muślinowy.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota 38,6°; chory uskarża się na silne bóle w kolanie, tak że podano mu 10 kropel 1% roztworu morfiny. Następnego dnia rano ciepłota 37,6°; bóle daleko mniejsze; chory spał dobrze; wieczorem ciepłota 38,6°; bóle znowu się wzmogły; chory otrzymał 10 kropel morfiny.

Dnia 10 maja 1898 r. chory na nic się nie uskarża. Ażeby się dokładnie przekonać, czy oprócz zwichnięcia nie było jeszcze odłamania wraz z więzom boczny i kawałka kłykcia wewnętrznego kości udowej, postanowiono zbadać kończynę przy pomocy promieni ROENTGEN'a. W tym celu chory został przeniesiony do pracowni d-ra M. BRUNER'a w szpitalu św. Ducha. Przy prześwietlaniu w rozmaitych kierunkach nie można było znaleźć śladów żadnego złamania; ustawienie kości w stawie kolanowym było prawidłowe, chociaż brakło zupełnego (do prostej linii) wyprostowania kończyny. Obecny przytem prof. J. Kosiński po zbadaniu chorego stwierdził prawidłowe nastawienie zwichnięcia, złamania również nie znalazł. Następnym dni chory nie gorączkuje, bólów niema.

Ze względu na niezupełne wyprostowanie kończyny, w dniu 15. V. nałożono przyrząd wyciągowy i szynę; ciężar przywieszono wagi z początku 8 funtów, wieczorem 12 funtów, oprócz tego na dolną część uda położono podłużnie worek z piaskiem wagi około 5 funtów.

Po 7 dniach (22. V. 1898) z powodu ustawicznych narzekań chorego na wielki ból w kolanie, usunięto przyrząd wyciągowy, a pozostawiono szynę. Dnia 26. V. 98, a więc w 18 dni po wypadku, chory spróbował, nie pytając się o pozwolenie, chodzić w opatrunku, opierając się na lasce, przyczem utykał nieznacznie; bóle w kolanie pojawiały się od czasu do czasu, lecz były dość znośne.

Na 25 dzień po nastawieniu (dnia 2. VI. 98) stan chorego przedstawiał się, jak następuje: obrzęk kolana zginął, zmarszczenie skóry wyrównało się, kończyna

lekką zgiętą w stawie kolanowym, mniej więcej pod kątem 170—175°; zupełnie wyprostować kończyny chorej nie może, zgina ją dobrze, boczny ruch bierny odsiebny — niewielki; znacznej bolesności niema nigdzie; chore próbował chodzić i bez opatrunku, co wykonał zadawalniająco.

Dnia 3. VI. 98. został wypisany ze szpitala w opatrunku z tektury.

Po 3 miesiącach miałem sposobność chorego widzieć, przyczem stwierdziłem, że chodzi dobrze nawet po schodach, kończyna jest wyprostowana, zgina ją dobrze, ruchy boczne goleni są bardzo nieznaczne, ruch odsiebny nieco obszerniejszy; pracować może, prawie cały dzień stojąc.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że podobnych w literaturze jest 7 wśród ogółu 38 przypadków różnego rodzaju zwichnięcia urazowego w stawie kolanowym.

Według EHRHARDT'a¹⁾ KROENLEIN przez czas od 1 maja 1874 roku aż do 10 października 1880 r. w klinice berlińskiej na 400 świeżych urazowych zwichnięć widział zaledwie 4 zwichnięcia w stawie kolanowym; tenże sam O. EHRHARDT na 241 zwichnięć spostrzeganych od 1870 do 1880 roku w klinice we Wrocławiu znalazł cztery w stawie kolanowym; tym więc sposobem na 461 wszystkich zwichnięć było 8 zwichnięć w stawie kolanowym, co czyni 1,2%.

Rzadkość wyżej wzmiankowanego cierpienia w zupełności się tłumaczy budową anatomiczną stawu: powierzchnie stawowe obu kości należą do największych w obwodzie u człowieka, cały aparat mocnych więzów bocznych, które otaczają ze wszech stron staw, strzeże od zwichnięcia; do tego jeszcze trzeba dodać wewnętrzne wzmocnienie powierzchni stawowych przez dość grube więzy krzyżowe; ażeby więc otrzymać zwichnięcie w stawie kolanowym, trzeba użyć bardzo wielkiej siły, która by podziałała pośrednio lub bezpośrednio na dolny odcinek kości udowej lub górny piszczelowej.

Rozróżniamy cztery rodzaje zwichnięć w stawie kolanowym, co zależy od tego, w którą stronę zwróci się goleń: ku przodowi, ku tyłowi, na zewnątrz i na wewnątrz. Oprócz tego mogą być zwichnięcia, które się otrzymuje przez odpowiednią kombinację dwóch uprzednich form, jako to: ku tyłowi i na zewnątrz, a także i przez ruch rotacyjny goleni, a z nią i całej stopy na zewnątrz lub na wewnątrz. Najczęściej zdarzają się zwichnięcia ku przodowi i na zewnątrz, rzadziej ku tyłowi i na wewnątrz, najrzadziej — przez rotację — i to na zewnątrz.

Co do pochodzenia, zwichnięcia bywają: wrodzone, chorobowe i urazowe; co zaś do obszaru powierzchni stawowej zwichniętej — całkowite i niecałkowite. Na ten ostatni podział w zwichnięciach urazowych do pewnego stopnia wpływa okoliczność, czy siła działała na kość pośrednio, czy też bezpośrednio.

Co do wieku, najmłodszy chorej ze zwichnięciem kolana miał 9 miesięcy, najstarszy 79 lat; cierpieniu powyższemu częściej podlegają mężczyźni, aniżeli kobiety.

EHRHARDT w swojej monografii o urazowych zwichnięciach w stawie kolanowym podaje 36 przypadków: z tych 21 zwichnięć kolana ku tyłowi (12 całkowitych, 9 niecałkowitych), 10 zwichnięć na zewnątrz (1 tylko całkowite, 9 niecałkowitych) i 5 niecałkowitych ku tyłowi i zarazem na zewnątrz. Oprócz tego znalazłem jeszcze 2 przypadki zwichnięcia w stawie kolanowym i obadwa ku tyłowi i na zewnątrz: jeden opisany przez Fredericka PAGE'a, a drugi przez PAGENSTECHE'a²⁾. W polskiej literaturze odpowiednich przypadków nie znalazłem.

¹⁾ Ueber traumatische Luxationen im Kniegelenk v. D-r O. EHRHARDT, Beiträge zur klinischen Chirurgie, v. BRUNS-sechszehnter Band, str. 721. 1896 r.

²⁾ Jahresberichte HIRSCH'a i VIRCHOW'a z roku 1896.

Z doświadczeń, jakie na trupach wykonywali BONNET, BUSCH DITTEL a także i HOENIGSCHMIED, wiadomo, że zwichnięcie goleni ku tyłowi powstać może, jeżeli:

a) przy nadmiernem wyciąganiu w stawie kolanowym wielka siła będzie działała na goleń od przodu ku tyłowi lub też na udo od tyłu ku przodowi;

b) przy nadmiernem wyciąganiu w stawie kolanowym nawet nie bardzo znaczna siła pcha udo ku przodowi przy jednoczesnem mocnem utrzymaniu goleni;

c) przy mniej lub więcej zgietem kolanie podczas upadku li tylko przez ciężar ciała udo zsuwa się z powierzchni stawowej goleni.

W przypadkach zwichnięć na zewnątrz w czasie badań pośmiertnych znaleziono co następuje. HARGRAVE znalazł rozerwanie więzów wewnętrznych bocznych i przednich krzyżowych — w całości, częściowe zaś rozerwanie więzów bocznych zewnętrznych; więz krzyżowy tylny okazał się nienaruszonym. BONN widział przypadek zwichnięcia na zewnątrz, w którym więzy były tylko przemieszczone, a nie rozerwane; kłykieć zewnętrzny uda spoczywał na wyniosłości międzykłykciowej piszczeli. SCHLANGE znalazł w jednym przypadku rozerwanie więzów krzyżowych z pęknięciem torebki stawowej i uwięzieniem tej ostatniej między udem i golenią.

W przypadku LEFILLIATRE'a oprócz zupełnego porozrywania i zmiżdżenia całego aparatu więzów było odłamanie kłykcia zewnętrznego a także i części powierzchni stawowej goleni od wewnętrznego brzegu; naczynia ocalały.

Co się tyczy objawów, jakie znajdujemy przy zwichnięciu w stawie kolanowym, to te ostatnie zależą od pozycji, w jakiej się znajdowała kończyna podczas wypadku. Ponieważ zaś zwichnięcia urazowe następują przeważnie przy ekstensyi lub nawet hyperekstensyi kończyny, więc objawy są zupełnie typowe. W literaturze znany jest tylko jeden przypadek EUBHARDT'a, w którym zwichnięcie nastąpiło przy dość znacznem zgietu w kolanie.

Z objawów najważniejsze są: skrzywienie kolana boczne w postaci bagnetu (t. zw. *genu recurvatum*); skrócenie kończyny, dochodzące nawet do 4 ctm.; zniekształcenie stawu bądź to przez samo zwichnięcie, bądź też przez mniej lub więcej obfity wylew krwawy; zwichnięcie rzepki, przeważnie nazewnątrz i nieco ku przodowi, bywa i nadłamanie tej ostatniej lub nawet zmiżdżenie.

Skóra jest mocno naciągnięta, napięta, błyszcząca, scieńczała, wskutek czego zachodzi obawa zgorzeli.

Co się tyczy funkcji, to ruchy czynne w nadwężonym stawie są zupełnie niemożliwe, bierne zaś — niezupełne, ograniczone, co zależy od stopnia nadwężenia.

Ból przy zwichnięciach bywa bardzo silny: dość często zdarzają się omdlenia.

Przy niezupełnych zwichnięciach ku tyłowi skrócenia kończyny niema; inne objawy wyrażone są w nieco mniejszych rozmiarach.

Przy zwichnięciach zupełnych na zewnątrz rozejście się końców stawów w stawie kolanowym jest jeszcze większe.

PITHA opisuje przypadek, w którym między wewnętrznym brzeg goleni a wewnętrznym brzeg uda swobodnie można było włożyć aż cztery palce.

W przypadkach zwichnięć ku tyłowi i na zewnątrz niezupełnych — zupełnych dotąd nikt nie spostrzegł — dość stały objaw daje rzepka: przeważnie leży ona swoją wewnętrzną powierzchnią na kłykciu zewnętrznym uda, zewnętrzną zaś zwrócona jest na zewnątrz kończyny.

Te więc objawy trzeba mieć na względzie przy rozpoznawaniu zwichnięć w stawie kolanowym — w przypadkach świeżych; w wątpliwych przypadkach trzeba uciekać się do pomocy narkozy i prześwietlania: wtedy tylko można odróżnić zwichnięcie od złamania lub też znaleźć i jedno i drugie. Przy różniczkowaniu pamiętać trzeba o złamaniu kości udowej nadkłykciowem — *fractura femoris supracondyllica*: lecz wtedy nie będzie skrócenia kończyny, przeciwnie, kończyna chora będzie dłuższa od zdrowej, otrzymamy także większą ruchomość odłamków, znajdujących się nie na swoim miejscu, wreszcie i trzeszczenie.

Rokowanie przy zwichnięciach urazowych, niczem nie powikłanych, jest pomyślne i stosunkowo pomyślniejsze przy zwichnięciach ku tyłowi, aniżeli ku przodowi, oczywiście trzeba kończynę nastawić i w takim położeniu utrzymać. Ruchy tak czynne, jak i bierne, po miesiącu lub dwóch dają się wyrobić, może pozostać li tylko pewne ich ograniczenie.

W przypadkach nienastawionych zwichnięć chorzy stopniowo sami zaczynają chodzić: z czasem tworzy się nowy staw, chorzy mogą się opierać na goleni, nawet do pewnego stopnia zginać kończynę w kolanie.

Najniebezpieczniejszem powikłaniem przy nastawianiu jest rozerwanie naczyń, tętnicy i żyły: przypadki takie kończą się zwykle amputacją. Naderwanie nerwów jest rzadkie. Natomiast muskulatura dość często cierpi przy nastawianiu, najczęściej mięśnie strzałkowe (*m. peronei*). MANLEY widział oderwanie mięśnia podkolanowego od swego przyczepu, a także i zmiążdzenie główki mięśnia brzucholudkowego (*m. gastrocnemii*).

Daleko groźniejszym staje się rokowanie przy rozerwaniu skóry w okolicy stawu nadwierzęzonego; wtedy mamy do czynienia ze zwichnięciem otwartem, powikłanem, z czem najczęściej w parze idzie jeszcze daleko obszerniejsze uszkodzenie, jako to: oderwanie powierzchni stawowej uda lub piszczeli, albo też oderwanie jednego z kłykciów udowych. Jako pozostałość po zwichnięciu często bywa niewielkie skrzywienie goleni w bok, i wtedy tworzy się kolano koślawe lub szpotawe (*genu valgum aut varum*).

Ażeby nastawić zwichnięte kolano, potrzebna jest siła nieraz kilku ludzi oprócz narkozy; w niektórych zaś przypadkach zupełne nastawienie jest wręcz niemożliwe z powodu wielkiej przeszkody, jaką tworzą rozerwane miękkie części torebki stawowej, więzów i mięśni. Przy zwichnięciu ku tyłowi trzeba goleń odciągać w jedną stronę, a udo w drugą i starać się tak nastawić, aby obiedwie powierzchnie stawowe do siebie zbliżyć. Nieraz przedni brzeg piszczeli tak zachodzi za tylny brzeg uda, że pomimo największej siły o nastawieniu nie może być mowy; wtedy należy goleń nieco zgąć w kolanie, a przedni brzeg piszczeli lekko się uchyli i powoli da się nasunąć naprzód po kłykciach uda. Po nastawieniu najlepiej chorą kończynę ułożyć w szynę VOLKMANN'a, ewentualnie nawet nałożyć przyrząd wyciągowy z pewnym uciskiem na kłykcie uda i piszczeli na pewien czas—od 2 do 4 tygodni; skrzepy i obrzęk usunie się potem za pomocą mięsienia i kąpeli, niezwłocznie też trzeba przystąpić do powolnego a stopniowego wyrobienia ruchów naprzód biernych, a potem i czynnych.

Jeżeli zaś pomimo wielkich wysiłków nastawienie nie udaje się, wtedy pozostają tylko dwie drogi: albo nałożyć przyrząd wyciągowy z przeciwwyciągiem i pewnym uciskiem na udo, albo leczyć sposobem krwawym za pomocą artrotomii; ten ostatni zabieg wobec ścisłej aseptyki nie powinien być zbyt groźny. Toć jeszcze za pierwszych czasów LISTER'a SPENCE z powodu niemożności nastawienia zwichniętego kolana robił artrotomię pod mgłą z karbolu i otrzymał zagojenie zupełne z ankilozą.

W 12 lat później dokonał tej samej operacji BRAUN, a w r. 1892 SCHLANGE z pięknym wynikiem zagojenia rany przez rychłozrost.

Przy zwichnięciach na zewnątrz a także i na zewnątrz i ku tyłowi nastawianie idzie nieco odmienną drogą: podczas wyciągania uda i goleni naciska się na udo na zewnątrz lub też ewentualnie na zewnątrz i ku tyłowi. Po nastawieniu bóle natychmiast ustępują, a chorzy w odpowieniu opatrunku nieraz sami mogą iść do domu.

Wyniki nastawienia bynajmniej nie są złe: na 12 przypadków zupełnego zwichnięcia ku tyłowi w 3 ruchy w stawie kolanowym były nieco ograniczone, w jednym — pomoc była spóźniona, a w 2 — nastąpiła śmierć z przyczyn innych; w pozostałych zaś 7 przypadkach wynik doskonały. W jednym przypadku zwichnięcia ku tyłowi niezupełnego ruchomość w kolanie po niewielkiem ropieniu była nieco zmniejszona; w drugim — zwichnięcie nie było nastawiane wcale: chory z kolanem szpotawem chodził i nosił aparat (*Stützmaschine*); w dwóch przypadkach nastawienie za pomocą artrotomii, z których w jednym nastąpiła ankiłoz, w drugim zaś zupełne *restitutio ad integrum*.

Na 10 przypadków zwichnięcia na zewnątrz zupełne wyzdrowienie bez utraty czynności nastąpiło w 6, z tych jeden z niewielkiem ropieniem; w jednym — śmierć z innej przyczyny; w jednym — ankiłoz po rezekcyi (zwichnięcie powikłane); jeden przypadek był zastarzały, a w jednym wynik był niewiadomy.

Na 7 przypadków zwichnięcia ku tyłowi i na zewnątrz — w dwóch nie było nawet próby nastawienia, jeden wyleczony za pomocą artrotomii, a w 4 nastawianych przypadkach wynik doskonały; jeżeli zaś dodać do tej grupy i przypadek, wyżej opisany przeze mnie, to na 8 przypadków w 5 po nastawieniu pod chloroformem wynik był doskonały.

Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego.

Podał

D-r med. Ludwik Krause.

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Przemieszczenie jąder z moszny w następstwie bezpośredniego urazu danej okolicy lub też wskutek wstrząsu całego ustroju należy do zjawisk nader rzadko spostrzeganych. KOENIG¹⁾ w ostatniem swem dziele, wydanem dopiero w roku bieżącym, wspomina o kilku zaledwie przypadkach podobnego rodzaju, spostrzeganych przez siebie lub przez innych autorów. Tak BERTCHON i ZINTRAC spostrzegali przypadki powrotu jądra do kanału pachwinowego z powodu gwałtownego potknięcia się a także przy wykonywaniu gwałtownych ruchów podczas gimnastyki. W przypadku, spostrzeganym przez SALMUTHIUS'a, nastąpił powrót obu jąder do jamy brzusznej przy forsownem spółkowanui. KOENIG miał sposobność spostrzeżenia przypadku przemieszczenia obu jąder do kanału pachwinowego u zdrowego mężczyzny z powodu upadnięcia na brzuch. Moszna w tym przypadku żadnych zmian nie przedstawiała, brak był tylko w niej jąder, które z łatwością natychmiast po wypadku wyczuć się dawały w kanałach pachwinowych. Przy obmacywaniu jąder chory doznawał silnych bólów. Przedsięwzięte

¹⁾ Koenig. *Lehrbuch der speciellen Chirurgie* 1899, I—II.

natychmiast próby odprowadzenia jąder do moszny nie doprowadziły do pożądanego wyniku, i chory przedstawiał później wszystkie cechy kryptorchizmu, różniącego się od wrodzonego jedynie tylko normalnie rozwiniętą moszną. W innym znów przypadku nastąpiło przemieszczenie jądra prawego do kanału pachwinowego u żołnierza, który wpadł do wąskiego rowu. I ten chory przez długi czas przedstawiał wszelkie objawy monorchizmu wrodzonego. Znane są jeszcze przemieszczenia jądra pod skórę krocza z powodu uderzenia (PATRIDGE), pod skórę w okolicy nasady członka z powodu przejechania i silnego urazu w mosznę (HOWLETT, BRUNS), nareszcie pod skórę uda (HESS).

Przypadek przemieszczenia jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego, powikłanego przepukliną pachwinową, miałem sposobność spostrzec na oddziale moim w szpitalu Starozakonnych. Dotyczył on 24 letniego młodego człowieka, który przybył do szpitala dnia 11 grudnia 1897 roku z objawami uwięźniętej przepukliny pachwinowej prawej. Chory opowiada, że cierpi już oddawna na przepuklinę, która bardzo często ulega uwięźnięciu, lecz sam ją sobie wprawia. Paska przepuklinowego nigdy nie nosił. Wczoraj nagle kiszka znów wyszła, lecz już odprowadzić jej do jamy brzusznej pomimo wszelkich usiłowań chory nie był w stanie. Wkrótce potem nastąpiły wymioty, brak stolca, a ból w pachwinie był coraz dotkliwszy. Przy badaniu okazało się: chory niezłej budowy ciała, nie gorączkuje, na pytania z powodu silnego cierpienia niechętnie odpowiada. Badanie płuc i serca nie wykazało nic nieprawidłowego, Tętno serca czyste, tętno przyśpieszone — 100 uderzeń na minutę — równe, dość dobre. Gałka oczna prawa znajduje się w stanie zupełnego zaniku, powstałym w następstwie głębokiego zapalenia ropnego, które się rozwinęło podczas ospy, na którą chory zapadł, będąc jeszcze dzieckiem. W pachwinie prawej znajduje się guz nad więzłem POUPART'a, dość duży, ograniczony, bardzo bolesny przy dotyku. Ponieważ nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mamy do czynienia z przepukliną pachwinową uwięźniętą, a stan ogólny chorego nie wymagał natychmiastowej operacji, zaniechałem badania szczegółowego i pozostawiłem chorego w spokoju, zmęczonego przedsięwziętymi próbami odprowadzenia przepukliny jeszcze przed przybyciem do szpitala. Zaleciłem tylko kąpiel i spokój. Nazajutrz rano wszystkie objawy przepukliny uciśniętej przeszły i znalazłem chorego w stanie zadawalającym. Wymioty były jeszcze wczoraj kilkakrotnie, lecz od rana ustały. Brzuch niebolesny, tętno dobrze rozwinięte. Przy badaniu okolicy pachwinowej prawej znalazłem guz mniejszy, niż poprzednio, niebolesny przy dotyku, przy mocniejszym obmacywaniu sprawiający choremu nieprzyjemne uczucie. Guz ten, kształtu owalnego, leży nieco nazewnątrz od zewnętrznego otworu kanału pachwinowego pod skórą przed rozściętnem mięśnia zewnętrznego brzucha, skierowany podłużną swoją osią prawie równolegle do więzła POUPART'a. Odporność guza dość znaczna, wyczuć się daje chębotanie powierzchowne, przy głębszym ucisku wyczuwa się dość grubość o powierzchni nierównej twórn, idący do wewnętrznej części guza i kierujący się do otworu zewnętrznego kanału pachwinowego; otwór ten założony jest zupełnie owym tworem, tak iż końca palca nie przepuszcza. Ruchomość guza bardzo ograniczona i bolesna. Skóra, pokrywająca guz, niezmieniona, nieobrzęknięta i łatwo się po guzie przesuwająca. Moszna wisi ku dołowi, długości normalnej, węższa, niż zazwyczaj, w prawej połowie jądra nie ma, w lewej zaś jądro znajduje się na swoim miejscu. Skóra gładka, szew znajduje się na środku, jasnym więc było, że guz ten stanowi jądro, przemieszczone z prawej połowy moszny. Chory, badany w tej kwestyi, powiada, że rok temu spadł ze schodów, potłukł się silnie, przeważnie zaś poczuł silny ból w okolicy pachwiny prawej, okolica ta spuchła, lecz ból po kilku dniach przeszedł zupeł-

nie; opuchnięcie zmniejszyło się wprawdzie, lecz zupełnie nie znikło. Nie radził się nikogo, ponieważ nie doznawał żadnych dolegliwości. Brak jądra w prawej połowie moszny spostrzegł dopiero po kilku tygodniach. Od tego czasu, jak powiada, miał dwa guzy w pachwinie prawej; jeden (przepuklina) wchodził swobodnie do jamy brzusznej, drugi zaś (jądro) pozostawał na tem samem miejscu, ani się powiększał, ani zmniejszał. Moszna przy tym wypadku nie ucierpiała wcale; oprócz niewielkiego siniaka na skórze w okolicy pachwinowej, żadnej rany, żadnego krwi wylewu pod skórą nigdzie nie było. W ostatnich czasach przepuklina bardzo choremu dokuczwała; nie tak łatwo już było wprowadzić kışkę do jamy brzusznej z powodu drugiego guza, który stawał temu na przeszkodzie, i dla tego nieraz zmuszony był szukać pomocy u felczera, który z trudnością tylko kışkę uciśniętą napowrót do jamy brzusznej mógł wprowadzić. Wobec takiego położenia rzeczy, pomimo ustąpienia objawów uciśnięcia przepukliny, zaproponowałem choremu operację doszczętną przepukliny, mając jednocześnie na względzie odprowadzenie jądra i przymocowanie za pomocą szwu do moszny,—jeżeli to będzie możliwem—*orchidopexia*, lub też usunięcie zupełnie jądra—*castratio*. Chory bardzo chętnie na operację się zgodził.

Operację wykonałem według metody BASSINI'ego dnia 14-go grudnia po uśpieniu chloroformowem chorego i należytem przygotowaniu pola operacyjnego. Cięcie przeprowadziłem nad guzem równolegle do więzła POUPART'a. Po przecięciu skóry i tkanki łącznej podskórnej natychmiast natrafiłem na guz o powierzchni gładkiej; przy obmacywaniu guza wyczuwa się wewnątrz drugi twardszy, oddzielony od warstwy zewnętrznej niewielką ilością płynu. Po przecięciu warstwy tej zewnętrznej, przedstawiającej się jako powłoka pochwowa—*tunica vaginalis*—wyłynęła niewielka ilość płynu surowiczego, koloru żółtawego, zaś na dnie leżało jądro. Od wewnętrznego górnego odcinka jądra odchodzi sznurek nasienny gruby, mocno sfałdowany, idący do zewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Obok sznurka nasiennego, nieco nazewnątrz, znajduje się worek pusty nie bardzo gruby, mocno zrośnięty z jednej strony z sznurkiem nasiennym, z drugiej strony z powłoką pochwową jądra. Jądro wydaje się cokolwiek mniejsze, niż zwykle, lecz na pozór zdrowe; postanowiłem więc jądra nie wycinać, lecz ściągnąć je do moszny i tam przyszyć, w nadziei, że mocno pofałdowany sznurek nasienny da się do pożądaney długości wyciągnąć. W tym celu wyciąłem przedewszystkiem powłokę pochwową jądra, przeciąłem przednią ścianę kanału pachwinowego, aż po za otwór wewnętrzny, oddzieliłem worek od sznurka nasiennego, który w miarę oddzielenia worka i przecinania zrostów dał się wyciągnąć tak, że bez napięcia żadnego mogło jądro osiągnąć dna moszny. Oddzieliwszy worek, podwiązałem go jak można było najwyżej i odciąłem. Utworzyłem następnie tylną i przednią ścianę nowego kanału pachwinowego, trzymając się ściśle metody BASSINI'ego. Aby przyszyć jądro, przedłużyłem cięcie pierwotne do dna moszny i tamże je przyczepiłem za pomocą szwu. Na ranę skórną nałożyłem szew węzełkowy i przez dolny otwór rany wprowadziłem pod skórę wąski pasek muślinu jodoformowego.

Nazajutrz po operacji chory czuł się dobrze, skarżył się tylko na ból w ranie. Ciepłota 38°, tętno dobre, równe. Skóra prąca na niewielkiej przestrzeni posiniała. Czwartego dnia chory miał obfite wypróżnienie. Nie gorączkuje, tętno dobre. 9-go dnia po operacji zdjąłem opatrunek i szwy z moszny; po usunięciu paska muślinu jodoformowego z głębi wydziela się nieco płynu, krwią zabarwionego. Jądro trzyma się dobrze na dnie moszny, nie bolesne, lecz przedstawia się nieco zmniejszonem. Po 3-ch dniach zdjąłem resztę szwów. Rana skórna zagojona; z kanału, gdzie znajdował się pasek muślinu jodoformowego, wydzieliły

mniej się wydostaje. Wciągu dalszego pobytu chorego w szpitalu rana goiła się prawidłowo, jądro trzymało się na dnie moszny lecz zmniejszało się coraz więcej. Dnia 25 stycznia 1898 roku chory wypisał się ze szpitala z niegłęboką przetoką podskórną, z której po dłuższym czasie, jak się później dowiedziałem, wyszła nitka, poczem przetoka zażyła się zupełnie. Jądro wyczuć można było w miejscu, gdzie było przyczerpione, lecz przedstawiało się o połowę prawie mniejsze, niż było w czasie operacyi.

Przemieszczenie jąder z powodu urazu wprawdzie było spostrzegane, lecz zdarza się ono tak rzadko, a u naszego chorego wystąpiło ono w następstwie tak niewielkiego stosunkowo urazu, gdyż upadek żadnych poważniejszych uszkodzeń nie spowodował, że mimowoli nasuwa się myśl, ażali nie zostało ono sztucznie wywołane w celu uwolnienia chorego od służby wojskowej. Jeżeli jednak zwrócimy uwagę, że chory od dzieciństwa już dotknięty jest kalectwem, uwalniającem od spełnienia powinności wojskowej, mianowicie zanikiem zupełnem gałki ocznej prawej, musimy przyjąć za przyczynę powstania przemieszczenia jądra uraz, który przeważnie działał na mosznę i przy okolicznościach sprzyjających, nam bliżej nieznanym, spowodował w mowie będące cierpienie.

(D. n.).

Przypadek rezekcyi ślepej kiszki.

Opisał

MARYAN BORSUK.

Literatura chirurgii jamy brzusznej, szczególnie obfita w ostatnich dwóch dziesiątkach lat, dała tyle drobiazgowych różnorodnych kazuistycznych obserwacyi, wniosków i wyników pomyślnych, że zdawałoby się, iż trudno spotkać się z czemś takim, czego już nie opisano. Szczególnie okolica ślepej kiszki od dawien dawna była miejscem, chętnie śledzonym. Poczynając od HIPOKRATES'a, GALEN'a, AECIUS'a, PAWEŁA z Eginy, a w naszym stuleciu Piotra FRANK'a, WEGELLER'a i innych, autorowie już dużo notują i po swojemu tłomaczą rozmaite zapalne i nowotworowe sprawy tej okolicy. Wszystkie te badania jednak były mniej dokładne i niezgodne z obecnymi naszymi pojęciami. Dopiero DUPUYTREN pierwszy (Leçons de clinique chirurgicale. 1839) sprawy zapalne i nowotworowe okolicy jamy biodrowej postawił na więcej ściślejszej anatomicznej podstawie i dał taki kierunek spostrzeżeniom, że dalsze badania doprowadziły do tych wniosków, jakie obecnie panują w kwestyi spraw zajmującego nas narządu. Jak jednak wyniki badań odnośnych szły powoli, za dowód może posłużyć fakt, że w roku 1892, t. j. w chwili wielkiego rozwoju chirurgii brzusznej, MATLAKOWSKI w swej pracy (Przegląd lekarski rok 1892) podaje wszystkiego 57 przypadków całkowitej rezekcyi ślepej kiszki. Od tego czasu liczba ogłoszonych przypadków rezekcyi kiszki ślepej zwiększyła się bardzo znacznie, nie w tak jednak szerokich rozmiarach, jak inne chirurgiczne zabiegi w jamie brzusznej. Poniżej podany przeze mnie przypadek, obfitujący w niezwykle powikłania, zwiększy szczerpłą liczbę znanych w piśmiennictwie przypadków rezekcyi ślepej kiszki.

W grudniu 1897 r. zostałem wezwany do p. Józefa M. w wieku około 60 lat, który oznajmił mi, że od bardzo dawna miewa bóle w prawej połowie brzucha, przeważnie w dolnym odcinku. Bóle te były niejednokrotnie powikłane zapar-

ciem stolca, a czasem wymiotami. Napady takie były względnie rzadkie, co 2—3 miesiące, i trwały po dni kilka, a czasem nawet parę tygodni; powoli sprawa kończyła się pomyślnie: chory na czas jakiś odzyskiwał zdrowie. Lekarze, którzy wtedy leczyli chorego, określili istnienie zapalenia ślepej kiszki, wyczuwali guzowatość w prawym podbrzuszu, po zastosowaniu ciepłych okładów, makowca lub środków czyszczących, chory wracał do zdrowia. Z dalszej opowieści chorego dowiedziałem się, że od bardzo dawna, prawie od dzieciństwa, miał prawą przepuklinę mosznową, zawartość której łatwo mógł wprowadzać do jamy brzusznej. Nigdy w tym względzie nie miał kłopotu, używając paska ochronnego.

Na dwa tygodnie przed zgłoszeniem się chorego do mnie znowu wystąpił zwykły napad bólów, a raz po nocy, w bólach spędzonej, chory zauważył, że zawartość dawnej przepukliny się zwiększyła, i że jej odprowadzić do jamy brzusznej nie może. Bóle i wymioty, mimo środków czyszczących lub makowca, okładów zimnych i gorących i t. d., nie ustąpiły. Co zaś do wypróżnień, to te, chociaż opieszale i ze wzmożeniem bólów, jednak po każdym środku czyszczącym następowały. Po wyczerpaniu wszelkich terapeutycznych zabiegów chory został skierowany do mnie dla chirurgicznego leczenia.

Przy badaniu znalazłem, co następuje: stan bezgorączkowy, osobnik względnie wyniszczony, z trudnością podnosi się z łóżka, często stęka i skarży się na bóle w dolnej części brzucha. Tętno przyspieszone, około 100, język suchy, rysy twarzy ostre. Wygląd chorego robi wrażenie ciężkiego stanu. Przed moim przyjściem chory przyjął sporą ilość olejku rycynowego, poczem nastąpiło parę obfitych stolców. Brzuch wzdęty, guzowatości nigdzie wyczuć nie mogłem, przeszkodą do badania były bóle brzucha i naprężenie ścian jego. Znalazłem przytem prawostronną przepuklinę mosznową, która się przedstawiała w postaci grubego wału około 20 ctm. długości, a 5 ctm. średnicy. Przy opukiwaniu przepukliny stwierdziłem odgłos bębenny, naprężenie jednak ścian przepukliny było charakteru ciastowatego; palcem, wprowadzonym przez wrota przepuklinowe, wszedłem do jamy brzusznej, co mię przekonało, że mam do czynienia z przepukliną nieuwięźniętą. Pomimo wolnego otworu pachwinowego, zawartości przepukliny odprowadzić do jamy brzusznej nie mogłem. Silnego zabiegu użyć nie chciałem, raz z racji tej, że choremu ból silny sprawiałem, powtóre, że uważałem to za rzecz niebezpieczną. Rozpoznałem więc, że mam do czynienia z przepukliną nieuwięźniętą, zawartość której składała się z sieci i kiszki, z których pierwsza, a może i obie przyrosły do worka przepuklinowego. Miałem także na myśli przypuszczenie, że, być może, mam tu ścienną przepuklinę (LITRÉ) i sieć przyrośniętą. Tem rozpoznaniem tłomaczyłem wszystkie objawy, jakie u chorego znalazłem, i uznałem, że li tylko leczenie operacyjne może przynieść pożytek. Badanie kiszki stolcowej nie wykryło nic nieprawidłowego. Sprawność pęcherza była dobra. Chory zgodził się na proponowany przeze mnie zabieg operacyjny. Umieściłem chorego w zakładzie kol. SOLMANA, gdzie nazajutrz przy jego pomocy i kol. ZEMBRZUSKIEGO dokonałem operacji. Po odpowiednim oczyszczeniu pola operacyjnego i zachloroformowaniu chorego, poprowadziłem cięcie wzdłuż całego guza przepuklinowego, otworzyłem worek przepuklinowy, gdzie sieć się nie okazała, a natomiast znalazłem kilka pętlic grubych i cienkich kiszki. Wrota przepuklinowe były niezaciśnięte i łatwo przepuszczały palec. W dolnej części wypadnięte kiszki były przyklejone do jądra i do worka przepuklinowego. Oddzielając te zrosty, spotkałem zbiornik ropy, około pół szklanki, i przytem przyrośnięta kiszka okazała się ślepą, a wyrostek robaczkowy był zmartwiały, kruchy i rwał się przy najmniejszym dotknięciu. Cała ślepa kiszka była nazewnątrz owrzodzona, flakowatej konsystencji, koloru fioletowego. Mo-

wy więc nie było o odprowadzeniu jej do jamy brzusznej. Otóż zmuszony byłem wyciąć całą ślepą kiszkę, co uskuteczniłem natychmiast, i następnie zeszyłem grubą kiszkę z cienką szwem trzypiętrowym klasycznym, uprzednio zaś obszyłem *mesocoeccum*, które było jasno wyrażone i sformowane nadmiernie. W celu łatwiejszego wprowadzenia zeszytej kiszki i wogóle całej zawartości przepukliny, przedłużyłem cięcie w powłokach brzusznych ku górze na 8 ctm., przez co odprowadzenie zeszytej kiszki nie przedstawiało żadnej trudności. Dla zorientowania się jednak i dla przejrzenia okolicy otworu przepuklinowego wprowadziłem palec wgłęb' jamy brzusznej i tam znalazłem liczne zrosty między kiszkami, leżącymi w kierunku jamy DOUGLASS'a, a także w dole biodrowym prawym. Przy rozdzielaniu tych zrostów, wylała się nazewnątrz przez ranę brzuszną więcej niż szklanka szarej cuchnącej ropy. Po odpowiednim oczyszczeniu tamponami sterylizowanymi tej części jamy brzusznej, założyłem dwa worki MIKULICZA, jeden idący w stronę jamy DOUGLASS'a, drugi do dołu biodrowego. Ranę brzuszną częściowo zeszyłem, wywiąwszy przedtem cały worek przepuklinowy. Ranę skórą na miejscu przepukliny zeszyłem, w dolny tylko kąt, do miejsca, gdzie leżał wyrostek robaczkowy, t. j. gdzie był pierwszy ropień, wprowadziłem pasek gazy jodoformowej. Operacja trwała razem z chloroformowaniem około 1½ godziny. Chory zniósł operację i chloroform doskonale. Przebieg pooperacyjny idealny. Ciepłota ani razu nie podniosła się wyżej nad 37°; wymioty i bóle ustały odrazu, stolce pojawiły się w tydzień po operacji, po zażyciu oleju rycynowego, bez bólów. Worki MIKULICZA usunąłem na ósmy dzień po operacji. Cała powierzchnia, gdzie one leżały, była pokryta doskonałą ziarniną, następne gojenie szło bardzo prawidłowo. Na miejscu worka MIKULICZA, który szedł do jamy DOUGLASS'a, założyłem sączek gumowy, który po dwóch tygodniach usunąłem zupełnie. Cała rana w zupełności zagojona była w dwa miesiące po operacji. Wkrótce potem chorego tego przedstawiłem w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem. Jednocześnie przedstawiłem i preparat wyciętej ślepej kiszki.

Przypadek powyższy nastrocza kilka uwag:

Wiadomem jest, że zawartość guza przepuklinowego może być nader rozmaita, albowiem wszystkie już trzewia tak jamy brzusznej, jak i miedniczej w przepuklinach brzucha znajdowano. Zwykle guz przepuklinowy zawiera te trzewia, które z otworem brzuszным najbliższej sąsiadują i są najbardziej ruchome. Tym sposobem różne części kiszki cienkich i części wielkiej sieci są najzwyczajszą zawartością przepuklin przedniego obwodu brzucha. Najczęściej guz przepuklinowy zawiera tylko kiszki cienkie, rzadziej tylko samą sieć, częściej kiszki i sieć razem.

Z kiszki grubych najczęściej w przepuklinach prawej okolicy pachwinowej i udowej znajdowano kishkę ślepą z wyrostkiem robaczkowym lub bez niego, rzadziej sam tylko wyrostek (ZIEMBIKI, Przegląd lekarski. 1894 r. i moje spostrzeżenia, 1893 r.).

Przepukliny zaś pachwinowe i udowe lewej strony czasami zawierały zagięcie esowate (EMMERT). HUETER częstość zawartości przepuklinowej stawia w tym porządku: najczęściej są cienkie kiszki, dalej idzie okrężnica poprzeczna, a najrzadziej ślepa kiszka. BARDELEBEN, opisując przepuklinę wyrostka robaczkowego, zaznacza, że częstość *herniae coeci* w stosunku do przepuklin cienkich kiszki, jest jak 1 : 50. Zdaje mi się, że to twierdzenie jest trochę przesadzone, gdyż przepuklina *coeci* zdarza się częściej, i wiem, że w Warszawie przypadki tej przepukliny nie są zbyt wielką rzadkością. W każdym jednak razie jest to sprawa względnie rzadka.

HILDEBRAND, który do 1892 roku zebrał wszystkie ogłoszone przypadki uwięźniętych i nieuwięźniętych przepuklin ślepej kiszki — naliczył ich 128, z tych największa liczba, bo 86, przypadło na pachwinowe prawe, na udowe prawe zaś przypada 11, tyleż opisano przepuklin pępkowych, 19 brzusznych i 1 kulszową prawą.

DUPUYTREN, pierwszy naukowo opisując choroby ślepej kiszki, podał za podstawę swojej teorii chorób tej kiszki ten fakt anatomiczny, że tylna część kiszki ślepej nie jest pokryta przez otrzewną. Twierdzi on też, że często nie tylko tylna część, ale i dolna, a nawet i przednia jest wolna od otrzewny. Faktem tym anatomicznym tłumaczył DUPUYTREN wiele chorób ślepej kiszki, a także tem się wyjaśniały te przepukliny, gdzie worka przepuklinowego nie znajdowano. Tego samego zdania byli i inni, jak np. VELLEPEAU, ROSER, MALGAIGNE, HYRTL, TILLAUX. Ten ostatni w swoim podręczniku anatomii topograficznej opisuje nawet ciekawy przypadek kazuistyczny, gdzie *caecum* wypadnięte wcale nie było pokryte otrzewną. Ja również przed dwoma laty spostrzegłem w klinice chirurgicznej szpitala Dz. Jezus przypadek prawostronnej przepukliny pachwinowej, gdzie przy operacji wcale się nie okazało worka przepuklinowego, a zawartością guza przepuklinowego była ślepa kiszka, wcale nie pokryta przez otrzewną. W późniejszych czasach twierdzenie DUPUYTREN'a powoli zaczęło się zmieniać. Już HUETER powiada, że czy będzie worek przepuklinowy, czy nie przy *hernii caeci* — zależy to będzie od tego, jaka część tej kiszki będzie zawartością przepukliny, a mianowicie: część bliska do *colon ascendens*, a szczególnie tylna jej część, są bez otrzewny, i ta część, jeśli będzie tworzyła zawartość przepukliny, będzie zawsze bez worka przepuklinowego. Inne zaś części tej kiszki, jako pokryte otrzewną, dadzą zawsze worek przepuklinowy. BARDELEBEN zaś jeszcze bardziej kategorycznie się wyraził, opierając się na 160 spostrzeżeniach na trupach. Twierdzi on, że w zasadzie (in der Regel) ślepa kiszka jest w zupełności pokryta przez otrzewną, bardzo często ma swoją kreskę, może być podnoszona ku górze i przesuwana na boki.

Tego samego zdania jest LUSCHKA i TOLDT. TREVES przy wszystkich badaniach znalazł, że *caecum* w zupełności jest pokryte przez otrzewną, leży zupełnie swobodnie w jamie brzusznej; mając to na uwadze, mówi on, że anatomicznie niemożliwe jest osiągnąć ślepej kiszki cięciem zewnątrzotrzewnowem, jak czynią to przy podwiązaniu tętnicy biodrowej. Ostatnie jednak badania TURNER'a dokonane na 94 trupach, jak dzieci tak i dorosłych, dowiodły, że w 91 przypadkach t. j. w 97% ślepa kiszka jest na całej swej przestrzeni razem z wyrostkiem robaczkowym pokryta przez otrzewną.

Opis zaś TILLAUX i mój, w nawiasach wspomniany, należeć powinny do wielkich rzadkości.

Co zaś do mego przypadku, to jak widać z opisu, kiszka ślepa na całej swej powierzchni była pokryta otrzewną. Była tam także jasno wyrażona kreska — *mesocaecum*. Kreska ta była długa; inaczej bowiem byłoby nie mogło, gdyż jak wiemy z opisu poprzedniego, zawartość przepuklinowa łatwo wypadła i swobodnie mogła być odprowadzona do jamy brzusznej, a taka ruchomość tej części jelita mogła być tylko przy długiej kresce. Że kiszka ślepa odznacza się czasami wielką przesuwalnością, o tem wspomina wielu badaczy, jako to: HENLE, LEUBE, TREVES i inni, u nas MATLAKOWSKI (Przegląd Lekarski. 1892 r.), ŚWIĄTECKI (Gazeta Lekarska r. 1893). Ztąd jasno się tłumaczy fakty, że *caecum* znajdowano w kanale pachwinowym z lewej strony. Późniejsze zaś zapalne sprawy mogą spowodować to, że ślepa kiszka zrasta się z poprzecznicą, z żołądkiem, nerkami, o czem wspomina CZEKRY (Beitraege zur klinischen Chirurgie, tom VI,

str. 77) i SACRÉ, którzy przesuniętą ślepą kiszkę, zmienioną przez nowotwór, wzięli za nerkę wędrującą i usiłowali nawet wykonać nefrorafię.

Tylko przy długiej kresce i wielkiej przesuwalności кишки ślepej mogło się zdarzyć to, co znalazłem u mego chorego. Wykryłem u niego przy operacji dwa oddzielne ropne zbiorniki, stosunkowo na znacznej przestrzeni od siebie oddalone: jeden w dole DOUGLAS'a, drugi na dnie worka przepuklinowego. Podobne zjawisko można tłumaczyć tak: z wywiadów od chorego i poprzednio leczących go lekarzy wiemy, że względnie często chory miewał napady zapalenia wyrostka robaczkowego, które nie dochodziły do ropienia, a nawet nie wywołały znaczniejszych zrostów tego wyrostka z otaczającymi tkankami. Inaczej nie znaleźlibyśmy go przy naszej operacji w przepuklinie ślepej кишки. Ostatnimi czasy stan zapalny wyrostka był silniejszy, spowodował ropne ognisko w jamie biodrowej i w jamie DOUGLAS'a, a po jakimś wysiłku fizycznym, kiedy ślepa kiszka cała wtoczyła się do worka przepuklinowego, nastąpiły tam mocniejsze już zrosty z tymże workiem i jądrem, tak że wprowadzić zawartości tej przepukliny do jamy brzusznej było niemożliwym, co przedtem łatwo chory mógł sam wykonywać. Wywołane ropienie jednocześnie w dwóch ogniskach, leżących w jamie otrzewny, jest rzeczą bardzo groźną z obawy na ogólne zapalenie ropne otrzewny. Poprzednie jednak zapalne sprawy słabszego natężenia, niż ostatnie, wywołując zrosty, stworzyły mocną zaporę przed tem rozlaniem się ropy do wolnej jamy otrzewny. Jednym słowem zasze dawniej sprawy zapalne wyrostka robaczkowego ochroniły chorego od niebezpieczeństwa, jakie wystąpiło przy ostatniem ropnem zapaleniu.

Nakoniec parę słów w sprawie techniki operacyjnej. Przedewszystkiem muszę tu zaznaczyć, że trudności nie miałem żadnych przy tej rezekcji. Klinowato wyciąłem kreskę, stopniowo obkłuwając ją zwykłym sposobem na całej przestrzeni odpowiednio do rozległości *coeci et processus vermiformis*. Po dokonaniu tego miałem do wyboru kilka sposobów, jakie się stosują po rezekcji кишки ślepej: *anus contra naturam*, natychmiastową *enterorrhaphiam* i *anastomosis MAISONNEUVE'a*. Pierwszy sposób t. j. *anus contra naturam* daje nam wstrętne kalectwo, dla usunięcia którego po raz drugi trzeba operować i to nie zawsze z pomyślnym wynikiem. Zdaniem WHITEHEAD'a statystyka ILAN'a, na małej ilości przypadków oparta, przytoczona na korzyść *anus contra naturam* po rezekcji кишки ślepej—upadła, wobec pomyślnych wyników doraźnej *enterorrhaphii*, osiągniętych przez wielu, jako to: BILLROTH'a, CZERNY'ego, MATLAKOWSKIEGO, KOSIŃSKIEGO i innych. *Anus contra naturam* nie zabezpieczył wszytych do rany kiszki od zgorzeli na znacznej przestrzeni i od ogólnego zapalenia otrzewny, co się przytrafiło KOENIG'owi, RYDEL'owi.

W moim przypadku ślepa kiszka nie była uwięźnięta, ale ropne zapalenie zmieniło tak całą ślepą kiszkę, że dużo musiałem odciąć kiszki biodrowej i okrężnicy wstępującej, żeby rany kiszkowe znajdowały się już w zupełnie zdrowych częściach jelit; zdecydowałem się wykonać doraźną *enterorrhaphię* przez bezpośrednie spojenie obu świeżych ran kiszkowych.

Nie spotkałem w wykonaniu zeszycia żadnych trudności, o których wspominają, zaznaczając, trudność tę w dostosowaniu *ileum* do *colon ascendens*. Znajdywali bowiem albo tę, albo drugą kiszkę zbyt szeroką lub ze zbyt cienkimi ścianami. Rzeczywiście w moim przypadku kiszka cienka była prawie tej szerokości, co gruba. Nie potrzebowałem więc wycinać klina ze zbyt szerokiej kiszki, jak radzi BILLROTH lub ścinać ukośnie, jak zaleca CZERNY. Wykonywając doraźną enterorafię miałem na pamięci uwagę BILLROTH'a, że po tym rękoźynie bywały przypadki niedrożności skutkiem załamania kanału kiszkowego pod kątem (Kniekung),

gdyż *colon ascendens* idzie w kierunku pionowym, *ileum* zaś przebiega więcej poprzecznie. W celu więc uniknięcia podobnej wady, BILLROTH zmodyfikował dostosowanie kiszek w sposób następujący: zaszywa zupełnie przeciętą okrężnicę, a koniec *ileum* wszywa w podłużne cięcie, umyślnie na to zrobione w *colon ascendens*. W ten sposób wytwarza stosunki naturalne, gdyż *ileum* łączy się z *colon ascendens* pod kątem prostym, tak jak prawie było przed resekcją кишки ślepej. Jest to swego rodzaju anastomoza, a raczej pierwszy krok do anastomozy MAISONNEUVE'a.

Uważałem jednak zwyczajną, klasyczną enterorafię za najbardziej odpowiednią w moim przypadku. Modyfikacja BILLROTH'a, wobec podejrzenia licznych zrostów w jamie biodrowej, dałaby wątpliwy skutek, a przy tem ten sposób wymagałby więcej czasu, niż zwykle zeszyście. Anastomoza MAISONNEUVE'a także w moim przypadku się nie nadawała, gdyż ona ma znaczenie jedynie tam, gdzie ze względów technicznych nie można wykonać enteroraffii.

Płytek SENY, BARĄCZA, lub guzika MURPHY'ego nie miałem pod ręką, zresztą nie były one bardzo wskazane w moim przypadku, a kto wie, może one są zbyt cenne wogóle, chyba tylko w wyjątkowych przypadkach, gdzie są niezwykłe techniczne trudności do wykonania klasycznego zeszyścia kiszek.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Profesor Julian Kosiński, z powodu ukończenia 35-letniej profesorskiej Jego działalności. Napisał Wł. Sztejner. — O ranach serca. Przyczynę do operacyjnego leczenia zranień serca wraz z opisem trzech własnych spostrzeżeń Podali. Witold Horodyński i Wacław Maliszewski. — Dwa przypadki pneumotomii z powodu ropnia płuc. Podał D-r Solman. — O operacyjnym leczeniu wPOCHWIEN JELIT (*invagination*). Przyczynę do techniki operacyjnej. Podał Hipolit Oderfeld. — Przyczynę do patologii gruczołów chłonnych pachwinowych. Podał Antoni Leśniowski. — Przyczynę do chirurgii pęcherzyka żółciowego. Cholecystoenterostomia sposobem Murphy'ego. Wyzdrowienie. Podał L. Zembrzusi. — Przypadek zwichnięcia goleni w stawie kolanowym. Podał Edward Tymieniecki. — Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego. Podał D-r med. Ludwik Krause. — Przypadek rezekeji ślepej кишки. Opisał Maryan Borsuk.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Sztejner — La biographie du prof. J. Kosiński. 2) D-r Horodyński et D-r Maliszewski — Sur les plaies du coeur et leur traitement operatoire. Notes sur trois cas. 3) D-r T. Solman — Deux cas de pneumotomie causées par des abcès pulmonaires. 4) D-r H. Oderfeld — Sur le traitement operatoire de l'invagination. Nouveau procédé operatoire. 5) D-r Leśniowski — Contribution à la pathologie des ganglions lymphatiques de l'aîne. 6) D-r L. Zembrzusi — Contribution à la chirurgie de la vésicule biliaire: une cholécystenterostomie à l'aide du bouton de Murphy. Guérison. 7) D-r E. Tymieniecki — Un cas de luxation de l'extrémité supérieure de la jambe. 8) D-r L. Krause — Dislocation traumatique du testicule sous la peau. 9) D-r M. Borsuk — Un cas de résection du cœcum.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Sztejner — Biographie des Prof. J. Kosiński. 2) D-r Horodyński et D-r Maliszewski — Ueber Herzwunden. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Herzwunden; drei eigene Beobachtungen. 3) D-r T. Solman — Zwei Fälle von Pneumotomie in Folge von Lungenabscessen. 4) D-r H. Oderfeld — Ueber die operative Behandlung der Invagination. Ein Beitrag zur operativen Technik. 5) D-r Leśniowski — Ein Beitrag zur Pathologie der lymphatischen Drüsen in der Leistenbenge. 6) D-r L. Zembrzusi — Ein Beitrag zur Chirurgie der Gallenblase: eine Cholecystoenterostomie mit Hilfe des Murphy'schen Knopfes. Heilung. 7) D-r E. Tymieniecki — Ein Fall von Verrenkung des Unterschenkels im Kniegelenk. 8) D-r L. Krause — Traumatische Verlagerung des Hodens unter die Haut. 9) D-r M. Borsuk — Ein Fall von Resection des Blinddarms.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratów cennik wód mineralnych apteki D-ra T. HEINRICH'a w Warszawie.

WYDAWCA DR. L. GURANOWSKI.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 15 Мая 1899 года. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.