

90509

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

PISMO POŚWIĘCONE

CHIRURGII, OTIATRYI, LARYNGOLOGII, AKUSZERYI,
GINEKOLOGII, SYFILIDOLOGII I DERMATOLOGII.

Współpracownicy:

D-rowie: R. Barącz, K. Benni, C. Bitner, J. Bogdanik, M. Borsuk, A. Ciechomski, A. Czaplicki, I. Dąbrowski, T. Dąbrowski, A. Drozdowski, T. Dunin, B. Dzierżawski, Prof. J. Finger, Prof. Gałęzowski, J. Garbowski, W. Garliński, B. Gapner syn. L. Guranowski, M. Jakowski, W. Janowski, J. Jaworski, W. Kamocki, F. Kijewski, F. Kobyliński, Koehler, M. Korzeniowski, Z. Kramsztyk, L. Lubliner, Profesor A. Mars, W. Mayzel, F. Neugebauer, S. Perkowski, Prof. E. Przewoski, A. Przyborowski, B. Sawicki, J. Sędziak, J. Skłodowski, A. Sokołowski, J. Steinhaus, J. Świątecki, H. Świącicki, K. Szadek, L. Szuman, W. Szumiński, A. Wertheim, B. Wicherkiewicz, A. Zaleski, G. Ziembicki. Tłómacz. Dr. F. Jakubowska.

REDAKTOROWIE:

S. GROSGLIK, A. KARCZEWSKI i W. KRAJEWSKI.

WYDAWCA:

W. Krajewski.

Tom V. Zeszyt IV^a.

10-ma rycinami w tekście.

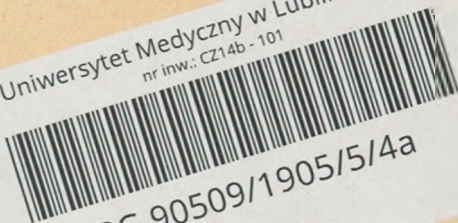
WARSZAWA

DRUK K. KOWALEWSKIEGO, MAZOWIECKA, 8

1905.

Дозволено Цензурою
Варшава, 2 іюня 1905 г.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 101



BG 90509/1905/5/4a

Résumé des travaux originaux
contenus dans le 4-me fascicule du
„Przegląd Chirurgiczny”

Dr. Bogdanik De la torsion du cordon spermatique.

L'auteur a eu l'occasion d'opérer un cas de torsion du cordon spermatique. Il a réuni en suite 50 observations publiées de 1840 à 1904. La torsion peut atteindre le testicule bien descendu, ou le testicule ectopique dans le canal inguinal. L'auteur n'a pas trouvé un seul cas de torsion du cordon spermatique du testicule ectopique dans la cavité du péritoine.

L'âge des malades varie de la naissance jusqu'à 70 ans. Donc la torsion du cordon peut se produire à tous les âges, mais elle est surtout fréquente de 13 à 30 ans (34 observations = 68%). Elle est plus rare chez l'enfant, chez l'homme mûr et le vieillard et se produit avec une fréquence particulière à l'époque de la puberté et chez les adolescents.

La torsion du cordon spermatique a été observée avec une égale fréquence à droite et à gauche (23 obs.), dans les autres observations le côté n'est pas noté. Quatre fois, on a noté la division des organes du cordon spermatique en deux faisceaux, l'un vasculaire et l'autre déférentiel. Dans l'observation d'Es t o r la portion constituée par le canal déférent et les veines qui l'accompagnent n'était pas intéressée par la torsion; 14 fois on a trouvé l'ectopie du testicule; dans 9 obser-



vations on a constaté la liberté complète du testicule et d'une partie du cordon due à l'absence de méso.

Dans un certain nombre de cas les auteurs ont noté une cause déterminante: vomissement après un repas copieux (S c a r e n z i o); saut (C a h e u, N a s h); effort pour s'élever (N a s h); éternuement (M e y e r); chute (G e r v a i s); jeu sur un instrument à vent (J o h n s o n); efforts de défécation (B a r k e r, T u f f i e r, W i l l i a m s); jeu au croquet (O w e n); efforts pour soulever ou porter un corps lourd (L a u e n s t e i n, E n d e r l e n, N a n u); jeu (L e g u e u); course à cheval (B a r d e s c o); coup reçu sur le testicule (S c u d d e r); masturbation effrénée (R e b o u l). L'influence d'un traumatisme local n'est signalée qu'une fois (S a s s e). Dans 8 cas la torsion s'est produite en dehors de tout effort ou traumatisme antérieur.

L'apparition brusque des accidents est presque constamment notée; une douleur excessive surprend subitement le malade; des nausées, des vomissements surviennent assez souvent. En même temps le malade constate une tumeur douloureuse dans l'aine ou le scrotum. Le tableau clinique ayant quelques traits communs avec celui de l'étranglement de l'intestin justifie les erreurs du diagnostic. 10 fois seulement la torsion a été soupçonnée; elle n'a été reconnue d'une manière positive que quatre fois.

J o h n v a n d e P o e l et G i f f o r d N a s h ont réussi à détordre la torsion par une rotation de dedans en dehors, les autres cas ont été opérés. La castration a été faite d'emblée 35 fois (70%). Dans les autres cas on a pratiqué la détorsion sanglante. Quatre fois le testicule détordu et gangrené dans la suite fut éliminé en totalité; trois fois on n'élimina qu'une partie du testicule sphacélé. Dans les autres cas le testicule conservé s'est atrophié. L e g u e u rapporte seulement une guérison, mais il semble aussi, que dans ce cas le testicule s'est atrophié.

Dans un certain nombre d'observations la direction de la torsion est notée. Six fois le testicule droit était tourné de droite à gauche, quatre fois le testicule gauche était tourné de gauche à droite, c'est à dire que la torsion était toujours en dedans. Dans les deux cas de détorsion par taxis (G i f f o r d N a s h et J o h n v a n d e r P o e l) la rotation

a eu lieu dans le même sens. Enderlen et Mauson ont noté la torsion en dehors.

Au point de vue de la vie de l'individu, la torsion du cordon spermatique ne présente pas de gravité; la mortalité est 0%, malgré l'apparence grave du tableau clinique. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le testicule. 39 malades (78%) ont perdu le testicule; dans les autres cas une partie du testicule sphacélé s'est éliminée ou atrophiée.

Le traitement de la torsion du cordon spermatique doit être chirurgical; les applications de compresses froides ne semblent jouer aucun rôle dans la production de la détorsion.

La détorsion par manoeuvres externes (par taxis) est indiquée quelques heures après le début des accidents, si l'on trouve le testicule dans le scrotum. Si l'affection date de plus de 24 heures, la plupart des auteurs pratiquent la castration, dans le cas où le testicule est en ectopie. Dans le cas où il est descendu dans les bourses la castration est indiqué chaque fois que l'examen aura révélé des signes manifestes d'infection ou de nécrobiose septique. Outre ces cas particuliers on devra conserver le testicule chaque fois qu'on aura pu en détordre le cordon. Sans doute, il s'atrophiera dans la suite, mais un simple noyau fibreux donnera au malade quelques illusions, surtout dans le cas où l'autre testicule manquera dans les bourses (obs. de Bogdanik).

Le cordon épiploïque fixé ou enroulé autour du testicule doit être enlevé.

Dr. Dobrucki et Majewski. Contribution à la chirurgie de l'étranglement interne.

Les auteurs rapportent 50 cas d'étranglement interne dans lesquels ils avaient fait la laparotomie 44 fois avec 25 succès et 19 décès c. a. d. avec 56,5% de guérisons. Par rapport aux différentes variétés de la lésion, ces chiffres peuvent être groupés de la façon suivante:

I. Occlusion par étranglement — 13 laparotomies avec 9 guérisons et 4 décès c. a. d. 69,2% de succès.

II. Occlusion par torsion — 14 laparotomies avec 4 guérisons et 10 décès = 29% de guérisons.

III. Occlusion par invagination — 9 laparotomies avec 7 guérisons et 2 morts = 78% de guérisons.

IV. Occlusion par obturation — 1 cas de laparotomie couronné de succès.

V. Occlusion par rétrécissement — 7 cas de laparotomie avec 4 guérisons et 3 décès = 57% de guérisons.

Le II groupe a donné les plus mauvais résultats et les auteurs croient qu'il faut l'attribuer à l'intervention trop tardive, la marche de la maladie n'exigeant pas le secours médical précoce.

Le III groupe est le plus favorable à la laparotomie et les auteurs en voient la raison dans la désinvagination qu'ils y avaient toujours pratiquée avant les autres procédés. La désinvagination a donné de bons résultats même dans les cas invétérés.

Un point intéressant c'est la proportion relative entre les deux sexes, les hommes étant beaucoup plus touchés que les femmes. Sur 50 sujets nous voyons 40 hommes et 10 femmes. Cette différence est encore plus frappante dans le second groupe où il n'y a qu'une seule femme sur 14 hommes.

Skręt sznurka nasiennego

(*TORSIO FUNICULI SPERMATICI*).

PODAŁ

D-r Józef Bogdanik

Prymaryusz oddziału chir. szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

I. W S T Ę P.

Skręt sznurka nasiennego z następującymi objawami dosyć rzadko się przytrafia, a w odnośnej literaturze nieliczne są o tem wzmianki. Najczęściej zaś sprawia on przypadki, towarzyszące uwięźniętej przepuklinie, i zazwyczaj rozpoznanie takie daje wskazanie do operacyi, która dopiero odkrywa pomyłkę rozpoznawczą. Prawie zawsze zaś pomyłkę usprawiedliwić można zupełnem podobieństwem objawów, a często nawet można ten obraz uważać za uwięźnięcie jądra w kanale pachwinowym.

Niedawno temu obserwowałem podobny przypadek. Chory zgłosił się w szpitalu do operacyi z powodu rzekomego uwięźnięcia przepukliny pachwinowej po stronie prawej. Rozpoznanie sprostowałem na uwięźnięcie jądra w kanale pachwinowym, a operacya natychmiast wykonana stwierdziła moje rozpoznanie, a zarazem skręt sznurka nasiennego.

Dało mi to pochop do rozpatrzenia się w literaturze i przekonałem się, że jest już najstarszy taki przypadek opisany

w roku 1840. Wynik mej pracy dzieię niniejszem z Czytelnikami, a poprzedzam ją wiadomościami o stosunkach anatomicznych jądra i sznurka nasiennego. Korzystałem przy tem z dzieł HYRTL'a, HEITZMANN'a, ROCK'a, WALDEIER'a, BARDELEBEN-HAECHEL-FROKSE'go, z których niektóre ryciny wyjąłem. Uwzględniłem nadto wykład profesora d-ra KOSTANECKIEGO na zjeździe chirurgów polskich w r. 1902 o zstąpieniu jądra (*descensus testiculi*). Składam mu przytem podziękę za łaskawe przejrzanie części anatomicznej niniejszej pracy.

II. Anatomja jądra i sznurka nasiennego.

Jądro i przyjadrze poczynają się u płodu z osobnych zarodków, ściśle się łączących jeszcze w okresie wczesnym życia płodowego. Rozwijają się one pierwotnie w jamie brzusznej i są pokryte otrzewną z wyjątkiem ściany tylnej, gdzie naczynia krwionośne z przewodem nasiennym (*ductus s. vas deferens*) się przyczepiają. Zmiana położenia tych narządów odbywa się jeszcze w życiu płodowym, jądro bowiem opuszcza okolice lędźwiową i zstępuje do worka mosznowego, która to wędrówka nazywa się zstąpieniem jądra (*descensus testiculi*). Przez to zmieniają się stosunki w przebiegu naczyń, nerwów i przewodu nasiennego, które się z konieczności wydłużają w miarę obsuwania się jąder.

Razem z jądrem i częściami towarzyszącemi mu, które powyżej wymieniono, przesuwają się przez powłoki brzuszne ku workowi mosznowemu woreczkowato wydłużony kawałek otrzewnej, tak zwany wyrostek pochwowy otrzewnej (*processus vaginalis peritonei*). Dolna część tego woreczkowatego wypuklenia otrzewnej otacza jądro i część przyjadrza, tworząc ich osłonę (*tunica vaginalis propria testis*). Górna zaś część wyrostka pochwowego zarasta począwszy od ujścia z jamy otrzewnowej aż do jądra i przyjadrza, tworząc postronek łącznostankowy t. j. więz pochwowy (*ligamentum vaginale s. rudimentum processus vaginalis*). (Porównaj ryciny 1, 2, 3, 4, 5, 7). Na tylnej powierzchni jądra i przyjadrza jest załamek otrzewnej, tworzący fałd, w którym przewód nasieny wraz z naczyniami krwionośnemi przechodzi do jądra względnie do

przyjadrza. Jest to krezka jądra i przyjadrza (*mesorchium et mesepidymidis*).

Po za górnym zwężonym odcinkiem wyrostka pochwowego (*processus vaginalis*) przebiega sznurek nasienny (*funiculus spermaticus*). Jest to postronek grubości mniej lub więcej małego palca, zawierający przewód nasienny (*ductus s. vas deferens*), liczne naczynia, nerwy i pasma włókien mięsnych, spocone ze sobą za pomocą luźnej tkanki łącznej.

Przebiega on ścianę brzuszną nieco skośnie z góry i z zewnątrz dośrodkowo ku dołowi, począwszy od ujścia wewnętrznego czyli brzusznego kanału pachwinowego (*annulus inguinalis internus s. abdominalis*) i przebiega kanałem pachwinowym do tylnej powierzchni jądra, przyczepionego jakby na trzonku do dolnego końca sznurka nasiennego.

Na sznurku nasiennym odróżniamy osłonkę i treść

Osłonkę sznurka nasiennego stanowią z zewnątrz na wewnątrz następujące warstwy:

1) *Fascia cremasterica s. Cooperi*. Jest to dalszy ciąg powięzi zewnętrznego mięśnia skośnego brzucha (*fascia propria musculi obliqui externi abdominis*). Przy ujściu wewnętrznym kanału pachwinowego otacza ona sznurek nasienny, a posuwając się do jądra cieńsze coraz bardziej, traci cechy powięzi i gubi się w tkance łącznej mięśnia *cremaster*.

2) *Musculus cremaster externus*. Są to prążkowane włókna mięśniowe, odchodzące od mięśni *musculus obliquus internus abdominis et transversus abdominis*. W postaci pochewki otaczają wspólną osłonkę pochwową (*tunica vaginalis communis*) oraz sznurek nasienny po tylnej powierzchni. Mięsień ten podnosi jądro.

3) Wspólna osłonka pochwową (*tunica vaginalis communis funiculi spermatici et testis*). Jest to dalszy ciąg powięzi poprzecznej brzucha (*fascia transversalis abdominis*), pokrywającej wewnętrzną powierzchnię mięśnia poprzecznego brzucha. Począwszy od wewnętrznego ujścia kanału pachwinowego, otacza ona sznurek nasienny i jądro. W kanale pachwinowym jest osłonka bardzo delikatną, tworzy zaś warstwę łącznotkankową wzdłuż sznurka nasiennego, spajając części składowe sznurka nasiennego i łącząc się z tkanką łączną worka mosznowego. Blisko jądra i naokoło

niego przybiera osłonka ta coraz bardziej cechy osobnej warstwy, rozpościerającej się na osłonce własnej jądra i przyjądrza niemniej na tylnej części jądra i przyjądrza, nie mającej własnej osłonki, i otacza również znajdujące się tutaj naczynia, nerwy i przewód nasienny. Na zewnątrz zupełnie odgraniczona od *fascia cremasterica* zlewa się na wewnątrz z utkaniem sznurka nasiennego.

4) *Musculus cremaster funicularis*. Składa się on z silniejszych i słabszych pęczków mięśni gładkich, mających początek blisko ujścia wewnętrznego kanału pachwinowego. W miarę zbliżania się do jądra powiększa się ich ilość, razem łączą się z silnymi pęczkami mięśniowymi, które towarzyszą przewodowi nasiennemu i naczyniom.

Na mięśniu tym rozróżniamy dwie części. Jedna z nich biegnie wzdłuż przewodu nasiennego aż do jądra i składa się z pęczków podługowatych, druga zaś część w postaci również podługowatych pęczków otacza naczynia i kończy się w mięśniach, położonych na ścianie tylnej worka mosznowego.

T r e ś ć sznurka nasiennego stanowi: przewód nasienny (*ductus s. vas deferens*), *arteria deferentialis*, *arteria testicularis*, *venae plexus pampiniformis*, *vasa lymphatica*, *rudimentum processus vaginalis s. ligamentum vaginale*, *ductuli aberrantes et musculus cremaster internus*.

Już w połowie sznurka nasiennego rozpadają się części te na dwie grupy, to jest na grupę naczyniową i na grupę nasienną. Grupa naczyniowa, zawierająca oprócz naczyń także nerwy jądra i pasma mięśni gładkich, leży więcej z przodu; grupa zaś nasienna z naczyniami i nerwami przewodu nasiennego, z mięśniami gładkimi i przewodem nasiennym (*ductus deferens*) leży więcej ku tyłowi. O zmianach położenia tych grup będzie mowa później przy mechanizmie skrętu.

G r u p a n a c z y n i o w a zawiera zatem tętnicę nasienną wewnętrzną (*arteria spermatica interna*), stanowiącą środek grupy, i liczne żyły nasienne wewnętrzne (*venae spermaticae internae*), naczynia chłonne, nerwy splotu nasiennego wewnętrznego i liczne pęczki mięśni gładkich. W drodze ku jądom rozpada się grupa ta na kilka grup wtórnych: na grupę naczyń jądra, naczyń przyjądrza i gładkich mięśni. Naczynia właściwe jądra leżą więcej dośrodkowo, naczynia przyjądrza zaś przebiegają więcej z boku i z tyłu.

Grupa nasienna zawiera naczynia, których położenie nie jest ustalone, liczne pęczki gładkich włókien mięsnych i nerwów, które towarzyszą przewodowi nasiennemu, wreszcie sam przewód nasienny. Przewód nasienny ma nieco zmienne położenie. Poniżej kanału pachwinowego leży on na zewnątrz od grupy naczyniowej, potem przesuwają się więcej ku tyłowi i na wewnątrz, krzyżując się z grupą naczyniową.

W skład sznurka nasiennego wchodzi jeszcze wyrostek pochwowy (*processus vaginalis peritonei*), tenże jednak zazwyczaj wcześniej zanika, tak że u dorosłych tylko szczątki jego znachodżiny (*rudimentum processus vaginalis*) w postaci włóknistego sznurka. U góry przyczepia on się w lekkim zagłębieniu u wewnętrznego (brzusznego) ujścia kanału pachwinowego, u dołu do osłonki własnej jądra (*tunica propria testis*).

Przewód nasienny, (*ductus s. vas deferens*) jest to kanał wysłany błoną śluzową, którego ścianę tworzy gęsty spłot tkanki łącznej sprężystej i włókien gładkich mięśni. Początek bierze w przyjadrzu, a następnie biegnie ku górze po tylnej powierzchni jądra. W połowie jądra ma już właściwą grubość pióra kurzego i biegnie w sznurku nasiennym przez kanał pachwinowy ku górze aż do ujścia wewnętrznego (brzusznego) tegoż. Jest to część wstępująca przewodu nasiennego (*pars ascendens ductus deferentis*). Potem przechodzi tylnym brzegiem kości łonowej do miednicy malej (część zstępująca — *pars descendens*), a następnie wchodzi w części sterczej (*pars prostatica urethrae*) do cewki moczowej. (O zboczeniach będzie mowa później).

Naczynia i nerwy sznurka nasiennego zaopatrują jądro, przyjadrze i sznurek nasienny, niemniej ich osłonki.

Tętnice osłonek pochodzą od tętnicy nasiennej zewnętrznej (*arteria spermatica externa*), będącej odgałęzieniem tętnicy *arteria epigastrica inferior*.

Tętnicami głównemi jądra i przyjadrza, które przebiegają w sznurku nasiennym, są: *arteria testicularis (spermatica externa)*, *arteria deferentialis*, *arteria spermatica externa*. Pierwsze dwie łączą się ze sznurkiem nasiennym jeszcze w obrębie jamy otrzewnowej, trzecia zaś przystępuje doń dopiero w kanale pachwinowym.

Arteria testicularis jest parzysta i odchodzi z przedniej ściany aorty brzusznej pomiędzy *arteria mesenterica superior* et *inferior*, a mianowicie prawa nieco wyżej, lewa nieco niżej. Obie tętnice pokryte otrzewną przebiegają przez miednicę, następnie przez ujście wewnętrzne (brzuszne) kanału pachwinowego biegną ku jądru i przyjadrzu, oddając dwie gałązki, jedną górną, drugą dolną ku główce przyjadrza.

Arteria deferentialis jest odgałęzieniem tętnicy pępkowej (*arteria umbilicalis*), a zbliżywszy się do przewodu nasiennego rozpada się na gałązkę wstępującą i zstępującą. Gałązka wstępująca towarzyszy przewodowi nasiennemu wzdłuż kanału pachwinowego, zasila jego ściany, tworząc liczne anastomozy aż do jądra. Blisko przyjadrza przechodzi ona wprost w tętnicę jądra (*arteria testicularis*) i łączy się za pośrednictwem cienkiej gałązeczki z zewnętrzną tętnicą nasienną (*arteria spermatica externa*). Do wnętrza jądra wstępują naczynia od tylnej powierzchni. *Arteria deferentialis*, tworząc tak liczne anastomozy, sama zdaje się dostatecznie odżywiać jądro.

Arteria spermatica externa odchodzi przy wewnętrznym ujściu kanału pachwinowego od *arteria epigastrica profunda* i towarzyszy sznurkowi nasiennemu. Zaopatruje ona osłonki jądra i anastomozuje z tętnicami jądra. Gałązka jej, *arteria cremasterica*, zaopatruje mięsień: *musculus cremaster*.

K r e w ż y l n a zbiera się z trzech okręgów, połączonych między sobą. Według tego rozróżniamy żyły jądra, przyjadrza i osłonek. Żyła nasienna wewnętrzna (*vena spermatica interna*) stanowi główny odpływ krwi żyłnej z jądra i przyjadrza za pośrednictwem splotu (*plexus pampiniformis*), żyła nasienna zewnętrzna zaś (*vena spermatica externa*) zbiera krew z osłonek. Żyły, opuściwszy jądro i przyjadrze, tworzą gęsty spłot nasienny (*plexus pampiniformis s. spermaticus*). W dalszym ciągu spływa po kilka żyłek w jedną. Żyła nasienna wewnętrzna wpada po prawej stronie do *vena cava inferior*, po stronie lewej do *vena renalis sinistra*.

Jądro i przyjadrze otaczają gęste sploty powierzchownych i głębszych naczyń chłonnych oraz nerwów.

Takie stosunki znachodzimy według zdania autorów w sznurku nasiennym. Przy licznych atoli operacjach przepukliny przekonałem się, oddzielając sznurek nasienny, że wzajemny stosunek i przebieg grupy naczyniowej i przewodu

nasiennego ulega rozlicznym zmianom, przytem naczynia i mięśnie wielkie przedstawiają różnice pod względem rozwojowym. Mięśnie dochodzą nieraz znacznej grubości i szerokości, a naczynia szczególnie żyły bywają czasem grube i w obfitej ilości. Przewód nasienny (*ductus deferens*) nie zawsze ma takie położenie, jak powyżej podano. Przebiega on czasem na zewnątrz, czasem ku tyłowi lub na wewnątrz od grupy naczyniowej, niekiedy zaś przebiega on z przodu. Kierunek jego również ulega zmianom, nie zawsze bowiem biegnie on ze sznurkiem nasiennym aż do wewnętrznego (brzusznego) ujścia kanału pachwinowego, lecz nieraz skręca się już przy ujściu zewnętrznym kanału pachwinowego ku tyłowi.

Wspomnieć jeszcze należy, że wyrostek pochwowy otrzewnej (*processus vaginalis peritonei*), który zanikając pozostawia zazwyczaj u dorosłych tylko szczątki, nie zawsze zanika. Pozostaje on często otwartym, tworząc worek przepukliny pachwinowej, jak w życiu płodowym.

III. Mechanizm skrętu.

Mając przed oczyma stosunki anatomiczne sznurka nasiennego i jądra z przyjadrzem, oraz proces fizjologiczny zstępowania jąder z okolicy lędźwiowej do worka mosznowego, snadnie wytłomaczyć będziemy mogli, w jaki sposób powstaje skręt sznurka nasiennego. Łatwiej zdarzyć się to może, jeżeli zstąpienie jąder nie odbyło się jeszcze w ciągu życia płodowego, jeżeli jądro drogę tę odbyć musi u osobnika już rozwiniętego. Skręt sznurka nasiennego nastąpi w tym przypadku jeszcze wobec jądra znajdującego się w kanale pachwinowym, i to są przypadki dość często się zdarzające. Nastąpić atoli może skręt wobec jądra znajdującego się już w worku mosznowym. Przypadki skrętu, gdzie jądro jeszcze nie wstąpiło do kanału pachwinowego, a zatem jeszcze w jamie brzusznej się znajduje, są nieznane.

SEBILEAU rozróżnia dwa rodzaje skrętu. W jednym okręca się jądro razem z osłonką bez względu na położenie jego i to nazywa skrętem przypadkowym (*bislournage accidentel*).

W drugim rodzaju skrętu okręca się jądro wewnątrz osłonki, która pozostaje w miejscu i to nazywa skrętem jądra (*volvulus du testicule*). Oprócz tego opisują jeszcze przypadki niezupełnego skrętu sznurka nasiennego *), objawiające się obrzmieniem jądra, bólem i t. d., które to przypadłości rychło dobrowolnie ustępują, nie wywołując takich zaburzeń, jakie towarzyszą skrętowi zupełnemu.

Przyczyny, wywołujące skręt, obraz kliniczny jego i zabiegi lecznicze nie różnią się, czy mamy do czynienia ze skrętem przypadkowym czy też ze skrętem jądra według pojęcia SEBILLEAU, a różnicę subtelną wykazać można tylko podczas operacji. Dla tego też zastanowię się tylko ogólnie nad skrętem, a odmiany jego wykażę dopiero przytaczając historie chorób.

Na rycinach 1, 2, 3, 4 uzmysłowane jest zstępowanie jądra do worka mosznowego, rycina 5 przedstawia nam stosunek jądra do osłon, na rycinie 6-ej jest szemat jądra i sznurka nasiennego, na rycinie 7-ej widzimy po lewej stronie stan u płodu z otwartym wyrostkiem pochwowym, a po stronie prawej stan u noworodka ze szczątkami tegoż wyrostka. Otóż jądro, zstępując z okolicy lędźwiowej do worka mosznowego, pociąga za sobą otrzewną, powięź, naczynia, nerwy i mięśnie wchodzące w skład sznurka nasiennego. Narządy te wydłużają się a zarazem skraca się mięsień ciągnący do dna worka mosznowego i stanowiący potem więz HUNTERA (*gubernaculum Hunteri*).

Otóż poszczególne części składowe sznurka nasiennego znajdować się mogą w rozmaitym stopniu swego rozwoju i rzeczywiście nie tylko rozwój ich, ale i wzajemne do siebie położenie ulega zmianom. Jądro umieszczone w worku mosznowym, przyczepione doń za pomocą luźnej tkanki łącznej, jest dosyć ruchome, a mięsień *cremaster* kurcząc się pociąga jądro ku górze. Jeżeli się tedy jądro okręci koło osi długiej, wtedy nastąpi przedewszystkiem przekrwienie żyłne w licznych żyłach wskutek utrudnionego odpływu krwi, a następnie

*) MOHR, Ueber unvollständige Torsion des Samenstrangs mit spontanem Rückgang. Münchener med. Wochenschrift, 1904 Nr. 43.

przekrwienie samego jądra i przyjadrza, powodujące zgorzel lub zanik jądra po 22 godzinach według doświadczeń ENDERLEN'a.

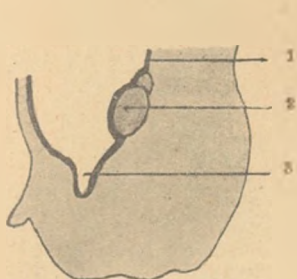


Fig. 1.

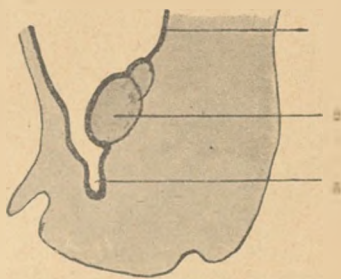


Fig. 2.

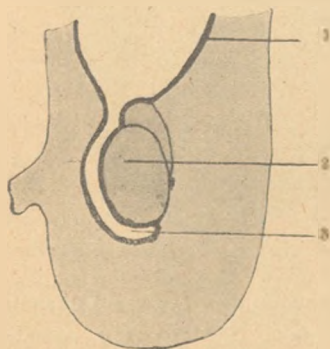


Fig. 3.

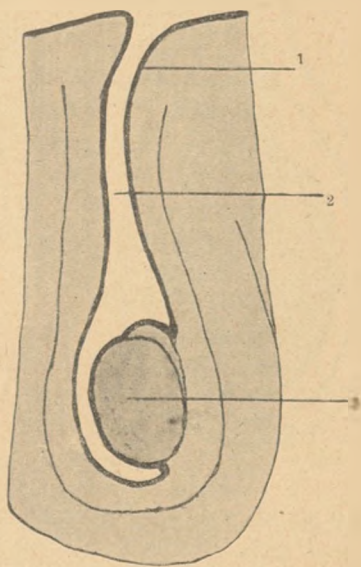


Fig. 4.

Fig. 1, 2, 3 i 4 przedstawiają szematycznie stosunek osłon do przewodu nasiennego i jądra. Objaśnienie fig. 1: 1. *Peritoneum*. 2. *Testis*. 3. *Proc. vagin. peritonei*. Fig. 2. 1. *Peritoneum*. 2. *Testis*. 3. *Proc. vagin. peritonei*. Fig. 3. 1. *Peritoneum*. 2. *Testis*. 3. *Proc. vagin. peritonei*. Fig. 4. 1. *Peritoneum*. 2. *Proc. vagin. peritonei*. 3. *Testis*.

Jeżeli zaś zstąpienie jądra nie nastąpiło podczas życia płodowego, ale dopiero w wieku późniejszym, wtedy okreće-

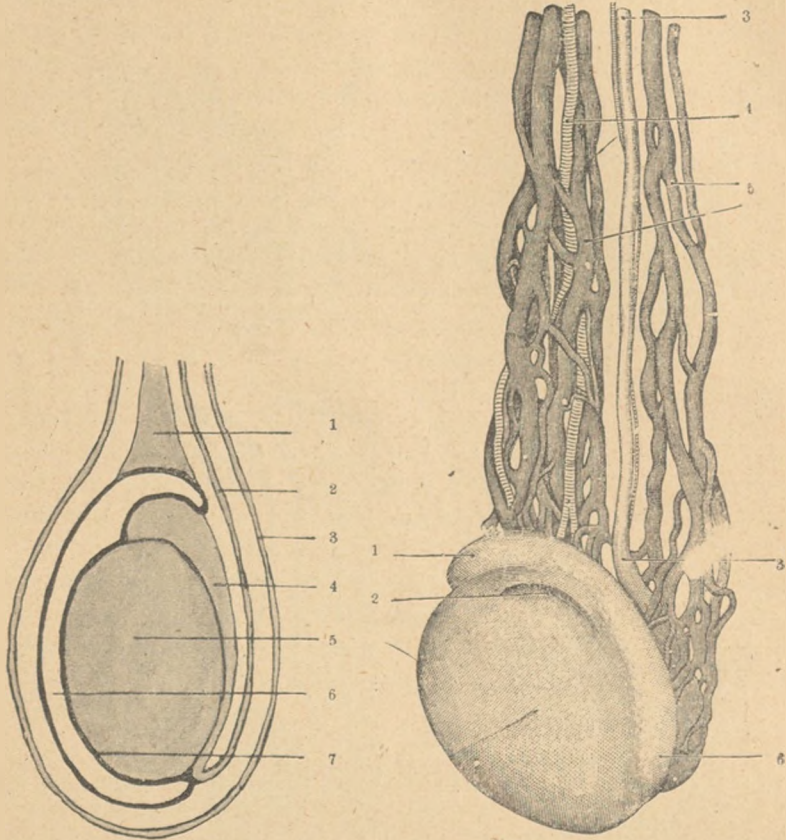


Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 5 przedstawia szematycznie stosunek osłon do przewodu nasien-
nego. Fig. 6. Kopja z anatomii WALDEYER'a. Szematyczne przed-
stawienie jądra lewego ze sznurkiem nasiennym. Objaśnienie fig.
5. 1. *Rudimentum proc. vagin. peritonei (ligamentum vaginale)*. 2. *Ductus deferens*. 3. *Tunica vagin. communis*. 4. *Epididymis*.
5. *Testis*. 6. *Cavitas serosa testis*. 7. *Tunica propria testis*. Objaśn.
fig. 6. 1. *Caput epididymidis*. 2. *Sinus epididymidis*. 3. *Ductus*
deferens et art. deferentialis. 4. *A. testicularis*. 5. *Plexus pam-*
piniiformis. 6. *Ductus deferens et art. deferentialis*. 8. *Cauda*
epididymidis.

nie się jądra w kanale pachwinowym jeszcze łatwiej nastąpić może. Wobec tego przyjąć trzeba:

1) Że spóźnione zstąpienie jądra jest momentem sprzyjającym skręceniu sznurka nasiennego.

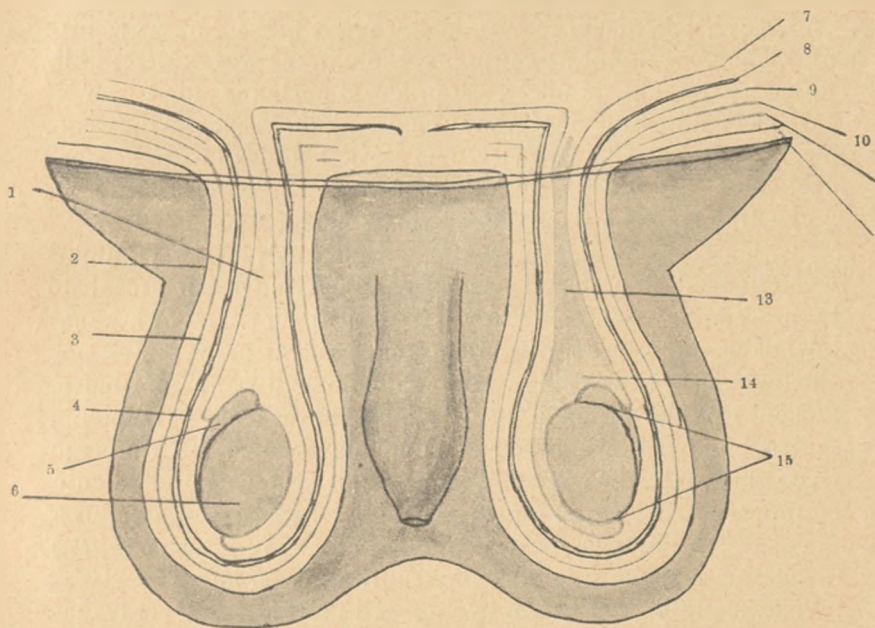


Fig. 7.

Szemat osłon sznurka nasiennego i jądra. Po lewej stronie wyrostek pochwowy otwarty; po prawej zamknięty. Objasnienie fig. 7. 1. *Proc. vagin. peritonei*. 2. *Fascia cremasterica*. 3. *M. cremaster externus*. 4. *Tunica vaginalis communis*. 5. *Epididymis*. 6. *Testis*. 7. *Peritoneum*. 8. *Fascia transversalis*. 9. *M. transversus abdom.*. 10. *M. obliquus intern.*. 11. *M. obliqu. exter.*. 12. *Fascia superficialis*. 13. *Rudimentum proc. vagin. peritonei*. 14. *Cavitas serosa testis*. 15. *Mesepididymis et Mesorchium*.

2) Bezpośrednią przyczyną skrętu może być uraz.

3) Obraz kliniczny skrętu występuje zazwyczaj wśród przypadków zbliżonych do przepukliny uwięźniętej.

4) Następstwem skrętu jest przekrwienie, sprowadzające zgorzel jądra.

Jeszcze łatwiej skręcenie nastąpić może, jeżeli sznurek nasienny rozdzielony jest na dwie części osobno przebiegające, t. j. jeżeli istnieje rozdział grupy naczyniowej, a nasiennej. Kilkakrotnie spostrzegałem taki rozdział podczas operacji radykalnej przepukliny pachwinowej. Przewód nasienny oddzielnie od naczyń przebiegał już to na zewnątrz, już to na wewnątrz od tychże, a czasem nawet poprzecznie przez worek przepuklinowy. Zdarzało się także, że przewód nasienny nie towarzyszył naczyniom do ujścia brzuszego kanału pachwinowego, ale już przy ujściu zewnętrznym skręcił się ku części sterczej cewki moczowej i był tak krótki, że przemieszczenie jego według sposobu Bassini'ego było niemożliwe.

BRAMANN również podaje *), że niekiedy u skrytopłciowych znalazł, iż przewód nasienny od przyjądrza spuszczał się ku mosznom, a następnie dopiero skręcił się i dążył ku kanałowi pachwinowemu. Stwierdza on również, że wyrostek pochwowy jest utworzony mimo spóźnionego zstąpienia jądra. Stosunki te niewątpliwie przyczynić się mogą do wystąpienia skrętu. Jeżeli bowiem jądro zstępujące wobec rozwiniętego wyrostka pochwowego stale się znajduje w pewnym oddaleniu od dna tegoż i później powoli na mocy ciężaru swego opuszcza się ku dołowi, wtedy wyciąga się krezka jądra (*mesorchium*) razem z częściami składowymi sznurka nasiennego i wytworzy się szypułka, na której wolno wisi jądro. Jeżeli tedy jądro w zwykłych warunkach ustalone jest faldem otrzewnowym, kreską jądra zwanym, to on się wydłuża w stanie patologicznym. Mamy zatem kreskę jądra zbyt długą, nie zaś za krótką, jak to niektórzy autorowie podają.

Zboczenia w przebiegu sznurka nasiennego przytoczyłem poniżej przy historii chorób. W tem miejscu zaznaczę tylko osobliwsze zboczenia anatomiczne, opisane przez LAUENSTEIN'a. Opisuje on przypadek, gdzie zstąpienie jądra nie było zupełne, jądro zatrzymało się po drodze do worka mosznowego, zewnętrzne ujście kanału pachwinowego się nie utworzyło a ujście wewnętrzne (brzusze) już się zamknęło.

Jeżeli tedy jeszcze uwzględnimy, że przewodowi nasienne mu towarzyszy własny mięsień: *musculus cremaster funicu-*

*) Archiv für klin. Chirurgie 1890. T. 40, p. 137.

laris, i że sznurek nasienny ma mięsień *cremaster externus*, który go w $\frac{4}{5}$ częściach otacza, wtedy przypuścić można, że kurczenie się tego mięśnia ułatwi okręcenie się jądra, jeżeli grupa nasienna oddziennie od grupy naczyniowej przebiega. Stanie się to zwłaszcza w przypadkach, gdzie krezka jądra i przyjadrza bardzo jest krótką i ruchomą tak, że jądro na niej wisi, jakby serce w osierdziu. Zbyt długa krezka, również nieprawidłowa, ruchomość powodować może.

Co się tyczy zmian patologicznych, które w jądrach wywołuje przerwa w krążeniu, wykonał MIFLET 18 doświadczeń na psach, których wynik streścić można w następujących zdaniach:

1) Tętnica nasienna wewnętrzna (*arteria spermatica interna*) ma dla jądra znaczenie tętnicy końcowej w pojęciu COHNHEIM'a. (Anatomowie twierdzą przeciwnie).

2) W skutek przerywania dopływu krwi przez podwiązanie tętnicy nasiennej wewnętrznej (*arteria spermatica interna*) w krótkim czasie powstają zakrzepy krwi przedewszystkiem w powierzchownych warstwach jądra.

3) Utkanie gruczołowe jądra bardzo czule oddziaływa na wszelką przerwę obiegu krwi w naczyniach krwionośnych sznurka nasiennego i to nie tylko wtedy, jeżeli równocześnie wstrzymany jest dopływ krwi ze strony tętnicy nasiennej wewnętrznej i utrudniony odpływ krwi żyłami sznurka nasiennego, ale i wtedy, jeżeli zmiany w krążeniu osobno występują t. j. albo tylko utrudniony jest dopływ albo wstrzymany odpływ. Tkanka gruczołowa zanika szybko wśród objawów więcej albo mniej rozwiniętego bujania tkanki łącznej.

4) Przerwa w krążeniu tętnicy nasiennej (*arteria spermatica*) bardzo mały wpływ albo żadnego nie wywiera na przyjadrze, odżywione tętnicą przewodu nasiennego (*arteria deferentialis*).

5) Jeżeli jednak równocześnie nastąpi przerwa w krążeniu tętnicy nasiennej i przewodowej (*spermatica et deferentialis*), wtedy rozpada się utkanie przyjadrza zupełnie.

Z doświadczeniami MIFLET'a zgadza się spostrzeżenie ESTOR'a, przytoczone w 41 historii choroby. Tenże autor spostrzegł, że sznurek nasienny podzielony był na dwa postronki i okręcona była li tylko grupa naczyniowa, przewód nasienny

zaś i towarzyszące mu naczynia nie były objęte skrętem. Następstwem tego było przekrwienie jądra; przyjądrze zaś było prawidłowe.

Zanim się sznurek nasienny okręci około swej osi długiej na kształt śruby, okręca się jeszcze jądro koło swych osi, zmieniając swe położenie.

IV. Historye chorób.

1) DELASIAUVE. Chłopak 15-to letni cierpi od kilku lat na prawostronną przepuklinę pachwinową, a po lewej stronie ma guz, występujący przy lekkim nateżeniu tłoczni brzusznej. Z końcem listopada 1831 r. guz stał się większym, twardym i bolesnym, rozpoznano przeto uwięźnięcie przepukliny udowej. Podczas operacji znaleziono skręt sznurka nasiennego, a w kanale pachwinowym jądro wielkości jaja kurzego, twarde i ciemno-czerwono zabarwione. Sznurek nasienny podwiązano, a jądro wycięto. (*Revue médicale française et étrangère*. 1840. T. I. p. 363).

2) ANGELO SCARENZIO. Wieśniak, lat 41 liczący, przyjęty został do szpitala w Medyolanie w dniu 30. XI. 1857 r. Cierpiał on od kilku lat na przepuklinę pachwinową po stronie lewej. Po obfitem najedzeniu się i jakimś większym nateżeniu dostał wymiotów, zatrzymania stolca i gwałtownych bólów w okolicy pachwinowej lewej. Rozpoznano przeto uwięźnięcie przepukliny. Przy operacji wydobyła się ciecz cytrynowo żółta i pokazało się jądro wielkości połowy pomarańczy, a sznurek nasienny dwa razy okręcony koło osi. Sznurek nasienny podwiązano, jądro odcięto. W dniu 24. XII, 1857 opuścił chory szpital. (*Annali universali di medicina*. Tom 42 p. 595. Milano 1859).

3) LANGLET. Krawiec, 21 lat liczący, spostrzegł, że jego jądro prawe często wstępuje ku górze, lecz z łatwością daje się ściągnąć. W roku 1867 spostrzegł on bolesne obrzmienie w mosznach i udał się do szpitala. Rozpoznanie wahało się pomiędzy zapaleniem jądra, uwięźnięciem przepukliny, uwięźnięciem jądra lub zapaleniem gruczołów chłonnych. Po pięciu dniach operowano go. Cięcie przez worek mosznowy. Po otwarciu osłonki pochwowej wydobyło się nieco cie-

czy i pokazał się guz, który w pierwszej chwili uważano za pętlę jelita. Przy bliższem badaniu okazało się, że było to obrzmienie jądra i przyjądrza z okręconymi sznurkiem nasiennym. Z jamą otrzewnową nie było komunikacji. Sznurek nasienny odkręcono, pozostawiając jądro w położeniu normalnem. W trzy dni później musiano jednakże usunąć jądro z powodu zgorzeli. (*Bulletins de la société anatomique*. 1871. p. 281).

4) LANGTON. W dniu 19. IV. 1881 r. przyjęto do szpitala St. Bartholomew w Londynie mężczyznę, liczącego lat 33, u którego bez widocznego powodu wystąpił guz wielkości pomarańczy w lewej połowie worka mosznowego. Po nakłuciu wydobył się płyn surowiczko-krwawy, po 4 dniach atoli guz urósł do pierwotnej wielkości. Nacięto go zatem i wypuszczono krew płynną ze skrzepami. W osłonce pochwowej wolno wisiało jądro na okręconym i obrzmiałym sznurku nasiennym, którego odkręcenie się nie udało. Pozostawione na miejscu jądro uległo zgorzeli i odpadło (*Saint Bartholomews hospital reports*. T. 17, p. 188, 1881).

5) NICOLADONI. Praktykant leśniczy, lat 16 liczący, ma prawe jądro w pachwinie. Od 12-go roku życia miewa często bolesne obrzmienie w pachwinie prawej, trwające zwykle po kilka godzin. W dniu 28. 12. 1883 r., doznał podobnego obrzmienia, połączonego z wymiotami, ale bez zatrzymania stolca. W dniu 31. 12. znaleziono w kanale pachwinowym bardzo bolesny, nieruchomy guz, wielkości orzecha, prawa połowa moszen wolna. Rozpoznano zapalenie przyjądrza i zalecono usunięcie jądra przemieszczonego. Chorego operowano w dniu 2. I. 1884 r. Znaleziono obrzmienie jądra i okręcenie koło krótkiej szypułki z prawej strony ku lewej o 180°. Komunikacji z jamą otrzewnową nie było. Sznurek nasienny podwiązano, jądro usunięto. Wycięte jądro miało kształt przyplaszczonej gruszki. Podbiegnięcie krwią, w żyłach zazakrzepy: plenników nie znaleziono. (*Archiv für klin. Chirurgie*. T. 31, p. 182, 1885).

6) NICOLADONI. Wyrobnik 62-letni zachorował wśród wymiotów na bolesne obrzmienie w prawym worku mosznowym. Przypuszczano ropne zapalenie przyjądrza i operowano chorego w dniu 22. VI, 1883. Po otwarciu osłonki pochwowej wydobyło się około 200 gramów krwawej cieczy i wypadł

guz czerwony, który pierwotnie uważano za pętlę jelita uwięzioną. Przy bliższem badaniu pokazało się, że jest to wolno wiszące zgorzelinowe jądro, okręcone prawie o cały skręt około sznurka nasiennego. Jądro usunięto. Sznurek nasienny składał się z dwóch osobnych postronków: z przewodu nasiennego i z naczyń. W przyjadrzu były duże krew zawierające komory. Plenników nie znaleziono. Autor sądzi, że w niniejszym przypadku było skrócenie jądra z powodu spóźnionego zstąpienia. (Archiv für klinische Chirurgie. T. 31, p. 186, 1885).

7) FRITZ CAHEN. Ślusarz, lat 21 liczący, ma jądro prawe w kanale pachwinowym i doznaje w niem często bólów. W skutek przeskoczenia rowu poczuł w nocy gwałtowny ból i obrzmienie w prawej pachwinie. W dniu 8. III, 1899 udał się na klinikę HELFERICH'a z rozpoznaniem uwięzionej przepukliny. W prawym kanale pachwinowym znaleziono elastyczny bolesny guz wielkości jaja gołębiego, będący zdaniem chorego jądrem. W prawej połowie moszen nie było treści, w lewej połowie można było jądro namacać. Przez 3 doby stosowano zimne okłady, potem przystąpiono do operacji. Po otwarciu osłonki pochwowej wydobył się krwawy, brudny płyn, a w nim było jądro podobne do czarnej, zgorzelinowej pętli jelita, a sznurek nasienny był spiralnie skręcony. Jądro wisi wolno na sznurku nasiennym w worku je otaczającym, jakby śliwka na ogonku. Skręt sznurka z prawej strony ku lewej wynosi 360°. Sznurek nasienny podwiązano, jądro odcięto. Rychłozrost. Po rozkręceniu sznurka nasiennego można odróżnić dwie oddzielne części. Jedna szersza zawiera przewód nasienny z większemi naczyniami, a węższa zawiera żyły. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 35, p. 101).

8) WHIPPLE ET W. GIFFARD NASH. Chłopak, 16 lat liczący, spostrzega od 7-u lat guz w lewym kanale pachwinowym, wsuwający się tu i owdzie do brzucha. W dniu 10. I, 1891 r. spostrzegł on podnosząc się, że guz ten jest bolesny; wystąpiły wymioty, odwieziono przeto chorego do szpitala w Plymuth z rozpoznaniem uwięzionej przepukliny. Podczas operacji wypłynęła ciecz krwawa i wystąpiło obrzmiałe przyjadrze ze sznurkiem nasiennym dwa razy skręconym, a do jądra przyczepiony był koniec sieci. Sznurek podwiązano, a jądro z przyjadrzem odcięto. Wyleczenie. (The british medical Journal. T. 1, p. 1226).

9) MEYER. Młodzieniec 18-letni przybył dn. 7. X. 1890 na klinikę CZERNY'ego w Heidelbergu. Żali on się na ból w prawem jądrze, który wystąpił po kichaniu; zapad, tętno drobne przyspieszone, wymioty. Następnej nocy powiększyły się bóle. Rozpoznano pęknięcie żyłaków (*varicocele*). Osłonka pochwowa wypełniona była krwią, a w niej obrzmiałe jądro z przyjadrzem okręcone $1\frac{1}{2}$ raza około osi długiej z prawej strony ku lewej. Sznurek odkręcono, a jądro pozostawiono na miejscu, osłonkę zaszyto. W dniu 10. I. 1891 r. znaleziono jądro nieco twardsze, przyczepione do korzenia prącia, jądro lewe nieco większe. Autor sądzi, że się lewe jądro zastępczo powiększyło i że jądro prawe zaniknie. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1891 Nr. 25, p. 800).

10) GERVAIS. Chłopak 4-letni żali się na ból w żywocie po lewej stronie, który wystąpił po upadnięciu, a w d. 20. VI. 1890 r. przywieziono go na klinikę MIKULICZA we Wrocławiu. Worek mosznowy obrzmiał, zwłaszcza po stronie lewej. Jądro prawe prawidłowe, jądro lewe bolesne i obrzmiałe. Rozpoznano skręt sznurka nasiennego i przystąpiono do operacji. Po nacięciu pokazało się jądro obrzmiałe wielkości orzecha laskowego, ciemno-niebieskiej barwy, żyły na jądrze i przyjadrzu rozszerzone. Sznurek nasienny okręcony o 360° tuż koło przyjadrza. Rozkręcenie udało się łatwo, poczem zabarwienie ustąpiło. Ranę zaszyto z wyjątkiem małego otworu. Z końcem trzeciego tygodnia oddzielił się kawałek jądra zgorzelinowego. (*Inaugural Dissertation*. Breslau 1891).

11) THOMAS BRYANT. Chłopak 15-letni ma jądro lewe w pachwinie. W nocy nagle uczuł ból w pachwinie, promieniujący ku pępкови, a w pachwinie wzmagał się guz, który uważano za przepuklinę uwięźniętą. Po nacięciu ukazał się guz połyskujący barwy czarnej, łudzaco podobny do uwięźniętej pętli jelitowej. Było to jądro przekrwione, a sznurek nasienny $1\frac{1}{2}$ raza okręcony koło osi. Odkręcenie łatwo się udało, jądro pozostawione zanikło. (*British medical Journal*. February 27-th 1892).

12) KERN. Mężczyzna, lat 23 liczący, miał od młodości przepuklinę po stronie lewej i jądro utkwione wpachwinie lewej. Wystąpiły przypadki uwięźnięcia, wskutek czego nastąpiła operacja po upływie 3 dni. Sznurek nasienny był

okręcony $1\frac{1}{2}$ raza, a po za jądrem był krwistek. Podwiązka, jądro usunięto. (*Medico-chirurgical transactions, London. Vol. 75, 1892, p. 253*).

13) HERBERT PAGE. Chłopaka 17-letniego przywieziono do szpitala d. 4. VI. 1891 r. z prawą przepukliną pachwinową, która od poprzedniego dnia sprawiała dotkliwe bóle i wymioty, zarazem wystąpił guz. W cztery dni później operowano chorego. Jądro czarne, przyjadrze obrzmiałe, barwy czekoladowej. Sznurek poniżej ujścia zewnętrznego kanału pachwinowego dwa razy koło osi okręcone z prawej strony ku lewej. Trzebieenie, wyleczenie. (*The Lancet 1892, T. II, p. 257*).

14) E. ANDERS operował dn. 10, II, 1892 r. chłopaka, lat 13 liczącego, cierpiącego rzekomo na uwięźnięcie przepukliny. W lewej okolicy pachwinowej jest obrzmienie, lewego jądra niema w worku mosznowym. Po nacięciu odsłonił się guz podobny do pęcherza rybiego, w którym oprócz jasnego płynu było ciało ciemno-niebieskie, podobne do uwięźniętej petli jelita. Po przecięciu pierścienia kanału pachwinowego pokazało się, że było to przyjadrze zgorzelinowe, okręcone $1\frac{1}{2}$ raza, które się następnie samo odkręciło. Jądro i część osłonki pochwowej odcięto. Wyleczenie. (*St. Petersburger medic. Wochenschrift. 1892, Nr. 47*).

15) DAVIES COLLEY. Chłopak, 14 lat liczący, ma jądro prawe w kanale pachwinowym. Bez powodu obrzmiało ono wśród wymiotów i bólu. Rozpoznaawszy uwięźnięcie przepukliny, usiłowano ją odprowadzić bez skutku, po czterech dniach przystąpiono tedy do operacji. Wypłynęła ciecz krwawa, poczem pokazał się sznurek nasienny połyskujący, barwy ciemnej i okręcony koło osi, tak że ma kształt napitej pijawki. Z jamą otrzewnową nie ma komunikacji. Sznurek odkręcono trzema obrotami, a jądro pozostawiono. Jądro zgorzelinowe powoli się oddzieliło, a leczenie trwało 65 dni. (*British medical Journal. 1892. T. I. p. 811*).

16) R. W. JOHNSON. Mężczyzna, lat 30 liczący, cierpiał na przepuklinę pachwinową po stronie lewej i grając na trąbce miał uczucie, jakby mu się coś obsunęło, przytem wystąpiły bóle i wymioty. W dwa dni później znaleziono podczas badania w worku mosznowym po lewej stronie guz bolesny, nie dający się odprowadzić. W narkozie dała się część guza odprowadzić, nie znaleziono jednak podczas operacji ani jeli-

ta ani sieci, tylko jądro zgorzelinowe i sznurek nasienny okręcony $1\frac{1}{2}$ raza z zewnątrz na wewnątrz. Jądro usunięto. Wyleczenie. (*Annals of surgery*. T. 17, 1893, p. 282).

17) BARKER. Chłopak 15 letni, którego prawe jądro zawsze było małe i nie zstąpiło do worka mosznowego, cierpiał od 7-go roku życia na przepuklinę pachwinową po stronie prawej. W dniu 2. III 1893 r. tuż po stolcu nie mógł odprowadzić treści przepukliny. Wymioty. Dnia 5. III, położył się chory, a 9. III, odwieziono go do szpitala. Znaczne obrzmienie miejscowe i ból, język suchy, tętno 96, ciepłota ciała $39,0^{\circ}$ C. Prawe jądro wielokrotnie powiększone poniżej pierścienia pachwinowego, a powyżej guz obły, odpowiadający kanałowi pachwinowemu. Bębnicy nie ma, wiatry odchodzą, stolca nie było od 2. III. Rozpoznano uwięźnięcie sieci. Podczas operacji wydobyła się ciecz—surowiczo krwawa z rzekomego worka przepuklinowego i skrzepy krwi. Nadto znaleziono jądro przyplaszczone ciemno sino zabarwione, okręcone $1\frac{1}{2}$ raza koło sznurka nasiennego ku zewnętrznej stronie. Przepukliny nie było. Sznurek nasienny odkręcono, jądro usunięto. Wyleczenie. (*The Lancet* 1893, Vol. I, 8. IV, str. 792).

18) W. GIFFORD NASH. Chłopak 19 - letni, przeskończywszy ławkę, poczuł dn. 17. III. 1893 r. silny ból w prawym jądrze i wymiotował, wskutek czego się do łóżka położyć musiał. Chłopak bardzo blady, jądro i przyjadrze nieco obrzmiałe, bolesne. Jądro wyczuć można po za przyjadrzem, a nadto był guz wielkości orzecha przy nasadzie sznurka nasiennego, który w dalszym przebiegu był prawidłowym. Ujście zewnętrzne kanału pachwinowego nie rozszerzone. Zapalenia cewki moczowej nie było. Rozpoznano na tej podstawie skręt sznurka nasiennego i odkręcono go bez cięcia w pięć kwadransów po wypadku.

Jądro okręcono z zewnątrz na wewnątrz, a przyjadrze obrócono ku lewej stronie chorego. Zabieg ten sprawiał bóle, a jądro nie dało się utrzymać w nadanem położeniu, okręcono je przeto w przeciwnym kierunku, poczem przyjadrze przyjęło swe położenie; bóle powoli ustały, w półgodziny później ustąpiło obrzmienie jądra i przyjadrza zupełnie, tak że pozostało tylko nieznaczne zgrubienie w środku. W dniu 17. I. 1895 r. podał NASH w *British medical Journal*, że prawe jądro chore-

go jest o wiele mniejsze aniżeli lewe. (British medical Journal 1893, 8. IV, Vol. I. p. 742).

19) OWEN. Chłopak 13-letni, mający lewe jądro w kanale pachwinowym, doznał podczas gry w krokieta gwałtownego bólu i wymiotów. Guz wielkości jaja kurzego był pomiędzy zewnętrznem ujściem kanału pachwinowego a workiem mosznowym i nie obsuwał się podczas kaszlu; rozpoznano tedy skręt sznurka nasiennego. Przy operacyi wydobył się płyn surowiczo krwawy i pokazało się jądro zgorzelinowe z sznurkiem nasiennym $1\frac{1}{2}$ raza ku górze okreconym. Jądro usunięto. (The Lancet 1893, Vol. II, p. 1247).

20) LAUENSTEIN. Robotnik lat 25 liczący, dźwigając ciężkie kłody drzewa w dniu 11. II. 1893 r. poczuł nagle ból w żywocie po stronie prawej. Tuż potem wymiotował, a w nocy jeszcze trzy razy, stolec i wiatry odchodziły. Przywieziono go do szpitala Bethseda w dniu 13. II, i tamże stwierdzono, że ma tylko lewe jądro w worku mosznowym. Wzdłuż prawego więzu pachwinowego (POUPART'a) czuć elastyczny guz wielkości jaja kurzego. Ciepłota ciała wynosiła $38,0^{\circ}$ C. Przypuszczano zatem skręt jądra w kanale pachwinowym, całkowicie jednak nie można wykluczyć uwięźnięcia sieci lub ropnia, pochodzącego od wyrostka robaczkowego. Zalecono przeto mawkowiec w czopkach, worek lodowy na brzuch i dyetę płynną. Przypadki nie ustępowały, wykonano przeto operację dnia 16. II. Po przecięciu skóry i skośnego mięśnia brzucha otworzono powyżej więzu pachwinowego jamę, z której wypłynęła surowica ciemno zabarwiona, a na dnie leżało jądro połyskujące, barwy ciemno niebieskiej. Rozszerzając cięcie na bok, otworzono jamę, z której wypłynęła znaczna ilość surowicy. Jama rozciągała się od prawego guza łonowego (*tuberculum pubis*) na dwa palce powyżej kolca górnego przedniego po stronie prawej (*spina anterior superior dextra*) wśród ściany brzusznej i była wyścielona błoną surowiczą. Rodzaj wyrostka, z góry się spuszczonego, dzielił jamę na dwie części. W części dośrodkowej, najpierw otworzonej, leżało jądro okrecone około sznurka nasiennego o 180° na lewo t. j. przeciwnie do zwoju korkociąga. Odkręcenie udało się łatwo, że jednak jądro barwy swej ciemno niebieskiej nie zmieniło, przeto je wycięto. Nie było śladu ani zewnętrznego ani wewnętrznego ujścia kanału pachwinowego ani też komunikacyi z jamą

otrzewnową. Wyleczenie nastąpiło po oddzieleniu się zgorze-
linowego kawałka sznurka nasiennego. (Volkmann's Samm-
lung klinischer Vortraege 1894, Nr. 92, Februar).

21) LAUWERS. Wśród gwałtownych bólów doznał chło-
pak 16-toletni w dniu 12. I. 1894 obrzmienia w lewej okolicy
pachwinowej, które się następnych dni powiększyło. W dniu
18. I. było ono wielkości pięści, skóra zaczerwieniona, gorąca
i obrzmiała. Guz ten składał się z dwóch części. Część gór-
na chełbocząca i bardzo bolesna była wielkości jaja kurzego
Uważano to za ropień usadowiony na jądrze, stanowiącem
drugą część guza. Podczas operacji okazało się, że dolną
część guza stanowiło jądro zabarwione ciemno-niebiesko, gór-
ną zaś część stanowiło przyjądrze ze sznurkiem nasiennym
mocno obrzmiałym i okręconym koło osi o 360° ze strony le-
wej ku prawej. Związku z wyrostkiem pochwowym nie było
Jądro z przyjądrem wycięto. Wyleczenie. (Annales de la
société belge de chirurgie. 1894, Nr. 3, 15. VI, p. 132).

22) DEFONTAINE operował chłopczyka ośmiomiesięcznego,
u którego spostrzeżono w lewej połowie worka mosznowego
bolesny guz wielkości jaja gołębiego w dn. 21. VIII, 1893 r.
Wymioty. Rozpoznano uwięźnięcie sieci i przystąpiono na-
stępnego dnia do operacji. Podczas niej znaleziono jądro
prawidłowo umieszczone, dwukrotnie okręcone koło osi.
Odkręcenie udało się łatwo bez wytrzebień. W $5\frac{1}{2}$ miesiąca
później sprawdzono wyraźny zanik jądra. (Archiv provinc
de chirurgie, 1894. T. III, p. 141).

23) LEVER. Staruszek, 60 lat liczący, który dokładnie
pamięta, że w 12-ym roku życia miał tylko jądro prawe w wor-
ku mosznowym, lecz nie pamięta, kiedy lewe jądro zstąpiło
spostrzega od dłuższego czasu w lewej połowie worka moszno-
wego obrzmienie, które się czasem powiększa, szczególnie po
cięższej pracy, a potem znowu maleje. Pewnego razu guz po-
większony nie malał, lecz sprawiał znaczne bóle, chory przeto
udał się na klinikę chirurgiczną w Berlinie dn. 15 XII, 1893 r.
i tam się poddał operacji. Podczas operacji znaleziono jądro
przypląszczone, barwy ciemno niebieskiej, nie będące przyczep-
nione krezką (*mesorchium*), lecz całkiem wolno wiszące na
sznurku nasiennym, okręconym około osi o 270° z zewnątrz
na wewnątrz. Wytrzebień. Wyleczenie w ciągu 10-u dni,
pod jednym aseptycznym opatrunkiem.

Badanie wyciętego jądra wykazało, że ma ono kształt gruszki, przyplaszczonej z przodu ku tyłowi. Krezki wcale nie było, bo osłonka jądra otaczała je w całości, nie mniej część sznurka nasiennego. W trzonie okręconym nie można było wykazać przewodu nasiennego. Przewód nasienny odchodził z tylnej powierzchni przyjadrza, które wypukłą blaszką otrzewnej zupełnie oddzielone było od jądra. Wskutek tego tylko jądro doznało skutków skrętu (przekrwienia), przyjadrze zaś nie. Komunikację pomiędzy jądrem a przy-

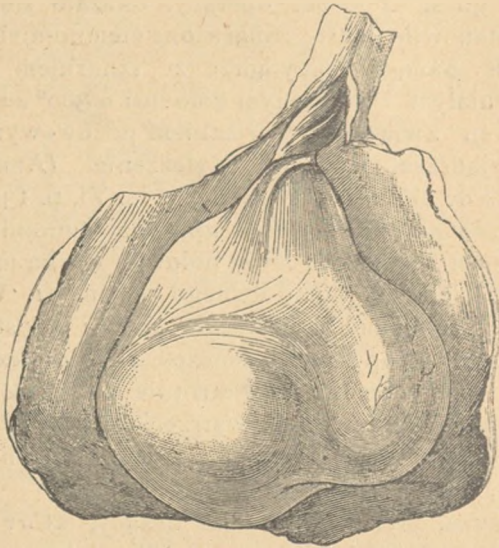


Fig. 8. Skręt lewego sznurka nasiennego na wewnątrz.

jądrem utrzymywały naczynia (Fig. 8, 9 — *aberrantia vasa*). (Archiv für klin. Chirurgie 1894, Bd. 48, Nr. 1, p. 201).

24) JOHN VAN DER POEL. Medyk, lat 25 liczący, miewa od 22 roku życia dotkliwe bóle w jądrze prawem, promieniujące wzdłuż sznurka nasiennego. Bóle występują bez przyczyny w dzień i w nocy. Ojciec jego, lekarz, mówił mu, że jądro jego dopiero w drugim czy trzecim roku życia zstąpiło do worka mosznowego. Przepukliny nie było.

Pierwszy napad bólów trwał 2 godziny. Napady występowały początkowo dwa razy dziennie, później stawały się

coraz rzadszymi. Chory spostrzega przytem bardzo bolesne obrzmienie jądra, przyjądrza i sznurka nasiennego, a bóle sobie łagodzi, podnosząc jądro i nacierając lekko sznurek nasienny. Często stwierdził również chory, że się jądro obraca z prawej strony ku lewej t. j. z zewnątrz na wewnątrz. W tych przypadkach odkręcał on sobie jądro w kierunku przeciwnym.

Sztucznie również skręt dał się sprowadzić, półtora obrotu uczynić mógł bez bólu. Jeżeli się jednak jądro w tem położeniu zatrzymało przynajmniej przez minutę, wtedy o-

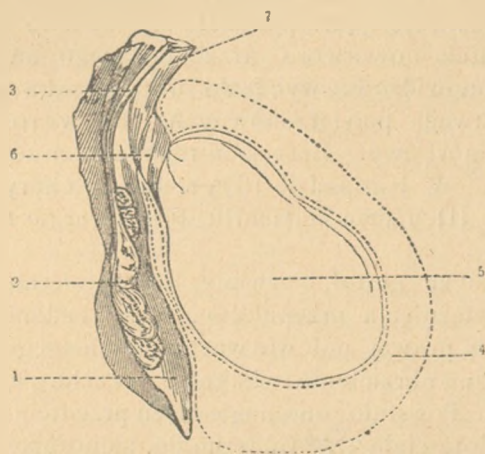


Fig. 9. Ten sam preparat co na fig. 8-ej po wycięciu części pochewki (LEXER, Archiv f. klin. Chir. Nr. 48. H. 1, p. 203, 210). (Przypadek 23). Objaśnienie: 1. *Tunica vaginalis*. 2. *Epididymis*. 3. *Vas deferens*. 4. *Carum vaginale*. 5. *Testis*. 6. *Torsis*. 7. *Funiculus spermaticus*.

brzmiewał sznurek nasienny. Jeżeli się teraz jeszcze $\frac{1}{4}$ obrotu wykonało, wystąpiły gwałtowne bóle. (Medical record. 1895. T. 47, p. 737).

25) ENDERLEN. Robotnik, 49 lat liczący, doznał nagle bólów w dn. 21. V. 1893, a wzmagaly się one podczas dźwigania ciężarów. Stolca i wiatrów brak. Chory spostrzegał obrzmienie w prawej okolicy pachwinowej, sięgające do dna worka mosznowego. Rozpoznano uwięźnięcie sieci lub sieci z wyrostkiem robaczkowym, HELFERICH przypuszczał nadto skręt sznurka nasiennego.

Po otwarciu wyrostka pochwowego wydobył się płyn krwawy i pokazał się guz barwy niebiesko sinej wielkości dużego jaja kurzego. Było to jądro, a sznurek nasienny był grubości ksiuka, barwy nieco jaśniejszej, aniżeli jądro, a okręcony z wewnątrz na zewnątrz. Celem odkręcenia potrzebny był obrot o 270° , sznurek się jednak znowu zakręcał. Wytrzebie nie. Wyleczenie.

Badanie jądra pokazało, że ma ono 24,1 cm. obwodu, 5,6 cm. wysokie. Leżało ono tak jak i sznurek nasienny zupełnie wolno w osłonce pochwowej, krezki (*mesorchium*) nie było. Na przekroju jądra pokazało się, że było ono powiększone w skutek nowotworu przechodzącego na przyjadrze. Badanie drobnowidzowe wykazało utkanie raka przybłonkowego w warstwach powierzchniowych, zaś w środku mięsak olbrzymiokomórkowy. HELFERICH rozpoznał przeto *carcinoma sarcomatodes*. W listopadzie 1895 r. umarł chory na raka żołądka i jelit. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1896. Bd. 43. H. 1, p. 177).

26) LEGUEU został wezwany do 13-toletniego chłopca z powodu uwięźnięcia przepukliny. Przy badaniu nie znaleziono jądra w prawej połowie worka mosznowego, natomiast okrągłe bolesne obrzmienie wielkości orzecha w kanale pachwinowym. Powstało ono nagle dzień przedtem podczas zabawy. Ciężota ciała $37,2^{\circ}$ G., tętno 80, jednorazowe wymioty. Przypuszczano zatem raczej uwięźnięcie jądra, aniżeli przepukliny. Po otwarciu osłonki pochwowej znaleziono jądro białe, a przyjadrze czarne, a które wysuwając się odkręciły się o cały obrót w kierunku przeciwnym wskazówki zegara. Osłonka była otwarta ze strony jamy otrzewnowej. Osłonkę pochwową zaszyto u góry, jądro przyczepiono. Wyleczenie. (*Bulletins et mémoires de la société de chirurgie*, 15 juillet-1896).

27) W. E. SANDERS. Mężczyzna 38-mioletni doznał na, gile bolesnego obrzmienia w prawej okolicy pachwinowej; wymioty; ciężota ciała $38,3^{\circ}$ C., tętno 104. Guz zajmował górną część worka mosznowego i nie wypukłał się podczas kaszlu. Operację wykonano trzeciego dnia. Osłonka pochwowa wypełniona była skrzepami, jądro czarne wycięto. Wyleczenie. (*Medical Mirror*, Saint-Louis, 1896, T. 3, p. 114).

28) M. R. TAYLOR. Noworodek ma jądro prawe zdwojonej objętości, przy dotykaniu bolesne, drgawki. W dwa dni po narodzeniu się wykonano operację. Jądro czarne, sznurek nasienny okręcony, wyrostek pochwowy wypełniony krwią. Wytrzebienie, wyleczenie. Badanie wykazało wynaczynienie krwi w jądrze i przyjadrzu. (British medical Journal. 1897, T. I, p. 458).

29) BAROZZI. Mężczyzna, 37 lat liczący, doznał nagle bez przyczyny gwałtownych bólów w prawej okolicy pachwinowej, połączonych z nudnościami. W trzy dni później udał się do szpitala rzekomo z powodu przepukliny uwięźniętej. W prawej połowie worka mosznowego znaleziono guz bolesny, wyglądający raczej na wodniak (*hydrocele*), aniżeli na przepuklinę mosznową. Cięcie wzdłuż kanału pachwinowego. Na sznurku nasiennym znaleziono skręt i zadziernięcie, a poniżej niego podbiegnięcie krwią. Sznurek nasienny podwiązano dośrodkowo, jądro odcięto. Wyleczenie. (Bulletins de la société anatomique 1898, p. 188).

30) MACAIGNE ET VANVERTS. Chłopaka, 15 lat liczącego, przyjęto 11. I, 1897 r., z powodu jądra, będącego w lewym kanale pachwinowym. Przed 6-u miesiącami obrzmiało ono wśród wymiotów, które to przypadki w 24 godzin ustąpiły. Przed dwoma miesiącami powtórzyły się bóle, ale bez obrzmienia. Przed 2 czy 3 dniami był napad trzeci. W lewym kanale pachwinowym jest nieruchomy, bolesny guz, wielkości jaja gołębiego. Rozpoznano uwięźnięcie i prawdopodobieństwo skrętu jądra przemieszczonego, które operowano 19. I, gdy przypadki zapalne ustąpiły. W kanale pachwinowym znaleziono guz, zawierający ciecz surowiczno-krwawą. Nieco wyżej było drugie obrzmienie, stanowiące jądro ciemno-niebieskie. Sznurek nasienny okręcony był około osi $1\frac{1}{2}$ raza z góry ku dołowi i z prawej strony ku lewej t. j. od wewnątrz na zewnątrz. Podwiązka, odcięcie sznurka nasiennego z jądrem. Jama brzuszna była całkowicie zamknięta. Wyleczenie. Wycięte jądro było wielkości prawidłowej, ale nieco ciemniejsze. Przyjadrze sterczało poniżej jądra o 3 cm. Naczynia a w szczególności żyły były mocno przekrwione. (Bulletins de la société anatomique 1898, p. 267).

31) WIESINGER. Dziecię 18-tomiesięczne doznało nagle bólów i obrzmienia w prawym kanale pachwinowym. Jądra



prawego nie było w worku mosznowym. Po nacięciu znaleziono płyn surowiczo krwawy. Jądro i przyjadrze ciemno czerwone, przyczepione było lekkimi zrostami do osłonki, a sznurek nasienny okręcony był o cały obrot. Wytrzebienie. Wyleczenie. (Münchener mediz. Wochenschrift. 1899, T. I. p. 238).

32) SASSE. Dróżnik, lat 48 liczący, przyjęty został do szpitala w dniu 10. X, 1898 r. Od 4 czy 5 lat spostrzega on powoli rosnący guz w lewej połowie worka mosznowego, który w ostatnim roku rósł, lecz bólów nie sprawiał. Na jądrze prawem spostrzegł on mały guzek, nie sprawiający dolegliwości. W dniu 1. X, 1898 r. podnieść on chciał taczki naładowane kamieniami, a przytem zgniótł sobie worek mosznowy pomiędzy udami, co mu takie sprawiło bóle, że się do łóżka położyć musiał. W worku mosznowym znacznie obrzmiałym znaleziono dwa wielkie elastyczne guzy, kształtu gruszkowatego. Guz lewy miał trzy razy większą objętość, aniżeli prawy, wykazywał chębotanie i przeświecał jasno. Sznurek nasienny jest prawidłowy. Prawy mniejszy guz również wykazywał chębotanie, nie przeświecał, był nieco twardszy w dotknięciu, a sznurek nasienny wymacać można było jako twardej postronki. Rozpoznano wodniak po stronie lewej, a po stronie prawej przypuszczono krwistek powstały z ugniecenia.

Operacja 12. X, 1898. Po lewej stronie cięcie przez przednią powierzchnię. Wyłuszczone dwa całkiem od siebie oddzielone torbiele, które tylko z przyjadrzem nieco mocniej spojone były. Po stronie prawej wydobyła się po nacięciu osłonki pochwowej ciecz galaretowata, krwawa, i pokazał się guz niekształtny, gruszkowaty, wiszący na cienkim, okręconym, zaledwie 2 cm. długim trzonku. Część górna, przyjadrze, jest ciemno niebiesko zabarwiona, dolna część, jądro, jest barwy brudno szarej. Guzy te razem z osłonką właściwą jądra wycięto, a ranę zaszyto.

Bliższe badanie okazu wykazało, że ściana osłonki właściwej ma grubości 1 mm., a powierzchnia jej wewnętrzna pokryta jest skrzepami krwi. Jądro jest dosyć twarde, przyjadrze zaś miękkie, łatwo ugnieść się dające. Sznurek nasienny okręcony jest ku stronie lewej z tyłu i dołu ku przodowi i ku górze o 360°. (Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 59, H. 3, p. 791).

33) NANU. Chłopak 19-toletni niósł ciężar po schodach i poczuł nagle ból w jądrze lewem. Robił zimne okłady, które już mu w roku ubiegłym dwukrotnie ulgę przyniosły, tym razem daremnie. Cierpienie wzmoгло się, udał się przeto do szpitala w dn. 15. II, 1899, gdzie nie można było postawić dokładnego rozpoznania.

Po otwarciu osłonki pochwowej znaleziono jądro powiększone, barwy ciemno czerwonej nieniał czarnej z sznurkiem nasiennym okręconym tuż koła przyjadrza. Wytrzebienie. Wyleczenie. Jądro było zgorzelinowe. (XIII Congrès international de médecine 1900, p. 401).

34) BARDELLA. Mężczyzna, lat 51 liczący, jadąc konno uderzył się workiem mosznowym o siodło przed dwoma miesiącami. Odtąd poczuł bóle w jądrze prawem przy rozmaitej sposobności. Przed jedenastu dniami znowu się uderzył i miał tak silne bóle, że się musiał położyć. Okłady zimne, pędzlowanie jodyną było bez skutku. Rozpoznano krwistek i przystąpiono do operacji 17-go dnia po urazie. W osłonce pochwowej znaleziono skrzepy. Sznurek nasienny był trzykrotnie okręcony tuż koło przyjadrza, jądro zgorzelinowe. Wytrzebienie. (Gaz. d. Osp. Milano. 1900. T. 21, p. 85).

35) LÉONTÉ. Starzec 70-cioletni nosi od 15 lat opaskę, sądząc, że ma przepuklinę po stronie lewej, powodującą przypadki uwięźnięcia od czasu do czasu. W 15 dni po takim napadzie poddał się operacji rzekomo uwięźniętej przepukliny i wtedy znaleziono skręt sznurka nasiennego o 270° od strony lewej ku prawej. Wytrzebienie. Badanie wyciętego jądra wykazało wynaczynienie krwi, bez zgorzeli. (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest, 1900, p. 88)

36) BARDESCO. Mężczyzna, 56 lat liczący, ma od 4-ch dni po upadnięciu przypadki uwięźnięcia przepukliny po stronie prawej. Brak stolca i wiatrów—wymiotów nie ma. Ciężota ciała 38,0° C. W osłonce pochwowej znaleziono płyn krwawy, jądro czerwone, sznurek nasienny okręcony o 180° z prawej strony ku lewej. Wytrzebienie. Podbiegnięcie krwi w jądrze, na powierzchni drobne punkciki zropiałe. W żyłach zakrzepy. (Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucarest, 1900, p. 89).

37) DUJON et CHEGUT operowali w dniu 5. XII, 1899 r. chłopczyka 14-toletniego z powodu przypadków uwięźniętej

przepukliny po stronie lewej, które miały wystąpić po jeździe konnej. Podczas operacji spostrzeżono, że jądro stanowi ciało czarne, okręcone około sznurka nasiennego w kierunku wskazówki zegarka. Po odkręceniu sznurka nasiennego pozostawiono jądro na miejscu, spoiwszy osłonkę pochwową szwami. Po upływie 10-u dni trzeba było naciąć worek mosznowy, i zgorzelinowy kawałek jądra się oddzielił, tak że pozostała tylko resztką niekształtną, wielkości małego migdałka. (Archives provinciales de chirurgie 1900, T. IX, p. 653).

38) CH. L. SCUDDER. Chłopiec 16 - toletni. Wskutek urazu w jądro lewe doznał on gwałtownego bólu, połączonego z obrzmieniem jądra i gorączką. Przypadki te powoli ustąpiły tak, że chory po upływie czterech dni mógł pracować. W dwa tygodnie później bawiąc się na nowo doznał bólów po lewej stronie worka mosznowego, po upływie 4-ch dni poddał się zatem operacji. Wyrostek pochwowy był napełniony kwią, jądro czarne okręcone o cały obrót. Wytrzebiecie. Wyleczenie. (Annales of surgery, 1901, T. 24, p. 245).

39) J. REBOUL. Młodzieniec, lat 22 liczący, oddający się samogwałtowi, poczuł podczas tego aktu w dniu 18. V, 1900 r. ból w lewej okolicy pachwinowo-mosznowej i obrzmienie wciąż się wzmagające, wymioty. W 4 dni później myślano o zapaleniu jądra w kanale pachwinowym albo o uwięźnięciu sieci przez jądro w kanale pachwinowym, stan ogólny jednak był dobry. Po nacięciu znaleziono osłonkę pochwową ciemną, rozciągniętą przez płyn surowiczo-krwawy i skrzepy krwi. Sznurek nasienny okręcony o cały skręt śruby. Jądro i przyjądrze obrzmiałe i czarne, a na powierzchni jądra miejsca zgorzelinowe. Wytrzebiecie. Wyleczenie powoli postępowało z powodu ropienia. (Association franç. pour l'avancement des sciences, 1901).

40) A. MANSON. Młodzieniec, liczący lat 16, doznał bólów w jądrze lewym, które się już to wzmagaly, już to wolniały. W 16 dni później rozpoznano gruzlicę jądra i przystąpiono do operacji. Osłonka pochwową oskazuje podbiegnięcia krwią i zawiera krew płynną oraz skrzepy. Jądro, nie mające krezki, jest dwa razy większe od prawidłowego, sznurek nasienny dwa razy okręcony z prawej strony ku lewej. Naczynia są rozszerzone, w żyłach zakrzepy. Sznurek nasienny odkrę-

cono, osłonkę pochwową rezekowano. Część jądra uległa zgorzeli i oddzieliła się. (Bull. mēd. 1902, p. 563).

41) E. Esror. Chłopak czternastoletni spostrzega od roku, że lewa połowa jego worka mosznowego ma większą objętość, aniżeli prawa. Obrzmienie odbywa się wśród lekkich bólów. Dopiero od dwóch dni wystąpiły bóle gwałtowne z wymiotami. Bóle gwałtowne utrzymywały się przez 9 dni, potem zmalały. Operację wykonano w 15 dni po wystąpieniu przypadków. Obie blaszki osłonki pochwowej są zlepione i dochodzą miejscami grubości $1\frac{1}{2}$ cm. Jądro nacięto i przekonano się, że jego miąższ jest brunatno czerwony i pokrywa się na płaszczyźnie przekroju płynem czarnym. Przekrwienie dotyczy przedewszystkiem jego części przedniej. Wytrzebie-
nie, wyleczenie.

Badanie wykazało, że przyjadrze jest prawidłowe, sznurek nasienny okręcony jest o jeden zakręt śruby w odległości 1 centymetra powyżej jego przyczepu i zawiera tylko grupę naczyńiową. Grupa zajmująca przewód nasienny i naczynia jemu towarzyszące nie jest objęta skrętem. (Zatem tylko część sznurka nasiennego została skręcona). Poniżej skrętu sznurek nasienny zawiera skrzepy krwi. (15-e Congr. franc. de chirurgie. Paris, 1902, p. 710).

42) TUFFIER. Młodzieniec miał jądro w kanale pachwinowym, które od 5 miesięcy z dobrym skutkiem mięsieniem leczy. Podczas oddawania stolca doznał nagle przypadków uwięźnięcia przepukliny, przyczem jądro cofnęło się do kanału pachwinowego, zarazem obrzmiało i sprawiało dotkliwe bóle. W 5 dni później rozpoznał TUFFIER skręt sznurka nasiennego i operował chorego. Osłonka zgrubiała zawierała płyn krwawy i jądro wolno wiszące, bez krezki. Było ono czarne, a sznurek nasienny okręcony o dwa obroty. Wytrzebie-
nie. Wyle-
czenie. (Bull. de la société de chirurgie, 1903, T. 20, p. 551).

43) CABOT. Mężczyzna, lat 36 liczący, zachorował nagle bez widocznej przyczyny na ból żywota, nudności i poty tak, że się musiał położyć, później wystąpiły wymioty. Następnego dnia rozciągnęły się bóle wzdłuż prawego sznurka nasiennego do jądra, które obrzmiało. Po nacięciu zgrubiałej osłonki pochwowej wydobył się płyn surowiczko-krwawy, a jądro miało barwę śliwki dojrzałej, sznurek nasienny okręcony był od wewnątrz na zewnątrz o cały obrot. Krezka bardzo krót-

ka. Wytrzebienie. Wyleczenie. (Boston med. and surg. Journal. 1903. T. 148, p. 700).

44) WILLIAMS. Chłopak 16-toletni doznał w dn. 4. II, 1902 gwałtownych bólów w prawej okolicy pachwinowej i w jądrze prawem. Odprowadzono przepuklinę, mimo to bóle się utrzymywały i namacać można było obrzmienie przyjądrza, przemieszczonego ku przodowi. WILLIAMS okręcił jądro o pół obrotu około osi, poczem nastąpiła ulga.

W dniu 7. I, 1903 r., wystąpiły po stolcu jeszcze gwałtowniejsze bóle, chłopak zbladł, pokrył się zimnym potem. Jądro powiększone i bolesne. Przepukliny nie było, próba odkręcenia jądra się nie udała. Po nacięciu osłonki pochwowej wydobyła się ciecz krwawa. Jądro i dolna część okręconego sznurka była czarna, Wytrzebienie, wyleczenie. (New York med. Journal, 1903, T. 77, p. 1024).

46) SOULIGON et LAPOINTE. Powroźnik, lat 29 liczący, doznał bez powodu gwałtownych bólów jądra lewego w dniu 24. XII, 1902 r., a później wystąpiło obrzmienie. W 5 dni potem znaleziono przy badaniu w lewej połowie worka mosznowego obrzmienie bolesne, w którym jądra od przyjądrza odróżnić nie można było. W części dolnej było wyraźne chęłbotanie. Sznurek nasienny był obrzmiały aż do zewnętrznego ujścia kanału pachwinowego. W prawej połowie worka mosznowego nie można było nic wymacać, zapalenia cewki moczowej, pęcherza lub gruczołu sterczego również nie było. Okłady lodowe nie sprawiły ulgi, zalecono przeto operację. Cięcie przez przednią powierzchnię worka mosznowego. Po otwarciu osłonki pochwowej wydobył się płyn krwawy. poczem się wysunęło jądro z przyjądrzem na sznurku nasiennym 4 cm. długim a na palec grubym, wolno wiszące jakby serce w osierdziu. Osłonka jądra jest przedartą na przestrzeni 1 cm., jądro zaś leży ku przodowi, przyjądrze ku tyłowi z ogonem zwróconym ku górze. Sznurek nasienny okręcony o 180° podwiązano i odcięto. Jądro i przyjądrze, napełnione krwią, mają wejrzenie czarne. Wyleczenie. (La torsion du cordon spermatique par le Dr Lapointe. Paris. Maloine 1904).

46) GRUNERT. Na klinikę TRENDLENBURG'a w Lipsku przywieziono dn. 23. VI, 1904 r. chłopczyka 5 $\frac{1}{2}$ roku liczącego, rzekomo cierpiącego na przepuklinę uwięźniętą. Prawą przepuklinę pachwinową ma on już od 6-go tygodnia życia.

W dniu 20. VI, wystąpiły bóle w worku przepuklinowym i wymioty, stolec był następnego dnia. W dniu 22. VI, brak stolca i wiatrów, ale wymiotów już nie było.

Po nacięciu otwartego wyrostka pochwowego wydobyła się łyżka płynu surowiczego krwawego i pokazało się jądro prawe ze sznurkiem nasiennym okręconym na prawo o 360° . Narządy te były barwy ciemno niebieskiej połyskującej. Przewód nasienny leżał obok tętnicy i żyły jakby dwa odosobnione sznurki. Skręt łatwo można odkręcić, ale się znowu skręca. Wytrzebień, szew. Jądro lewe nie leży w worku mosznowym. (Münchener med. Wochenschrift, 1904, Nr. 43).

47) Spostrzeżenie własne. W dniu 8. VII, 1904 r. zachorował L. K., lat 21 liczący, nagle na ból w żywocie, równocześnie poczuł obrzmienie w prawej okolicy pachwinowej, wiatry odchodzą, stolca brak, wymiotów nie ma. Na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza w Krakowie zgłosił on się 11. VII, 1904 r. W prawej okolicy pachwinowej jest jajowaty, bolesny guz, nie dający się odprowadzić. Jest on elastyczny, wypuk nad nim czczy. Prawa połowa worka mosznowego jest próżną, ale i w lewej nie ma jądra, lewy kanał pachwinowy całkiem zamknięty. Bębnicy nie ma, tętno nieco przyspieszone, ciepłota prawidłowa. Rozpoznano uwięźnięcie prawego jądra w kanale pachwinowym i poprowadzono cięcie wzdłuż kanału. Po otwarciu wyrostka pochwowego wydobył się płyn brudno krwawy i pokazała się sieć krwią podbiegnięta, a oprócz tego czarne ciało jajowate, okręcone koło swe osi długiej na lewo o 360° . Sieć podwiązano pęczkami i odcięto, potem nacięto bramkę przepuklinową. znajdującą się w wysokości ujścia wewnętrznego (brzusznego) kanału pachwinowego. Teraz pokazało się, że guz leżący w kanale pachwinowym jest to jądro z przyjadrzem i przyległą częścią sznurka nasiennego niemal tej grubości co jądro. Guz ten wisiał w worku przepuklinowym utworzonym przez wyrostek pochwowy. Guz nieco zbladł po nacięciu bramki przepuklinowej i okręceniu skrętu. Palcem wprowadzonym do jamy otrzewnowej obmacałem lewą stronę, ale się tam jądra nie domacał. Wobec tego rezekowałem worek przepuklinowy, pozostawiając z niego tyle, ile było potrzeba na pokrycie jądra i przyjadrza, poczem brzegi worka spoilem szwami, a jądro przytwierdziłem jak najwyżej. Wyleczenie gładkie, dn. 27. VII

wypisał chorego. W 3 miesiące później widziałem go znowu. Jądro prawe było na tem samym miejscu, ale znacznie mniejsze. Chory podał, że nigdy nie spółkował i że nie ma ani snów lubieżnych, ani pomazań nocnych.

Oprócz tych historyi chorób znalazłem jeszcze krótkie wzmianki o trzech przypadkach przytoczonych przez VANVERTS'a *).

48) ROSENMERKEL. Mężczyzna lat 26 liczący, którego jądro wstąpiło do pachwiny dopiero w 16-ym roku życia, doznawał bólów podczas wszelkiej pracy fizycznej, dlatego poddał się operacji. W osłonce pochwowej znaleziono około 30 gramów płynu surowiczego i jądro powiększone. Sznurek nasienny okręcony, krwią podbiegnięty. Jądro ściągnięto i przyczepiono do worka mosznowego. Jądro miało dążność powracania do pierwotnego położenia, leczenie trwało długo, a skutek mały.

49) RICHELOT. Jądro obumarłe wycięto.

50) PHOCAS. Dziecię, którego jądro nie zstąpiło, operowano z powodu przypadków uwięźnięcia przepukliny. Po nacięciu odkręcono sznurek nasienny i wycięto jądro.

V. Rozpoznanie i leczenie.

W literaturze dostępnej znalazłem zaledwie 50 przypadków skrętu sznurka nasiennego, z których liczba przeważająca dotyczy przypadków, które dopiero podczas operacji rozpoznano. Zaledwie w dziesięciu przypadkach liczono się przed operacją z możebnością tego cierpienia, na pewno rozpoznano je tylko w czterech przypadkach. W przeważającej ilości przypadków przystąpiono do operacji rzekomo uwięźniętej przepukliny wobec przypadków bardzo do siebie zbliżonych, a dopiero po nacięciu osłonki pochwowej poznano pomyłkę. Rzadkość przypadków i macosze traktowanie

*) J. VANVERTS. La torsion du cordon spermatique. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1904, Nr. 6).

tej choroby w podręcznikach niewątpliwie do tego się przyczynia.

Zastanawiając się nad przypadkami, które powyżej w streszczeniu opisałem, widzimy, że najmłodsze dzieci operowane był to noworodek (28), najstarszy zaś chory miał lat 70 (35). U trzech chorych wieku nie podano. Poniżej lat dziesięciu było tylko 5 chorych, w drugim dziesiętku lat było 20 chorych, w trzecim 11, w czwartym, piątym i szóstym dziesiętku było po 3 chorych, jeden chory miał 62 lata, a najstarszy, jak już nadmienilem, 70 lat. Największa liczba chorych przypada na drugi dziesiętek lat, i tu podnieść należy, że pomiędzy 5-ym a 13-ym rokiem nie było żadnego chorego. Najczęściej przeto cierpienie to występuje w czasie największego rozwinięcia płciowego, bo aż 34 przypadki naliczyłem w wieku pomiędzy 13-ym a 30-ym rokiem życia. Wiek ten zatem niewątpliwie usposabia do wystąpienia tego cierpienia, a poza temi granicami przypadki tylko sporadycznie się przytrafiają.

Prawie równomiernie dotyczy skręt prawego i lewego sznurka nasiennego. W trzech historyach chorób nie znalazłem wzmianki, która strona była skrzyżowana, w jednym przypadku oba jądra były chore, 23 razy zaś był okrzyżowany lewy sznurek nasienny i tyleż razy prawy. Bardziej uderzającym jest fakt, że w czterech przypadkach (6, 7, 41, 46) sznurek nasienny podzielony był na dwa pęstronki, z których jeden zawierał przewód nasienny, drugi zaś naczynia. W przypadku ESTOR'a (41) pokazało się nadto, że przewód nasienny i naczynia jemu towarzyszące były objęte skrętem — okrzyżowaną była li tylko grupa naczyńowa. W następstwie tego przyjądrze było prawidłowe, jądro zaś miało miąższ brunatno czerwony, pokryty na płaszczyźnie przekroju płynem czarnym.

W 14 przypadkach zanotowano skręt sznurka nasiennego powikłany przemieszczeniem jądra (*ectopia testis*), a w 9 przypadkach jądro wisiało jak śliwka na ogonku, nie mając wcale krezki (*mesorchium*).

Stosunkowo dosyć często podają autorowie u r a z jako przyczynę wywołującą skręt sznurka nasiennego. Itak podaje SCARENZIO (2), że jego chory po najedzeniu się dostał wymiotów, CAHEN (7) podaje jako przyczynę przeskoczenie rowu,

NASH'a (8) chory doznał przypadków podnosząc się na łóżku, a MEYER'a (9) po kichnięciu; GERVAIS (10) podaje jako przyczynę upadnięcie, JOHNSON (16) grę na flecie, BARKER, TUFFIER i WILLIAMS (17, 42, 44) parcie podczas oddawania stolca, NASH (18) przeskoczenie przez ławkę, OWEN (19) grę w krokieta, LAUENSTEIN, ENDERLEN, NANU (10, 25, 33) dźwiganie ciężarów, LEGUEU (26) zabawę, BARDELLA, DUJON ET CHEGUT (32, 34) jazdę konną, BARDESCO (36) upadnięcie, SCUDDER (38) uraz jądra, REBOUL (34) samogwałt, ROSENMERKEL (48) pracę fizyczną. W ośmiu przypadkach zaprzeczono na podstawie wywiadów wszelkiej przyczyny, w reszcie przypadków nie ma o tem żadnej wzmianki.

Na podstawie tych danych możemy sobie ułatwić rozpoznanie skrętu sznurka nasiennego. W pewnej liczbie przypadków powołać się możemy na rodzaj zwiastunów t. j. na napady bólów w okolicy pachwinowej, rozciągające się już to ku workowi mosznowemu, już to do brzucha. Bóle te silniejsze lub mniej gwałtowne trwały po kilka godzin tylko, czasem przez kilka dni i odnawiały się w rozmaitych okresach czasu. Równocześnie występowały w wielu przypadkach nudności i wymioty, a w pachwinie lub w worku mosznowym występował guz bolesny. Przypadki te usprawiedliwiają w wysokim stopniu rozpoznanie przepukliny uwięźniętej. Podczas obserwacji jednakże sprowadzi nas z błędnej drogi brak objawów niedrożności i z reguły dobry stan ogólny. Tętno bywa dobre, nieco przyspieszone, ciepłota ciała prawidłowa lub nieznacznie podwyższona. Przypadki zbliżone do tych, jakie bywają przy uwięźnięciu przepukliny, tłumaczyć sobie można tem, że jądro jest właściwie narządem jamy brzusznej, w której się stale podczas życia płodowego znajduje.

W przeważającej ilości przypadków skrętu sznurka nasiennego przystąpimy do operacji. Na podskórne odkręcenie jądra kusić się można będzie tylko wyjątkowo. Na 50 przypadków powyżej przytoczonych stało się to zaledwie dwa razy. JOHN VAN DER POEL (24) donosi o medyku, który licząc lat 25 miewa napady dotkliwych bólów od 22 lat, t. j. od czasu, w którym według podania ojca jego jądro prawe zstąpiło do worka mosznowego. Medyk ten stwierdził, że się jądro jego prawe okręca z prawej strony ku lewej (z zewnątrz na wewnątrz), i w tych przypadkach radził on sobie odkręcając jądro w stronę przeciwną. Tenże również sztucznie u siebie skręt

sprorowadzić może z objawami bólu i obrzmienia jądra. Drugi przypadek bezkrwawego odprowadzenia skrętu opisuje W. GIFFORD NASH (18). U chłopaka, 19 lat liczącego, stwierdził on skręt po przeskoczeniu ławki i w pięć kwadransy później zdołał jądro odkręcić. W niespełna dwa lata później spostrzegł on, że jądro prawe, które było okręcone, jest znacznie mniejsze, aniżeli lewe, że zatem zanika.

W 35 przypadkach (70%) wycięto przy operacji jądro, które znaleziono w stanie zgorzeli, albo też obawiano się tych następstw, wskutek dłużej trwającego skrętu w myśl doświadczeń ENDERLEN'a. Tenże bowiem wykazał, że wskutek okręcenia jądra koło osi długiej następuje przedewszystkiem przekrwienie jądra i przyjądrza, powodując zgorzel lub zanik już po upływie 22 godzin. Jeżeli się tedy bliżej zastanowimy nad przypadkami operowanymi, w których się ograniczono do odkręcenia sznurka nasiennego, zobaczymy, że w dwóch przypadkach (3, 44) wskutek zgorzeli następowej wycięto jądro, w dwóch przypadkach jądro zgorzelinowe całkowicie się odzieliło (4, 15), w trzech zaś przypadkach (10, 37, 40) odeszła część jądra uległszy zgorzeli. Czterech chorych zatem następowo straciło jeszcze całe jądro, a trzech chorych część tegoż. U czterech chorych (9, 11, 22, 47), gdzie się ograniczono do odkręcenia sznurka nasiennego, sprawdzono następowy zanik połączony w jednym przypadku z przerostem zastępczym jądra drugiego (9). Jeden autor (48) podaje, że po ściągnięciu jądra i przyczepieniu do worka mosznowego miało ono dążność powracania do pierwotnego położenia, leczenie trwało długo, a skutek był mały. Jeden tylko autor (28) pisze o wyleczeniu w przypadku, który operował następnego dnia po wystąpieniu przypadków, nie wiadomo atoli, czy następowo nie wystąpił zanik jądra.

W niektórych historyach chorób znalazłem dokładniejszą wzmiankę, w jakim kierunku okręcony był sznurek nasien-ny. Jeżeli te dane przyjmiemy za pewne—a wyłączyłem przypadki, gdzie kierunek skrętu tylko ogólnikowo był podany — w takim razie widać jakieś ogólne prawidło, mianowicie, że się skręt zazwyczaj odbywa z zewnątrz na wewnątrz. Jeżeli on tedy dotyczy jądra prawego, wtedy sznurek nasien-ny okręcony bywa z prawej strony ku lewej (z zewnątrz na wewnątrz). Tak zaznaczono w przypad-

kach 5, 7, 9, 10, 20, 47. Jeżeli skret dotyczy jądra lewego, wtedy sznurek nasienny okręcony był z lewej strony ku prawej, czyli znowu z zewnątrz na wewnątrz (16, 21, 23, 35). Pouczającym jest przypadek GIFFORD'a NASH'a (18) i JOHN'a VAN DER POEL'a (24). Pierwszy dokonał odkręcenia jądra podskórnio w pięć kwadransy po wystąpieniu przypadków. Otóż bóle się wzmogły, gdy jądro okręcał z zewnątrz na wewnątrz, a gdy następnie jądro okręcał w przeciwnym kierunku, bóle ustąpiły, a przyjadrze przyjęło położenie normalne. W drugim przypadku medyk sam na sobie stwierdził, że miewa napady, w których się jego jądro prawe okręca z prawej strony ku lewej t. j. z zewnątrz na wewnątrz, a w tych razach radzi sobie odkręcając jądro w przeciwnym kierunku.

Niezgodne z tem są spostrzeżenia dwa (25, 40), gdzie zanotowano skret prawego jądra z wewnątrz na zewnątrz (25), względnie lewego jądra z prawej strony ku lewej (40) t. j. również z wewnątrz na zewnątrz. Jeżeli w tych danych niema pomyłki, uważać je należy za wyjątek. Dalsza dokładna obserwacya na licznych materyale jest pożądana. Jeżeli się prawidło to utrzyma, będzie pewna analogja ze skrętami torbieli jajnikowych. KÜSTNER bowiem podnosi, że szypuła torbieli jajnika po stronie prawej skręca się na lewo, a zatem z wewnętrznej strony ku wewnętrznej, szypuła zaś torbieli jajnika lewego okręca się na prawo, zatem również od strony zewnętrznej na wewnątrz. Inni autorowie to potwierdzają.

Rokowanie w przypadkach skrętu sznurka nasiennego jest dobre ze względu na życie chorego, wyleczenie wynosi bowiem 100%, mimo groźnych objawów klinicznych. Inaczej rzecz się ma ze względu na jądro. Niebezpieczeństwo utraty jądra jest wielkie. Aż 39 chorych t. j. 70% utraciło jądro całkowicie, reszta chorych utraciła jużto część jądra, jużto nastąpił zanik tegoż.

Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń można się kierować następującemi zasadami w leczeniu skrętu.

Sprawdzenie skrętu sznurka nasiennego wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Stosowanie środków przeciwzapalnych pogarsza widoki utrzymania jądra.

Jeżeli się jądro znajduje w worku mosznowym i zaledwie kilka godzin upłynęło od wystąpienia przypadków, można się

kusić na podskórne odkręcenie jądra, okręcając je na zewnątrz t. j. jądro prawe na prawo, jądro lewe na lewo.

Jeżeli się odkręcenie podskórne nie uda, przystąpić musimy do operacyi. Cięcie prowadzi się, jakby do operacyi przepukliny. Po otwarciu osłonki pochwowej wypłynie ciecz surowiczko-krwawa, a nawet skrzepy krwi i pokaże się guz podobny do uwięźniętej pętli jelita, który jednak przy bliższem badaniu rozpoznamy jako jądro obrzmiałe i krwią przepętnione, obrócone koło osi. W pierwszych 24 godzinach ograniczyć się należy na odkręceniu jądra, względnie na przyszcyciu jego, gdyby się pokazało, że się okięcony sznurek znowu zakręca.

Po upływie doby radzi większość autorów wytrzebiecie. Jeżeli jeszcze niema wybitnej zgorzeli jądra, a odkręcone jaśniejszą przybiera barwę, radzę pozostawienie jądra, jakkolwiek nie przedstawia wartości, bo w następstwie zanika. Dla chorego ma ono jednak wielką wartość psychiczną, zwłaszcza wobec braku drugiego jądra, jak było w moim przypadku (47). Jeżeli się obok jądra znajdzie sieć (8, 47), to z nią postąpimy jak przy uwięźnięciu sieci. Znalazłszy otwarty wyrostek pochwowy, zamknijemy go od strony jamy brzusznej.

Literatura.

- 1) A l e s s a n d r i. Le lesioni dei singoli elementi del cordone spermatico II. pollicinico. Sezione chirurgica. T. II, 1895, p. 193.
- 2) A n d e r s. Castration pour testicule inguinal nécrosé. St. Petersb. Med. Wochenschr. 1892, p. 437.
- 3) B a r d e l l a. Necrosi del testicolo per torsione. Gazz. d. Osped. Milano 1900, T. 21, p. 85.
- 4) B a r d e s c o. La torsion du cordon spermaticque, Bull. et mem. de la Soc. de chir. de Bucarest, 1900, T. 3, p. 78.
- 5) B a r k e r. A case of torsion of the spermatic cord, with strangulation of the testis. The Lancet, 1893, T. 1, p. 792.
- 6) B a r o z z i. Torsion spontanée du cordon spermaticque. Bull. de la Soc. anat. Paris, 1898, p. 188.
- 7) B r a m a n n. Der Processus vaginalis und sein Verhalten bei Störungen des Descensus testiculorum. Arch. f. klin. Chirurgie, 1890, T. 40, p. 137.
- 8) B r y a n t. Case of torsion of the spermatic cord with strangulation of the epididymis and testicle in an incompletely descended organ. Medico-surgical transactions, 1892, T. 75, p. 247.
- 9) C a b o t. A case of strangulation of the testis. Boston med. and surg. Journal, 1903, T. 148, p. 790.
- 10) C a h e n. Infarct des Leistenhodens durch Torsion des Samenstranges. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1890, T. 30, p. 101.
- 11) C h a u v e a u. Nécrobiose et gangrène. Recueil de méd. vétérin. 1873, T. 10.
- 12) C h a u v e a u. Nécrobiose et gangrène. Etude expérimentale sur les phénomènes de mortification et de putréfaction qui se passent dans l'organisme animal vivant. Bull. de l'Acad. de méd. Paris, 1878, 2-e série, T. 2, p. 250.
- 13) C o s s i n. De la torsion du cordon spermaticque. Gangrène consécutive du testicule. Thèse de Paris, 1894.
- 14) C u r l i n g. Traité prat. des mal. du testicule, du cordon spermaticque et du scrotum. Paris, 1857, p. 41.
- 15) D a v i e s - C o l l e y. Strangulation of undescended testicle from twisting of spermatic cord; operation; recovery. Brit. med. Journal, 1893, T. 1, p. 311.
- 16) D e f o n t a i n e. Accidents de la torsion du cordon spermaticque. Bistournage chez l'homme. Arch. prov. de chir. 1894, T. III, p. 141.
- 17) D e l a u v e. Descente tardive du testicule gauche, prise pour une hernie étranglée. Rev. méd. franc. et étrang., 1840, p. 363.
- 18) D u j o n e t C h e g u t. Un cas de bistournage spontané du testicule simulant une hernie étranglée. Arch. prov. de chir. 1900, T. IX, p. 653.
- 19) E c c l e s M a c A d a m. Anatomy, physiology and pathology of the imperfectly descended testis. The Lancet, 1902, T. 1, p. 569.
- 20) E n d e r l e n. Klinische und experimentelle Studie zur Frage der Torsion des Hoden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1896, T. XXXIII, p. 177.
- 21) E n g l i s c h. Ueber den haemorrh. Infract des Hodens. Wien.

- klin. Wochenschrift, 1893, T. VI, p. 603. 22) *Estor*. Un cas de torsion du cordon spermat. 15-e Congres franc. de chir. Paris, 1902, p. 710. 23) *Follin*. Bull. de la Soc. de chir. Paris, 1852 — 1853, 1-e série, T. III, p. 98. 24) *Gervais*. Ein Fall von Torsion des Samenstranges. Inaug. Diss. Breslau, 1891, 15. I. 25) *Gester*. Sarcoma of retained testicle with twisted pedicle. Ann. of surg. 1898, T. XXVII. 26) *Grunert*. Ein Fall von Torsion des Samenstranges. Münch. mediz. Wochenschrift, 1904, Nr. 43. 27) *Johnson*. Healing under a moist bloodclot in accidental wounds. Ann. of Surg. 1893, T. XVII, p. 282. Strangulation of testicle from twist of the spermatic cord. Annals of surgery, T. XIX, 1894, p. 530. 28) *Kocher*. Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. Deut. Chirurgie, 1887, T. I, p. 585. 29) *Langlet*. Inversion du testicule; diverticulum de la tunique vaginale; étranglement du cordon testiculaire par torsion sur lui-même; gangrène du testicule. Opération. Guérison. Bull. de la soc. anat. Paris, 1871, T. XXXXVI, p. 281. 30) *Langton*. Hématome de l'épididyme. St. Bartholomew's Hosp. Rep. 1888; T. XVII, p. 188. 31) *Lapolinte*. La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorrhagique du testicule. Paris, 1904. 32) *Lauenstein*. Die Torsion des Hodens. Sammlung klin. Vorträge 1894, Nr. 92. 33) *Lauwers*. Un cas de torsion du cordon spermatique. Bull. de la Soc. belge de chir. 1894, T. II, p. 132. 34) *Legueu*. Etranglement du testicule par torsion du cordon spermatique. Bull. et mém. de la société de chirurgie. 15. VII, 1896, et Presse médicale, 1896, p. 289. 35) *Lejars*. Chirurgie d'urgence, troisième édition. Paris, 1901 p. 635. 36) *Lexer*. Ein Fall von Torsion des Hodens mit Missbildung des Nebenhodens. Arch. f. klin. chir. 1894, T. XXXVIII, p. 201. 37) *Macaigne et Vauverts*. Torsion d'un testicule en ectopie inguinale; éclatement de l'épididyme. Bull. de la Soc. anat., Paris, 1898, 5-e série, T. XII, p. 267. 38) *Manson*. Un cas d'étranglement du testicule par torsion spontanée du cordon spermatique. Bull. et mém. de la Soc. méd. chir. de Paris 1902, p. 215, et Bull. méd. 1902, T. XVI, p. 562. 39) *Maublanc*. De la torsion du cordon spermatique et de ses suites possibles. Tribune med. 1894, p. 467. 40) *Meyer*. Ein Fall von Torsion des Samenstranges mit Erhaltung des zurückgedrehten Hodens. Deut. med. Wochens. 1891, p. 800. 41) *Mifflet*. Ueber die pathologischen Veränderungen des Hodens, welche durch Störung der lokalen Blutcirculation veranlasst werden. Arch. f. klin. Chir. 1879, T. XXIV, p. 399. 42) *Mohr*. Ueber unvollständige Torsion des Samenstranges mit spontanem Rückgang. Münch. med. Wochens. 1904, Nr. 43. 43) *Monod et Terrillon*. Ectopie testiculaire. Traité des mal. du testicule et de ses annexes. Paris, 1889, p. 57. 44) *Nannu*. La torsion du cordon spermatique, 13-e Cong. intern. de méd. Paris, 1900, Sect. de chir. p. 401, Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Bucarest, 1900, T. III, p. 78. 45) *Nash*. Strangulated epididymis of incompletely descended testis producing symptoms like those of strangulated hernia; castration, cure. The Lancet, 1891, T. I, p. 1096. 46) *Nicoladoni*. Die Torsion des Samenstranges. Arch. f. klin. Chir. 1885, T. XXXI, p. 182, 186. 47) *Owen*. On some cases of misplaced testis. Trans. clin. society of London, 1877, T. X, p. 192. 48) *Owen*. A case of axial rotation of the testis, 1893, T. II, p. 1247. 49) *Page*. Twisted spermatic cord and gangrene of testis. The Lancet, 1892, T. II, p. 257. 50) *Perry*. Axial rotation of the

testicle causing strangulation. Birmingham med. Rev. 1898. 51) Puech et T o u s s a i n t. Précis de chir. vétérin. Paris, 1887, p. 612. 52) P o e l. Strangulation of the testis and epididymis from torsion of the spermatic cord. Med. Record, 1895, T. XXXXVII, p. 737. 53) Q u e r v a i n. Ueber subcutane Verlagerung und Einklemmung des Leistenhodens. Deut. Zeitschrift für Chir. 1901, T. LXI, p. 271. 54) R e c l u s. Ectopie testiculaire et torsion du cordon spermatique. Traité de chir. de Duplay et Reclus 1899, 2-e édit, p. 1105 et 1210. 55) R i g a u x. De la torsion spontanée du cordon spermatique. Thèse Montpellier 1903. 56) S a s s e. Ein Beitrag zur Kenntniss der Torsion des Samenstranges. Arch. f. klin. Chir. 1899, T. LIX, p. 791. 57) S a n d e r s. Strangulation of the spermatic cord. Med. Mirror. Saint-Louis, 1896, T. VII, p. 114. 58) S c a r e n z i o. Parraorchidia sinistra con flemmone ed appoplexia del testicolo per attorcigliamento del cordone spermatico. Annali universali di medicina. Milano, 1859, T. IV, p. 595. 59) S c h e e n. A case of rotation of the testis. The Lancet, 1896, T. I, p. 990. 60) S c u d d e r. Strangulation of the testis by torsion of the cord; a review of all recorded cases, together with the report of one recent case. Ann. of surg. 1901, T. XXIV, p. 234. 61) S e b i l e a u. Anomalies de migration du testicule. Traité de chir. de le Dentu et Delbet. Paris, 1901, T. X, p. 40. 62) S e r r e s. Guide pour la castration et le bistournage. Paris, 1882. 63) S o u l l i g o u x. Torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire. Bull. et mém. de la Soc. de chir. Paris, 1904, T. XXXX, p. 48. 64) S p e n c e r. Réponse à la communication de Bryant. Med. chir. trans. 1892. 65) S u t t o n. Case of torsion of the spermatic cord. Med. chir. Trans. 1892. 66) T a y l o r. A case of testicle strangulated of birth, castration, recovery. British med. Journ. 1897, T. I, p. 458. 67) T u f f l e r. Gangrène par torsion du cordon d'un testicule en ectopie inguinale. Bull. et mém. de la Soc. de chir. 1903, T. XXIX, p. 551. 68) V a n v e r t s. La torsion du cordon spermatique. Annales des maladies des organes génito — urinaires, 1904 Nr. 6. p. 401. 69) V o l k m a n n. Ein Fall von acuten haemorrhagischen Infarkt und Spontangangrän des Hodens. Berlin. klin. Wochens. 1877, p. 799. 70) W l e s i n g e r. Infractus hémorragique de testicule. Soc. de biol. de Hambourg. Tribune méd. 1899, p. 163. 71) W i l l i a m s. Torsion of the testicle. New-York med. Journal. T. LXXXII, p. 1024.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Św. Wincentego a Paulo
w Lublinie.

Przyczynęk do chirurgii uwięźnięć wewnętrznych.

50 PRZYPADKÓW

PODALI

Stanisław Dobrucki i Adam Majewski.

Dla dokładnego wyjaśnienia sobie wskazań i przeciwwskazań do zabiegu chirurgicznego przy niedrożności jelit koniecznem jest, zdaniem MIKULICZ'a, by jaknajwiększa ilość chirurgów przypadki swe poddawała ścisłemu rozbiorowi. W myśl tego i my przypadki nasze oddajemy pod ocenę ogółu chirurgów.

Przy opisie przypadków podawać będziemy jedynie dane faktyczne—surowy materiał—zarówno badania jak i zabiegu samego; przypuszczenia zaś i wnioski osobiste, o ile zajdzie potrzeba, pomieszczać będziemy osobno w epikryzie.

By uniknąć niepotrzebnych powtarzań, opisy pojedynczych przypadków podajemy krótko, i w tym celu—w opisach—te dane badania, które nie dostarczyły materiału rozpoznawczego, opuszczamy.

Operujemy przypadki czyste od lat 2-ch w nowej sal

aseptycznej, odpowiednio do współczesnych wymagań urządzonej¹⁾ przy ciepłocie nie niższej od 20° R.²⁾

Narzędzia sterylizujemy w roztworze sody, materiały i bieliznę w autoklawie SORREL'a. Do wacików używamy gazę do otrzewny — serwety muslinowe z paciorkami (MIKULICZ); gazę jodoformową przechowujemy w sublimacie (1%). Myjemy się szczotkami, sterylizowanymi przez gotowanie, i mydłem w ciągu 15 minut w gorącej wodzie wodociągowej, filtrowanej przez filtr CHAMBERLIN'a; następnie świeżą szczotką parę minut w 60% wódce, poczem zmywamy ręce w wyjałowionym fizjologicznym roztworze soli kuchennej, w którym i w czasie operacji opłukujemy je co jakiś czas.

Posadzkę w czasie operacji utrzymujemy pod wodą ze specjalnie do tego służącego hydrantu.

Na salę wchodzić wolno jedynie w przeznaczonych na cel ten kaloszach.

Na sali tej operujemy rzeczy wyłącznie czyste; posiada ona oddzielnego felczera, któremu nie wolno dotykać się rzeczy ropnych. My sami rzeczy ropne operujemy w gumowych rękawiczkach. Sale dla chorych aseptycznych mamy oddzielne i, o ile można, nie łączące się z oddziałami ropnymi.

Do operacji ubieramy się stale w sterylizowane fartuchy, czapki, maski, trykotowe rękawki; rękawiczek nicianych nie używamy.

Chory, zakwalifikowany do operacji, dostaje ciepłą kąpiel, w której felczer z sali aseptycznej goli go, myje dokładnie piersi i brzuch i, nałożywszy wilgotny okład pod ceratką, bandażuje wraz z górną częścią ud. Przed samą operacją chorego myje się po raz drugi w aseptycznym pokoju przed salą operacyjną według zasad, stosowanych przy myciu rąk: poczem, po przykryciu sterylizowaną bielizną, chory na noszach idzie na stół operacyjny. Całego chorego przed zabie-

¹⁾ Odnosne urządzenia i przyrządy mamy krajowe lub francuskie i jesteśmy z nich, a szczególnie z autoklawu SORREL'a najzupełniej zadowoleni.

²⁾ Co się daje łatwo i szybko osiągnąć bez względu na zewnętrzną ciepłotę, dzięki centralnemu ogrzewaniu sali parą niskiego ciśnienia.

giem pokrywamy masą sterylizowanej bielizny, którą naokoło pola operacyjnego opinamy agrałkami do skóry chorego.

Przed samem przecięciem pole operacyjne jodynujemy. Narzędzi używamy na sucho; podaje je felczer w nicianych rękawiczkach, przygotowany do operacyi tak samo, jak i lekarze.

Przy laparotomjach zaraz po otwarciu jamy brzusznej wykluczamy skórę, łącząc otrzewną z bielizną sterylizowaną — szczypczykami MIKULICZA.

Cięcie powłok — przy *ileus* — robimy w linii środkowej z wycięciem pępka (MIKULICZ). Szew powłok dawniej robilijsmy według Pozzi'ego, później według MIKULICZA, obecnie robimy trzypiętrowy: otrzewną szyjemy katgutem szwem ciągłym, rozciągną — jedwabiem — szwem węzełkowym i skórę znów katgutem szwem przekładanym, ciągłym na wzór szwu autopsyjnego, igłą MIKULICZA. W przypadkach, gdzie mamy do czynienia z zakażoną otrzewną, wkładamy worek MIKULICZA; usuwamy go począwszy od 4-go dnia po operacyi. W przypadkach wątpliwych, dwóch ostatnich szwów cięcia powłok założonych przez wszystkie warstwy, nie zawiązujemy i pomiędzy nimi wkładamy do otrzewny pojedynczy pasek gazy jodoformowej; w pomyślnych przypadkach pasek ten po 2-ch dobach usuwamy i szwy zawiązujemy.

Podwiązki robimy wyłącznie katgutem. Katgut używamy sterylizowany według KLAUDIUS'a, a jedwab jodoformowy według MIKULICZA.

Uśpienie stosujemy chloroformowe (chloroform DUNCAN'a); chloroformuje stały chloroformator kol. TYMIŃSKI. Operujemy zwykle razem, każdy chorych ze swego oddziału.

Przy grupowaniu materiału trzymaliśmy się podziału TREVES'a.

- | | | |
|-------------------------|-----|-------------------------------------|
| I. <i>Strangulatio.</i> | (a) | przez zrost powrozkowaty. |
| kiszka jest zaciś. | (b) | przez zrost płaszczynowy. |
| | (c) | w przepuklinie wewn. |
| II. <i>Torsio</i> | (a) | w kierunku osi (<i>volvulus</i>). |
| kiszka jest skręć. | (b) | przez zgięcie kątowe. |

¹⁾ FREDERICK TREVES. Intestinal obstruction, 1901, p. 4.

III. *Invaginatio.* Kiszka jest wgłobiona.

IV. *Obturatio.* a) przez ciało obce (kamień, pestka, pasorzyt itd).
kiszka jest za- b) przez kał.
tkana.

V. *Stenosis.*

kiszk. jest zwię- a) zwężenie wewnątrz kiskowe:
żona. 1) wrodzone
2) przez stan chorobowy samej kiski.
b) zwężenie zewnątrz-kiskowe przez zapalną
lub nowotworową sprawę w sąsiednich or-
ganach.

Prócz przypadków operowanych podajemy kilka nieope-
rowanych sekcyjnych (N-ra 3, 4, 25, 38) i z wielkiej ilości nie-
operowanych, a zakończonych pomyślnie parę wyjątkowo cie-
kawych (N-ra 37 i 40).

I. Zaciśnięcie (Strangulatio).

I a. Zaciśnięcie przez zrost powrózkowaty.

Przypadek I. (DOBRUCKI I. XI, 1900 r.). Estera H. ¹⁾ z Biłgoraja, dziewczynka lat 12.

W ciągu ostatniego roku miała 3 razy po 3 dni zatrzymanie stolca z silnymi bólami. Obecnie zaparcie stolca i wymioty, powtarzające się kilka razy dziennie. W 8-ym dniu choroby przybyła do szpitala Żydowskiego w Lublinie. Słabo rozwinięta, szczupła, blada, pochodzi z rodziny gruźliczej.

Upadek sił, poty, tętno 120, słabe. Brzuch wzdęty, mało bolesny; z prawej strony ponad punktem Mac BURNET'a guz kielbasowaty, nieco więcej bolesny. Ruch robaczkowy jelit widoczny, zwłaszcza ze strony prawej.

Rozpoznano gruźlicę kątnicy (*tbc. coeci*). Wobec wycieńczenia chorej podróżą zastosowano na razie środki pobudzające, a nazajutrz zrobiono operację. Cięcie — równoległe do POUPART'a. Kątnica pusta, zdrowa, wyrostek robaczkowy normalny. Przez ranę wypadła pętla jelita ²⁾ wzdęta, przekrwiona z przekrwioną kreską. Palec, wprowadzony do rany, wyczuwa powyżej nienormalny kłęb jelit, niedający się wydobyć przez cięcie.

Ranę zaszyto i zrobiono cięcie w linii środkowej:

Przekrwione jelito okazało się zaciśniętem przez sznur otrzewnowy, okrągły, grubości $\frac{1}{2}$ ctm., długości około 6 ctm., pochodzący z sieci (*omentum*); w miejscu ucisku dwie pętłe jelita zrosły się dość mocnym zrostem płaszczynowym.

Zrosty oddzielono; sznur wycięto; otrzewnę uszkodzoną obszyto.

¹⁾ Podany w Protokółach Lub. Tow. Lekarskiego.

²⁾ Nazwy „jelita” używamy wyłącznie dla określenia kiszek cienkich.

P r z e b i e g. Stolec obfity trzeciego dnia po operacji. Zagojenie bez powikłań. Wyzdrowienie.

P r z y p a d e k II ¹⁾. (MAJEWSKI 14. VII, 1903). Amelia K. lat 8. Chora od dni 3-ch. Początek nagły, kilkakrotnie śluzowe wymioty; zatrzymanie stolca i wiatrów.

W chwili przybycia do szpitala brzuch umiarkowanie wzdęty, silnie bolesny. pętle jelit zarysowują się przez powłoki, ruch robaczkowy widoczny; z lewej strony ponad pępkiem guz wielkości pomarańczy, ruchomy, twardy, bolesny, wypuk ponad nim stłumiony; w innych miejscach dźwięczny. Tętno 124. Ciepłota nie podniesiona.

Przy Hegarach i przemyciu żołądka odeszło sporo wiatrów.

Rozpoznanie niejasne. Podejrzenie wgłobienia w jelitach (*inv. iliaca*).

W nocy wkrótce po przybyciu do szpitala laparotomia, podczas której znaleziono: W otrzewnej niewielka ilość płynu krwawego. W miejscu wyczuwanego zzewnąrz guza — krezka mocno obrzękła z powiększonymi gruczołami, twarda na dotyk, barwy sino czerwonej; odpowiednie części jelit przekrwione. Naokoło podstawy guz ten zaciśnięty przez gruby sznur średnicy około 1 cm. Sznur ten z jednej strony wychodził z sieci (*omentum*), z drugiej przyrastał do kiszki jelita w odległości 2 ctm. od podstawy jelita; w miejscu tem na krezce znajdował się wylew krwawy średnicy do 2 ctm. Część otoki — wycięto; sznur od krezki odcięto.

P r z e b i e g. Stolec przyszedł na drugi dzień. Gojenie prawidłowe. Późniejszych powikłań żadnych.

P r z y p a d e k III ²⁾. (MAJEWSKI 14. VII, 1903). Józef S. lat 43. Początek nagły, wymioty. Zatrzymanie stolca wiatrów. Przybył do szpitala w 3-im dniu choroby.

Brzuch umiarkowanie wzdęty; ton wypukowy dźwięczny; jelito widoczne; ruchu robaczkowego niema. Tętno niewyczuwalne; twarz w zapaści; kończyny zimne i spotniałe.

Zastosowano podskórną i do obytnicy fizjologiczny rozczyn soli kuchennej, kamforę, kofeinę; gdy jednak tętno nie wracało, zabiegu zaniechano. Chory w 5 godzin później umarł.

Sekcja wykazała: Kłęb jelit wraz z krezką — zaciśnięty u podstawy przez sznur otrzewnowy; jelita sino-czarnego koloru. Krezka—obrzękła, sinawa.

¹⁾ Podany w Protok. Lub. Tow. Lek.

²⁾ Podany w Protokółach Lub. Tow. Lek.

Sznur stanowiła skręcona sieć, przyrośnięta do serowato zwyrodniałego gruczołu krezki jelita, odległego na 20 ctm. od kątnicy.

P r z y p a d e k IV. (MAJEWSKI 10. VII, 1903 r.). Na autopsyi znaleziono. Jelita umiarkowanie wzdęte, otrzewna ich błyszcząca; po ich odsunięciu w głębi w prawym dole biodrowym — torbiel prawego jajnika wielkości jabłka, zrosnięta dolną swą powierzchnią starym twardym zrostem z wyrostkiem robaczkowym; wyrostek długości 8 ctm., dosyć gruby o wyglądzie normalnym.

W kacie, między wyrostkiem z jednej strony, a torbielą i przydatkami macicznymi z drugiej, uwieżniona pętla jelita w kształcie pukla wielkości pomarańczy.

Uwieżniona kiszka lekko przekrwiona, zmian martwiczych nie przedstawia. Płynu wolnego w otrzewnej niema. Płuca, serce, nerki normalne. Wątroba i śledziona powiększone, przekrwione. Chorowała 3 dni; początek choroby nagły: w nocy dostała gwałtownych bólów brzucha i wymiotów. Wymioty (do 10 razy dziennie) — ciągłe. Zatrzymanie stolca i wiarów zupełne, pomimo zastosowania rozmaitych środków czyszczących.

Przed 4-ma laty przechodziła zapalenie okołomaciczne.

Przybyła na oddział wewnętrzny kol. RUDZKIĘGO (10. VII, 1903 r.) drugiego dnia choroby.

Osobnik średniej budowy, kolor twarzy normalny, błony śluzowe — różowe.

Język biały. Tętno 72. Oddech 24. Brzuch wzdęty, bolesny, szczególnie z prawej strony.

Wątroba, śledziona nie powiększone; serce, płuca — zdrowe; w moczu zmian niema.

2. VII. Bóle brzucha coraz większe; wymioty ciągłe. Tętno 72 dobre. Ciepłota nie podniesiona.

W nocy wymioty kałowe; upadek tętna. Śmierć o 11-ej rano w zapaści przy bezustannych silnych wymiotach.

1 b. Zaciśnięcie przez zrost płaszczynowy.

P r z y p a d e k V ¹⁾ (MAJEWSKI 14. II, 1900 r.). M. J., lat 31, robotnik. Przed rokiem chorował na krwawą biegunkę, która trwała z nawrotami około 3-ch miesięcy; od tego czasu chory wychudł, miewa wymioty; stolce to za wolne, to za-

¹⁾ Podany w Prot. Lub. Tow. Lek.

twarde, z bolesćiami, przed kilku miesiącami poczuł w brzuchu guz.

Obecne pogorszenie trwa od 3-ch dni. Wymioty kałowe; brak stolca i wiatrów; twarz zapadnięta; brzuch wzdęty; wypuk dźwięczny.

Ponad pępkiem z lewej strony guz wielkości głowy noworodka, mało ruchomy, przy oddechach unoszący się wraz ze skórą, przy dotknięciu umiarkowanie bolesny; przy wypuku daje stłumienie.

Rozpoznanie. Zwężenie jelita, powstałe wskutek zrostów otrzewnowych po krwawej bieguncie (dyzenteryi). Cięcie w linii środkowej ponad pępkiem wprowadziło nas do jamy, wielkości pomarańczy, odgraniczonej naokoło kielbasowatym wałem, mocno zrosniętym z powłokami brzuszniemi; jama nie miała łączności z pozostałą otrzewną; kielbasowaty wał stanowiło wzdęte jelito, dno jamy wypełniały zrosty i krezka.

Wzdęte jelito podłużnie nacięto; guzy i część kału wypuszczono; jelito zaszyto; otwór zewnętrzny zwężono i osączkowano.

Chory w 6 godzin po operacyi oddał stolec; od tego czasu stolce ma prawidłowe. Rana zabiłżniła się w ciągu 1 $\frac{1}{2}$ miesiąca.

W trzy lata potem — przybytek wagi znaczny; stolce prawidłowe. Chory uważa się za zupełnie zdrowego, pracuje, jako robotnik, w cukrowni. Blizna trzyma się dobrze.

P r z y p a d e k VI. (MAJEWSKI 3. IX, 1900 r.). Szczepan T., lat 33. Przed kilku laty chorował na zapalenie wyrostka robaczkowego, po którym miewał od czasu do czasu przemijające nawroty cierpienia.

Obecnie zachorował ostro, gwałtowne bóle brzucha i wymioty przy zupełnem zatrzymaniu stolca i wiatrów.

Przybył do szpitala w 5-ym dniu choroby. Brzuch silnie wzdęty; wypuk dźwięczny. Twarz w zapasći. Tętno 130, drobne, słabe.

R o z p o z n a n i e. Zamknięcie światła jelita wskutek zrostów otrzewnowych po przebytem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Wobec złego stanu chorego zrobiono ileostomię boczną (lewostronną).

Chory w 1 $\frac{1}{2}$ doby po operacyi przy objawach upadku działalności serca zmarł.

Ogłędziny pośmiertne wykazały: Zwężenie bliznowate kątnicy, zajmujące $\frac{3}{4}$ obwodu i silnie zwężające światło.

Esica przeciągnięta na prawo i zrosnięta z kątnicą na przestrzeni 3 ctm. mocnym starym płaszczynowym zrostem. W głębi pod zrostami wyrostek robaczkowy, przyrośnięty do nich, zmian świeższych nie przedstawia.

Na jelicie w odległości 30 ctm. od kątnicy owalna biała blizna, średnicy około $1\frac{1}{2}$ ctm., zaciskająca światło kiszki.

Kiszka wstępująca w pobliżu zagięcia wątrobowego zrosnięta z dolną powierzchnią wątroby.

Odbyt nieprawidłowy mieści się na jelicie w połowie odległości pomiędzy kątnicą a dwunastnicą.

Płynu wolnego w otrzewny nie znaleziono.

Przypadek VII (MAJEWSKI 12. XI, 1904 r.). Józef Sz., lat 24, z Maciejowa. W końcu sierpnia r. b. przybył do szpitala z ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego; przedtem nie chorował. Sprawa miała trwać od półtora tygodnia; nacieczenie było znaczne; ciepłota w chwili przybycia do szpitala $39,5^{\circ}$; po 2 dniach gorączki ($39,0-39,5^{\circ}$) ciepłota spadła krytycznie i więcej się nie podnosiła, nacieczenie z wolna się zmniejszało; objawów podrażnienia otrzewny nie było. Stolce chory miewał prawidłowe. W dwa tygodnie wypisał się jako rekonalescent.

W domu w ciągu kilku tygodni był względnie zdrow; miewał tylko lekkie zatwardzenie; później zaczęły się bólesci połączone z wzdymaniem brzucha, burczeniem i przelewaniem w kiszkach, częstymi wymiotami i następczym rozwolnieniem.

Stan taki trwał stale i wobec tego chory dn. 6. II, b. r. w dwa i pół miesiąca po przebytem zapaleniu wyrostka robaczkowego — zapisał się znów do szpitala.

Osobnik błądy, wycieńczony, wagi 119 funt. Brzuch zapadnięty; chwilami jednakże jasno rysują się pętle jelit w silnym ruchu robaczkowym; równocześnie bywają wtedy bólesci i czasami wymioty. Stolce bywają rzadko, płynne, po uprzednich bólach. W lewej połowie brzucha, poniżej pępka, w miejscu odpowiadajacem brzegowi m. prostego wyczuwa się w głębi brzucha guz mało ruchomy, twardy; wypuk ponad nim to stłumiony, to dźwięczny; guz ten chwilami czuć wyraźniej; chwilami ginie on poza wzdętymi kiszkami. W *hypogastrium dextr.* w głębi niewielki lekko bolesny guz.

Rozpoznanie. Zwężenie światła jelit wskutek zrostów płaszczynowych po przebytem *appendicitis*.

Laparotomia. Kiszki puste, spadnięte. W miejscu wyczuwanego zewnątrz guza — pętla jelita mocno zgięta w łuk i zrosnięta stykającymi się z sobą powierzchniami na przestrzeni 6 ctm. starym twardym zrostem, ta sama pętla w odległości 15 ctm. wgląd przyrosła na przestrzeni 10-u ctm. do węzła krezki; zrost ten również jest twardy, biały, szorstki w dotknięciu.

Sieć rozdziwiła się; jedna jej część w formie silnie naprężonego sznura przyrosła do innej pętli jelita, — położonej z le-

wej strony ponad pępkiem. Na sznurze tym znaleźliśmy silnie zagiętą — inną znów pętlę jelita.

Druga część sieci przyrosła do kłębu zrostów w *hypogastrium dextr.*; kłęb ten stanowiła kątnica i wyrostek robaczkowy, mocno zrosnięty podstawą swą z otrzewną ścienną i siecią.

Prócz opisanych istniały jeszcze liczne inne mniejsze i mniej ważne zrosty.

Oddzielono pętlę od węzła krezki; otrzewnę obszyto.

Rozdzielono zrosnięte ramiona pętli, krwawiące powierzchnie przypalono Paquelin'em i, o ile się dało, obszyto.

Sznur otrzewnowy i wyrostek robaczkowy — wycięto. Przy oddzielaniu końca wyrostka wydzieliło się parę kropli ropy.

W dolny kąt rany powłok założono pojedynczy pasek gazy. Pierwszy stolec w 2 doby. Przebieg bezgorączkowy. Zagojenie bez powikłań.

W miesiąc po operacji choremu przybyło 7 funtów wagi; stolce codzienne prawidłowe; łaknienie duże, czuje się zupełnie zdrowym.

I c. Zaciśnięcie w przepuklinie wewnętrznej.

P r z y p a d e k VIII (DOBRUCKI 14. VII, 1898 r.). Kejzman, 40 lat, z Izbicy. Początek nagły. Zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów. Wymioty dopiero w 2-im dniu choroby. Oddawna cierpi na prawostronną przepuklinę pachwinową, nosi pasek.

Ciepłota normalna, tętno prawidłowe, nie przyspieszone, brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny przeważnie ze strony prawej nad więzem POUPART'a.

Wypuk w tem miejscu stłumiony, przy macaniu daje się tu zauważyć zwiększony opór. Otwór zewnętrzny prawego kanału pachwinowego wolny, pusty. Palec doń wprowadzony wyczuwa w głębi bolesne stwardnienie nad samym otworem wewnętrznym kanału. Chory i lekarz miejscowy negują *taxis*.

R o z p o z n a n i e — *repositio en bloc* przepukliny pachwinowej.

W mieszkaniu prywatnem u chorego w Izbicy *herniolarolomia* prawostronna.

Znaleziono uwięzioną pętlę jelita wraz z workiem przepuklinowym, oderwanym od otrzewnej ściennej i trzymającym się w jednym tylko miejscu od strony wewnętrznej. Po rozcięciu pierścienia uciskającego, uwolniliśmy mało zmienioną pętlę jelita i worek wycieliśmy. Rana całkowicie zeszyta.

Zagojenie bez powikłań. Wyzdrowienie.

P r z y p a d e k IX (MAJEWSKI 26. I. 1901 r.). Grzegorz J., z Parczewa, lat 21. W nocy nagle dostał rżnięcia w brzuchu i wymiotów; za przyczynę choroby uważa kiełbasę z kapustą, którą jadł na kolację i część której zrzucił w nocy. Wymioty trwały dwa dni; miały charakter śluzowy; zatrzymanie stolca i wiatrów zupełne. Do szpitala przybył w 3-im dniu choroby.

Osobnik blady, bez objawów zapaści. Brzuch umiarkowanie wzdęty, głównie w okolicy pępka; ruch robaczkowy jelit widoczny. Wypuk brzucha dźwięczny; słychać przelewania.

Ciepłota nie podniesiona. Tętno 108. Oddech prawidłowy.

R o z p o z n a n i e. Przypuszczalna koprostaza. Po przybyciu do szpitala — Hegarowskie przemywanie kiszek i przemycie żołądka. Wymioty ustały i odeszło nieco wiatrów. Chory czuje się lepiej.

Na drugi dzień (25. I) odeszło trochę wiatrów; stan bez zmian.

Trzeciego dnia (26. I) ruch robaczkowy jelit widoczny; wzdęcie większe. Brak stolca i wiatrów; wobec tego gdy nowe Hegary nie skutkowały — laparotomia.

Wzdęte jelita wypełniają całe pole widzenia i wypadają po za brzoje rany. Od dwunastnicy idąc do kątnicy — natrafiono w pobliżu kątnicy na kiszkę, zwężoną pierścieniowato — w trzech czwartych obwodu — rowkiem białawego koloru; surowicza w miejscu tem zmian ważniejszych nie przedstawiała.

W innym miejscu tejże pętli znajdowało się drugie odciśnięcie podobnego kształtu, mniejsze jednak i powierzchowniejsze. Cała pętla jelita pomiędzy dwoma temi odciśnięciami, długości około 12 ctm., była przekrwiona, sinawa.

Kątnica spadnięta i pusta.

27. I, w nocy obfity stolec. Chory czuje się dobrze.

28. I, brzuch zapadnięty, nie bolesny. Tętno 104. Ciepłota nie podniesiona.

29. I, ciepłota 39,4°. Tętno 130. Silny kaszel. Zapalenie lewego płuca.

30. I, t°—39,2°. P. 140, drobny, upadek sił. Brzuch bezbolesny.

31. t°—35,8°. Tętno nitkowate. W nocy chory zmarł.

Autopsya wykazała. Zapalenie włóknikowe całego lewego płuca.

W otrzewny brak wolnego płynu. Otrzewna kiszki błyszcząca, wilgotna; wgłębienia na jelitach mało widoczne.

Wyrostek robaczkowy długi i kręty; między nim a jelitem biodrowym duży uchylek otrzewnowy (*fossa ileocaecalis*).

P r z y p a d e k X (DOBRUCKI 26. II, 1902 r.). Andrzej W., lat 43. Początek choroby nagły, w pełni zdrowia.

Zatrzymanie stolca i wiatrów; wymioty w pierwszych paru dniach choroby.

Przybył do szpitala w 7-y dniu choroby. Twarz wpa-
dnięta; tętno 80, słabe.

Brzuch mocno wzdęty, głównie w części górnej; ruch ro-
baczkowy jelit — niewidoczny.

Scisłe rozpoznanie trudne.

W nocy, zaraz po przybyciu laparotomja. Jelita silnie
wzdęte, otrzewna na nich w wielu miejscach popekana.

W uchylku dwunastniczo-pustniczym (*fassa duodenojejuni-
nalis*) otwór, w którym znajduje się błada, pusta pętla jelita
bez widocznych śladów ucisku.

Podczas wkładania jelit zapasć, sinica i śmierć zaraz po
operacji.

Na autopsję rodzina się nie zgodziła.

P r z y p a d e k XI (DOBRUCKI 30. VI, 1903 r.). Roza-
lia S., lat 50. Początek choroby nagły wśród zupełnego zdro-
wia: gwałtowne bóle brzucha, przeważnie ze strony prawej,
promieniujące w okolice pępka.

Zatrzymanie stolca i wiatrów; częste wymioty, zwłaszcza
po pokarmach.

Przybyła do szpitala (28. VI) w 7-y dniu choroby.
Brzuch umiarkowanie wzdęty, bóle zjawiają się napadowo, po-
jedyncze pętle jelit widoczne; ruch robaczkowy wzmożony.
Przepuklin niema.

Stan ogólny dobry, wkrótce po przybyciu po Hegarach
obfity stolec.

29. VI stan ogólny lepszy; parę stolców samoistnych.
Wzdęcie mniejsze. T. — 37,2°—38,5°.

30. VI znów napadowe bóle; jelita wzdęte, ruch robacz-
kowy—wzmożony.

R o z p o z n a n i e. Zaciśnięcie jelit.

Laparotomia. W linii cięcia sieć (*omentum*), — której
część stopniowo zwężając się przyrosła wązkiem pasmem do
otworu biodrowego prawego; po oddzieleniu — przyrośniętą
powierzchnię znaleziono w stanie zapalnym, z szarym nalotem
i z zapachem kałowym.

Podwiązanie i odcięcie sieci.

Oddzielenie trzewiów serwetkami.

Łatwe wydobycie pętli jelita, uwięźniętego w kanale bio-
drowym. Uwięźnięcie jednościenne (*hern. littriana*). Uwięźnię-

ta część zgorzelinowa. Wycięcie кишки; zeszyte odcinków okrężne (*enteroraphia circularis*). Worek MIKULICZA do otrzewny przez dolny kąt cięcia i przesączkowanie otrzewny pas-kiem gazy jodoformowej przez kanał biodrowy.

Stolce 3-go dnia. Przebieg bezodczynowy.

P r z y p a d e k XII ¹⁾ (DOBRUCKI 20. VIII, 1903 r.). Demian Ł., lat 50.

Zawsze zdrow. Początek nagły: ból w brzuchu i wymio-ty; wymioty ciągle, zwłaszcza po jedzeniu. Zatrzymanie stol-
ca i wiatrów. Do szpitala przybył w 15-ym dniu choroby.

Brzuch umiarkowanie wzdęty; jelita uwydatniają się przez powłoki; ruch robaczkowy widoczny. Po Hegarach słabe wiatry i trochę kału w małych kawałkach; mimo to stan chorego bez zmiany.

Rozpoznano przeszkodę w jelitach; ściśle rozpoznanie trudne.

Laparotomia. Jelita wzdęte; idąc po nich w kierunku uchyłku dwunastnico-pustniczego (*f. duodenojejunalis*) wydo-
byto bez trudu uwieźniętą, pustą, mało zmienioną, lecz z wy-
raźnymi śladami ucisku pętlę jelita z dość płytkiej z szeroki-
em lejkowatym wejściem *fassa duodenojejunalis*.

Nazajutrz obfity stolec.

Zagojenie bez powikłań. Wyzdrowienie.

P r z y p a d e k XIII (MAJEWSKI 26. VIII, 1903 r.). Ignacy W., z Łęczny, lat 40.

Początek nagły; bóle w dole brzucha; wymioty z począt-
ku śluzowe, trzeciego dnia z zapachem kałowym. Zatrzy-
manie stolca i wiatrów.

Do szpitala przybył w 3-im dniu choroby. Twarz kolo-
ru ziemistego; oczy głęboko wpadnięte; niespokojny; tic twa-
rzowy obu stronny.

Brzuch umiarkowanie wzdęty, głównie w części środko-
wej. Przelewania.

Ruch robaczkowy jelit widoczny.

Wypuk w częściach środkowych — dźwięczny; w obwo-
dowych miejscami stłumiony. Brzuch cały przy ucisku rów-
nomiennie bolesny.

Ciepłota nie podniesiona. Tętno 128. Oddechów 24.

Na skórze liczne czyraki (*furunculosis*).

R o z p o z n a n i e. Przeszkoda w jelitach; ściśle roz-
poznanie trudne.

¹⁾ Podany w Protok. Lub. Tow. Lek.

Gdy kilkakrotne Hegary i przemycie żołądka pozostały bez skutku,— laparotomja.

W czasie narkozy — kałowe wymioty. Jelita wzdęte. Przy przeszukiwaniu ich znaleziono w małej miednicy z lewej strony, w głębi pod esicą unieruchomioną pętlę jelita, odległą na 40 ctm. w przybliżeniu od kątnicy.

Pętlę tę przez pociągnięcie udało się wydobyć, na wydobytej pętli znaleziono wgłębienie w kształcie rowka, analogiczne do tych, jakie odciska na kiszce pierścien przepuklin zewnętrznych. Obfity stolec w dobę po operacyi. Kaszel.

28. VIII, objawy zapalenia płuc w dolnym lewym płacie; po 3-ch dniach spadek krytyczny ciepłoty. Stan ogólny dobry.

8. IX, rana na zagojeniu. Łaknienie bardzo duże. Stan ogólny dobry.

Liczne coraz nowe czyraki po skórze.

Cukru w moczu nie znaleziono.

5. IX, rana—zagojona. Stolec prawidłowy. Kaszlu niema.

W 10 tygodni po zabiegu chory dostał głębokiej flegmony gazowej na głowie nad lewem uchem, opuszczającej się do dołu skroniowego, o przebiegu piorunującym i pomimo licznych przecięć, trzeciego dnia chory umarł. Na sekcję rodzina się nie zgodziła.

P r z y p a d e k XIV. (MAJEWSKI 13. III, 1904 r.). Ignacy O., lat 51 z Ryk. Przedtem zawsze zdrow.

Początek—nagły; bóle, zatrzymanie stolca i wiatrow; wymioty w pierwszych paru dniach śluzowe, później kałowe.

Do szpitala przybył w 5-ym dniu choroby. Brzuch wzdęty, szczególnie w części środkowej; wypuk dźwięczny, pętla jelit widoczne; ruchu robaczkowego niema. Prawdopodobne rozpoznanie: wewnętrzna przepuklina.

Tętno ledwie liczarne.

Gdy po zastrzyknięciu kilku doz kamfory i około 400 grm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, tętno nieco się poprawiło — w nocy wkrótce po przybyciu, — laparotomja, wobec ciężkiego stanu chorego, bez znieczulenia ogólnego lub miejscowego.

W linii cięcia wzdęte jelita, elastyczne, błyszczące, sinawo zabarwione. Krezka ich obrzękła.

Posuwając się po nich w górnej części brzucha przy kregosłupie trationo na pętlę, dającą opór.

Przy lekkim pociągnięciu pętla ta dała się wyciągnąć; po wyciągnięciu jej wystąpiły jelita puste, spadnięte, a w głębi także kiszki grube. Na granicy jelit wzdętych i pustych widoczny pierścieniowaty ślad ucisku. W czasie operacyi

kilka szprycek kamfory i około 300 grm. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

W 6 godzin po operacji chory zmarł. Na autopsyi znaleziono. Część pętli jelit o barwie zielono-sinej, wypełniona płynem, obrzękła; ich krezka przekrwiona i barwa innych części jelit normalna; wzdęcie ich mniejsze. Kiszki grube i wyrostek robaczkowy mają wygląd normalny.

Otwór uchyłku dwunastnicy pustniczego (*f. duodenojejunalis*) otwarty, duży; przepuszcza dwa palce swobodnie, trzy z trudnością na głębokość 3 ctm.

P r z y p a d e k XV (MAJEWSKI 25. X, 1904 r.). Tomasz J., lat 43, z Parczewa; początek bardzo ostry: silne kilkakrotne wymioty, bóle; zatrzymanie stolca i wiatrów; bezpośrednio przed zachorzeniem dźwigał ciężary, poczem zjadł dużą ilość barszczu z kartoflami.

Do szpitala przybył w 18 godzin od początku choroby. Chory — blady; twarz zapadnięta; oczy podkrążone; język wilgotny, obłożony; ciepłota niepodniesiona; tętno 112 drobne, słabe.

Brzuch wzdęty, bolesny. Wypuk w górnej połowie brzucha — dźwięczny; stłumienie wątroby zniesione; poniżej pępka wypuk z obydwóch stron stłumiony; pętle niewidoczne; ruchu perystaltycznego — niema.

R o z p o z n a n i e niejasne.

L a p a r o t o m j a. W linii cięcia — jelita równomierne znacznie wzdęte; кишки grube, od kątnicy poczynając, puste, spadnięte; wyrostek robaczkowy normalny; po wydobyciu jelit nazewnątrz okazało się, że przy dwunastnicy jelito jest nieco mniej wzdęte, wypełnione przelewającym się płynem; śladów ucisku lub miejscowej przeszkody przy badaniu ich nazewnątrz otrzewny nie zawierały; na krezce jelita, w części jej położonej w pobliżu kątnicy, głęboka szczelina, długości około 10 ctm. idąca równolegle do naczyń, poczynająca się w odległości kilku ctm. od podstawy jelita i przechodząca na węzeł krezki; brzegi jej świeże miejscami lekko krwawią; w części, położonej w pobliżu jelita, szczelina ta sięga na przestrzeni 5—6 ctm. na wylot przez oba listki otrzewny.

Szczelinę zaszyto; jelita z pewną trudnością odprowadzono.

W 10 godzin do operacji obfity stolec; zagojenie bez powikłań. Wyzdrowienie.

E p i k r y z a. Z przypadków w grupie tej podanych jednym z najciekawszych wydaje nam się IV.

Chora ta przybyła do szpitala w okresie, gdy leżało w nim parę przypadków otrucia grzybami, obraz jej choroby przedstawiał tak wybitne objawy intoksykacji, że mimo woli nasuwał analogię z tanitymi przypadkami. Autopsya dopiero wyjaśniła, że intoksykacja przyszła tu nie zzewnątrz, a zależała od uwięźnięcia kiszek.

Ciężkie objawy zatrucia organizmu zdają się tu nie wiązać logicznie ze słabem i miejscowo dla kiszek mało szkodliwym uwięźnięciem.

Stwierdzono jednak niejednokrotnie (BÖNNECKEN ¹⁾, KLECKI ²⁾, KUKULA ³⁾), że jadowitość bakteryi często nie bywa zależną od stopnia uwięźnięcia i stanu chorej kiszek.

AUGIER ⁴⁾ podaje przypadek 24-letniej kobiety, która zmarła 3-go dnia choroby przy objawach zaciśnięcia światła kiszki, gdy tymczasem znaleziono sznur powrozkowaty, przyczynę cierpienia, który uciskał kishkę względnie słabo, zmian w niej nie wywołał i w miejscu uciśnięcia znaków ucisku nie zostawił.

Podobny przypadek podaje i BESNIER ⁵⁾. Analogicznym wydaje się nam i nasz przypadek.

Przypadki Nr. 2 i 3 są zupełnie do siebie podobne i dopełniają się o tyle, że Nr. 3 świadczy, że i w przypadku 2, gdybyśmy wobec odejścia wiatrów i chwilowego polepszenia odłożyli zabieg, otrzymalibyśmy wkrótce zejście śmiertelne.

W przypadku 5 zabieg ograniczył się właściwie do jednorazowego wypuszczenia kału i gazów z uwięźniętego odcinka kiszki; a jednak pomimo stałych organicznych zmian w otrzewny otrzymaliśmy stałe (3 lata trwające) i zupełne (zdolność do fizycznej pracy) wyzdrowienie.

W przypadku 8 względna poprawa po Hegarach przy niezłym ogólnym stanie zdrowia spowodowała fałszywe roz-

¹⁾ BÖNNECKEN Arch. f. path. Anat. CXX. vide. Cahier Revue de Chir. Nr. 1 — 1903.

²⁾ KLECKI. Annales de l'institut Pasteur t. IX ibidem.

³⁾ KUKULA. Sem. med. 5. II, 1902 ibidem.

⁴⁾ AUGIER. Thèse de Paris. ibidem.

⁵⁾ BESNIER Thèse de Paris. R. de Chir. N. 1, 1803 r.

poznanie koprostazy i zwłokę w zabiegu, z którą w związku może pozostać ciężki przebieg i złe zejście pooperacyjnego zapalenia płuc.

W przypadkach 8, 9, 10, 11, 12, 13 mieliśmy wszędzie na pętłach jelit pierścieniowate wgłębienia, prostopadłe do osi кишки, analogiczne do tych, jakie odciska pierścieni przepuklin zewnętrznych; zdają się one być charakterystycznymi dla przepuklin wewnętrznych; wyciągnięcie pętli we wszystkich naszych pięciu przypadkach nie przedstawiało trudności.

W przypadku 12 flegmona gazowa głowy, zdaje się, powstała drogą zakażenia z czyraków (*furunculosis*) i ni była w żadnym przyczynowym związku z przebytem poprzednio zaciśnięciem światła kiszek.

I. S T R A N G U L A T I O.

618

Nr.	Operator	Data	Płeć i wiek	W którym d. choroby.	Operacja	W y n i k	Przyczyna niedrożności
1.	DOBRUCKI	1. XI. 1900.	E. H. k. l. 12.	9 dn.	Laparotomja, wy- cięcie sznura.	Wyzdrowienie.	Sznur z sieci; zrost płaszczyny 2 ch pętli jelita.
2.	MAJEWSKI	14. VII 1903.	A. K., k. l. 8.	3 dn.	Laparotomja, wy- cięcie sznura.	Wyzdrowienie.	Sznur z sieci, przyro- śnięty do krezki jelita.
3.	"	14. VII. 1903.	J. S., m. l. 43.	3 dn.	Nie operowany.	Śmierć.	Sznur z sieci przyro- śnięty do serowato zwyrodniałego gruczo- łu krezki jelita.
4.	"	10. VII. 1903.	A. T., k. l. 44.	3 dn.	Nie operowany.	Śmierć.	Zrost wyrostka robacz- kowego z torbielą pra- wego jajnika.
5.	"	14. II. 1900	M. J., m. l. 31.	3 dn.	Laparotomja, na- cięcie i zaszytie wzdętego jelita.	Wyzdrowienie.	Obszerne płaszczyzno- we zrosty jelit po prze- bytej krwaw. bieguncce.
6.	"	3. IX. 1900.	S. T., m. l. 33.	5 dn.	Ileostomja sini- nistra.	Śmierć.	Liczne zrosty i blizny na jelitach po przeby- tem zapaleniu wyrost- ka robaczkowego.

S. DOBRUCKI i A. MAJEWSKI.

7.	DOBRUCKI	14. VII 1898.	K., m. l. 40.
8.	MAJEWSKI	26 I. 1901.	C. J., m. l. 21.
9.	DOBRUCKI	26. II, 1902.	A. W., m. l. 43.
10.	"	30. VI. 1903.	K. S., k. l. 50.
11.	"	20. VIII. 1903	D. Ł., m. l. 50.
12.	MAJEWSKI	26. VIII. 1903	J. W., m. l. 40.
13.	"	13. III. 1904.	J. O., m. l. 51.
14.	"	12. XI. 1904.	J. S., m. l. 24.
15.	"	28. X. 1904.	T. J., m. l. 43.

11 męż. 4 kob.

2 dn.	Hernio-laparotomia.	Wyzdrowienie.	Repositio en bloc przepukliny pachwinowej.
5 dn.	Laparotomja.	Śmierć.	Her.int,ileocoeal, pneucroup.
7 dn.	Laparotomja.	Śmierć.	Hernis int. duodenojejunalis.
9 dn.	Lap. wyc. sznura; wyc. кишки, enteroraphia circ.	Wyzdrowienie.	Sznur z sieci, przyrośnięty do jednostronnej (h. Littriana) uwięźniętej przepukliny biodrowej pr.
15 dn.	Laparotomja.	Wyzdrowienie.	Hernia int. duodenojejunalis (?).
3 dn.	Laparotomja.	Wyzd. po oper.	Hernia int. intersigmoidea (?).
5 dn.	Laparotomja.	Śmierć w 2 $\frac{1}{2}$ m. sk. głęb. gaz. fleg. na głowie.	Hern.int. duodenojejunalis.
75 dn.	Laparotomja.	Śmierć.	Appendicitis.
18 g.	Laparotomja.	Wyzdrowienie.	Szczelina w krezce.
			13 laparotom. $\left\{ \begin{array}{l} 9 \text{ wyzdr.} \\ 4 \text{ śmier.} \end{array} \right.$
			Wyzdrowień 69,2%.

II. Skręt (Torsio).

II a. Skręt w kierunku osi (volvulus).

P r z y p a d e k XVI (MAJEWSKI 11. VIII 1900 r.). Andrzej O., lat 43, z Krasnegostawu.

Początek choroby nagły: bóleści w brzuchu i wymioty. Wymioty następnie ustały, bóleści nieco się zmniejszyły. Zaparcie stolca i wiatrów.

Przybył do szpitala 3-go dnia choroby.

10. VIII, 1900 r. Twarz blada, oczy podsiniałe, bez wybitnych objawów zapaści; ciepłota normalna; tętno 120. Brzuch wzdęty; wypuk dźwięczny, bolesny w górnej połowie. Ileary, przenicie żołądka, makowiec.

11. VIII. Zaparcie stolca i wiatrów nie ustąpiło. Wzdęcie brzucha większe, przepona uniesiona, przez powłoki widoczne nieruchome pętle kiszek. Rozpoznanie niejasne.

Laparotomia.

Skręt esicy całkowity (360°). Gangrena całej pętli. Chora pętla po odkręceniu pozostawiona na zewnątrz; dolny kąt rany osączkowany; górny — zaszyty.

W nocy obfity stolec.

12. VIII rano wzdęcie brzucha mniejsze. Tętno 108, ciepłota normalna; wieczorem tętno 120, słabe; silne rżnięcie w brzuchu; śmierć o godzinie 3-ej w nocy.

P r z y p a d e k XVII. (MAJEWSKI 13. III, 1901). Tomasz W., lat 38. Po wieczery (kiełbasa z kapustą) dostał w nocy nagle gwałtownego rżnięcia w brzuchu i wymiotów. Bóle i wymioty, silne w ciągu 1-ej doby, później się stopniowo zmniejszały; wciąż jednak brak stolca i wiatrów, pomimo czyszczących środków i ławatyw.

Wzdęcie brzucha i upadek sił wzrastały. Do szpitala przybył w 4-ym dniu choroby. Twarz ziemistego koloru; wargi sine; na czole sine plamy. Brzuch silnie wzdęty, rozszerzony na boki, mało bolesny; przepona uniesiona; pętle kiszek widoczne przez powłoki; ruchu robaczkowego jelit nie-

ma; wypuk dźwięczny z metalicznym odcieniem. Oddech przyspieszony. Ciepłota 36,2°. Tętno 130 drobne, słabe.

R o z p o z n a n i e. Skręt esicy (?); gangrena kiszki; zapalenie otrzewny.

Laparotomia.

W otrzewny—mętny, brudny płyn, o kałowym zapachu. Jelita — silnie wzdęte; poza niemi w lewej połowie otrzewny równie wzdęta sinoczarne miękka nie elastyczna pętla esicy długości około $\frac{1}{2}$ metra, skręcona u podstawy na 180°. Na krezce esicy białe smugi.

Odprowadzenie jelit do otrzewny możliwe dopiero po przekłuciu jednej z pętli i częściowym ich opróżnieniu z gazów; esica po odkręceniu pozostawiona na zewnątrz; rana skórna w górnej części zeszyta, w dolnej osączkowana; pozostawiona na zewnątrz pętla opróżniona przez przekłucie z gazów i płynnego kału.

14. III. Brzuch mało wzdęty, miękki. Chory czuje się lepiej. Tętno 128 słabe; ciepłota 38,4°.

15. III. Ciepłota 37,6°. Tętno 132; pętla nazewnątrz pozostawiona zmartwiała.

16. III. Upadek sił. Tętno nitkowate.

17. III. Chory umarł.

Autopsya potwierdziła zapalenie gnilne otrzewny.

P r z y p a d e k XVIII ¹⁾. (DOBROUCKI 18. IX 1902 r.). Marcin P., lat 70, włościanin z powiatu Lubartowskiego, zawsze był zdrowy. W lecie po zjedzeniu dużej ilości gruszek poczuł bardzo gwałtowny ból w brzuchu, co trwało dwa dni, poczem zupełnie wyzdrowiał. Oprócz tego nigdy nie doznawał żadnych zaburzeń ze strony kanału pokarmowego.

16-go zeszłego miesiąca o godzinie 9 rano nagle, wśród zupełnego zdrowia, doznał bardzo gwałtownego bólu w brzuchu, przeważnie w dole z lewej strony. Wymiotów nie miał wcale, lecz bardzo częste odbijanie.

18-go przybył do szpitala Św. Wincentego z olbrzymiem wzdęciem brzucha, i objawami daleko posuniętej zapaści. Serce i płuca zdrowe. Tętno słabe, 110, równe. Ani stolca ani wiatrów nie było od początku choroby. Brzuch bardzo wzdęty, bolesny przy dotykaniu. Wzdęcie brzucha nie równomierne, znacznie więcej wzdęta strona lewa, ruchu robaczkowego kiszki nigdzie nie widać.

Przy obmacywaniu wyczuwamy bardzo wyraźnie mocno rozszerzoną kiszkę, wypełniającą całe podbrzusze lewe, kierującą się poprzecznie nad pępkiem ku stronie prawej. Opukiwanie stwierdza na całej przestrzeni wymacywanej kiszki je-

¹⁾ Podany w Prot. Lub. Tow. Lek.

den i ten sam odgłos bębenny, różniący się swoim tonem od odgłosu bębenkowego pozostałej części brzucha.

R o z p o z n a n i e. Skręt esicy.

Laparotomia. Po otwarciu otrzewny wylała się niewielka ilość przezroczystego płynu, a za nim w ranę wskoczyła poprzecznicą olbrzymio rozszerzoną, 20 cm. w przecięciu mającą. Po wydobyciu na zewnątrz poprzecznicy, widzimy rozcięcie wstępnicy i кишки ślepej, nieznaczne rozszerzenie dolnej części кишки cienkiej (*ileum*) pozatem jelita puste i zupełnie zapadnięte. Po wydobyciu mocno rozszerzonej esicy przekonano się, iż pętlica кишки cienkiej ułożywszy się przed esicą, okręca się blisko podstawy tej ostatniej i tworzy zaciskający węzeł. Poniżej węzła kiszka gruba zupełnie pusta. Po rozwiązaniu węzła, przez zgłębnik, włożony do odbytnicy, odeszła natychmiast ogromna ilość gazów i płynnego kału. Wzdęcie brzucha zaczęło się zmniejszać, wtedy dopiero zauważono stopniowe napełnianie się gazami kiszek cienkich. Krezka esicy zmieniona, w wielu miejscach potworzyły się smugi bliznowate (*mesenteritis* KLEBS'a), zwiężając krezkę, a tem samem zbliżając oba ramiona esicy do tego stopnia, że te leżą obok siebie zupełnie równolegle.

Po odprowadzeniu trzewiów, trzema szwami umocowano esicę do otrzewny ściennej; ranę zaszyto. W nocy i przez cały następny dzień po operacji obfite stolce, stan ogólny dobry, bezgorączkowy. Rana zagoiła się przez rychłozrost bez odczynu, a po 4 tygodniach chory wypisał się ze szpitala zupełnie zdrow.

P r z y p a d e k XIX (MAJEWSKI 2. III, 1902 r.). Jan B., lat 57.

Zachorował nagle po spożyciu kiełbasy; silne rżnięcie w brzuchu; wymiotów nie było. Zatrzymanie stolca i wiatrów. Przybył do szpitala w 36 godzin od początku choroby.

2. III, 1902 r. Brzuch silnie wzdęty; przepona podniesiona; stłumienie wątroby zniesione. Wypuk dźwięczny; ton wypukowy z lewej strony brzucha i podżebrzach wyższy, metaliczny.

Twarz blada. Oddech przyspieszony. Ciężota normalna. Tętno 120, słabe.

R o z p o z n a n i e. Skręt esicy.

Laparotomia.

Jelita mało wzdęte. Kiszki grube aż do kątnicy — silnie wzdęte.

Esica mocno rozszerzona, sinoczarna, u podstawy skręcona na 360°.

Krezka esicy zawiera szereg bliznowatych białych smug, chora pętla po odkręceniu pozostawiona na zewnątrz.

Chory przy objawach upadku tętna w 8 godzin po operacji zmarł.

Na autopsyi esica na całej przestrzeni wraz ze swą kreską zielono-sino-czarna, miękka, nie elastyczna. Płynu wolnego w otrzewny niema.

P r z y p a d e k XX. (MAJEWSKI 5. V, 1903). Marcin P., lat 71. Operowany w listopadzie 1902 r., z powodu skrętu esicy. Obecnie chory czwarty dzień. Początek choroby nagły; ostre bóle w brzuchu. Zatrzymanie stolca i wiatrów.

Twarz blada, oczy wpadnięte, wzrok niespokojny; zimny pot na twarzy i na kończynach; sinica warg; plamy sine na czole. Brzuch silnie wzdęty, pętle widoczne, nieruchome. Wypuk w górnych częściach brzucha dźwięczny, w dolnych stłumiony; przy macaniu dolnych części brzucha chełbotanie (BÖNNECKEN-GANGOLPHE). Ciężota niżej normy. Tętno ledwie liczarne, nitkowate.

R o z p o z n a n i e. Zapalenie otrzewny wskutek zmian w skręconej pętli esicy.

Laparotomia bez znieczulenia ogólnego lub miejscowego.

Cięcie w poprzedniej bliźnie, mało dla chorego bolesne; usunięcie nitek z crin de Florence z poprzedniej operacji.

W otrzewny dużo szaro brunatnego płynu o gnilnym zapachu.

Esica, skręcona u podstawy, czarna, matowa, silnie rozciągnięta, o ściankach miękkich, mało elastycznych.

Po odkręceniu skrętu, chora pętla pozostawiona nazewnątrz.

Przed operacją i w czasie jej trwania wprowadzono pod skórę $\frac{1}{2}$ litra fizjologicznego roztworu soli, kamforę, kofeinę.

Chory w 4 godz. po operacji zmarł.

Autopsya do danych operacyjnych nie dodała nic nowego.

P r z y p a d e k XXI (MAJEWSKI 30. VI, 1903 r.). Antonina Lew., l. 40, z pod Krasnegostawu.

Dnia 29. VI, 1903 r. wracając piechotą po południu do domu, dostała na drodze nagle gwałtownych bólów w brzuchu. Bóle te były tak ostre, że chora położyła się na drodze; dopiero przejeżdżający sąsiedzi zabrali ją na wóz. Przedtem w ciągu soboty i niedzieli aż do samego zachorzenia chora jadła wiele wisien z pestkami i w nich sama upatruje przyczynę choroby. Bóle ciągłe, bardzo silne, trwały aż do operacji.

W niedzielę miała kilkakrotne wymioty śluzowe z zawartością leków, podawanych jej w tym czasie (olej rączni-

kowy, senes, cynamon). Wymioty z niedzieli na poniedziałek ustały i więcej się nie powtórzyły; zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów.

Do szpitala przybyła w nocy z poniedziałku na wtorek.

Chora dobrze zbudowana; twarz czerwona o sinawym odcieniu, zmęczona: oczy lekko wpadnięte podsiniałe; wargi sine. Brzuch silnie wzdęty; wzdęcie sięga wysoko ku górze; więcej wypukłona, szczególnie w górnej części brzucha, wydaje się strona lewa; ruchu robaczkowego niema. Ton wypukowy dźwięczny; przepona odsunięta ku górze, stłumienie wątroby zniesione. W lewym śródbrzuszu i podżebrzu ton wypukowy przybiera odcień metaliczny; szczególnie jasnym się to staje przy połączonym przysłuchu i wypuku.

Przy dotyku — cały brzuch umiarkowanie bolesny. Oddech bardzo przyspieszony. Ciepłota 36,4°. Tętno 130 drobne, słabe.

R o z p o z n a n i e. Przypuszczalny skręt esicy ze zmianami w uciśniętej kiszce.

Bezpośrednio po przybyciu chorej do szpitala w nocy — 30. VI — w 1½ doby od początku choroby, laparotomia.

W otrzewny wolny płyn mętny brunatnego koloru o gnilnym zapachu; w nim mocno wzdęta sina pętla grubej kiszki; ręka wprowadzona do otrzewny stwierdza, że stanowi ona jedno z 2-ch ramion skreconej esicy.

Skręt ten wypełnia całą lewą połowę jamy brzusznej, a ku górze sięga wysoko po za żebra; po znacznem rozszerzeniu cięcia powłok z wielką trudnością udało się chorą pętlę wydobyć nazewnątrz.

Skręt u podstawy esicy na 360°. W kanale kiszki, doprowadzającej do skrętu, oparta o sam skręt wielka ilość twardych szeleszczących ciał obcych — pestek. Krezka skreconej pętli sinoczarna ze śnieżno białymi smugami, skośnie na niej leżącymi.

Pętla jelita koloru sinocznego, z zielonkowym odcieniem, matowa, po odkręceniu i częściowem opróżnieniu, zapada się, nie posiada żadnej elastyczności. Całą tę pętlę po obłożeniu jej gazą jodoformową odprowadzono do otrzewny; obok niej wprowadzono jeszcze kilka oddzielnych długich jodoformowych sączków. Górną część rany powłok zaszyto szwem trzypiętrowym. Tętno w końcu operacji nie dawało się liczyć. Chorej zastrzyknięto kamforę, kofeinę i podskórnie wpuszczono około 300 grm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

1. VII. Tętno 128 słabe. Ciepłota rano 37,2°; wieczorem 38,0°. Twarz blada w zapaści. Brzuch bolesny.

2. VIII, ciepłota 38,2°; 37,8; stan bez zmiany. Z rany gnilno-kałowy zapach.

3. Ciepłota 37,8; 37,8°. Z rany wypływa brunatna posoka z kałowym zapachem.

4. Tętno 120. Ciepłota 38,3; 37,8°. Wyjęto sączki.

Z rany wychodzą całe płaty nekrotyczne kiszki; kał i pestki.

5—6. C. 38,2°. Z rany wydobywa się kał i pestki.

7—10. Ciepłota niepodniesiona. Tętno 80 — 100. Stan rany — bez zmian.

11 — 29. Wieczorne podwyższenia ciepłoty od 38,0° do 39,0° przy rannej ciepłocie 37,0—37,8°. Z rany wychodzi ropa, kał i pestki.

Od 11-go kał idzie normalną drogą. Ogólny stan powoli, lecz stale się poprawia.

Od 29. VII do 29. IX, stan bezgorączkowy. Łaknienie dobre. Przetoka do końca sierpnia ma charakter kałowy; później staje się sluzową.

28. IX. Chora wypisała się z niewielką powierzchowną przetoką w miejsce rany. Łaknienie bardzo duże. Stolce codzienne. Wygląd bardzo dobry.

P r z y p a d e k XXII (MAJEWSKI 12. IX 1903 r.). Jan K., lat 61, zachorował nagle w nocy; gwałtowne bóle w brzuchu; wymiotów nie miał. Zatrzymanie stolca i wiatrów. Do szpitala przybył w 20 godzin od początku choroby.

Brzuch silnie wzdęty, rozszerzony na boki; przepona uniesiona; wzdęcie większe po stronie lewej.

Ton wypukowy dźwięczny, po lewej stronie wyższy.

Twarz mało zmieniona, język lekko obłożony, wilgotny. Oddech spokojny. Ciepłota normalna. Tętno 108.

R o z p o z n a n i e. Skręt esicy.

Gdy Hegary i przemycie żołądka pozostały bez skutku—laparotomia

12. IX. W linji cięcia silnie rozszerzona przekrwiona pętla esicy, u podstawy skręcona na 180°; na jej krezce, równie przekrwionej, podłużne białe blizny. Zstępnicą i poprzecznica równie silnie rozszerzone; jelita lekko wzdęte. Po odkręceniu skrętu część kału i gazów z esicy przeszła do odbytnicy i wyszła na stole operacyjnym nazewnątrz. Zstępnicą jednak i poprzecznica pozostały silnie wzdętymi. U podstawy esicy poniżej skrętu zrobiono *colosigmoidostomię*. W czasie operacji kilkakrotne wymioty; odprowadzenie do otrzewny kiszki, szczególnie wzdętej zstępnicy i esicy, bardzo trudne; do dolnego kąta rany powłok wprowadzono worek MIKULICZA. Ciepłota wieczorem 36,8°. Tętno 108.

13. IX. Ciepłota rano 36,5°; wieczorem 36,7°. Tętno 112. Kaszel.

Przeł. Chirurg.

14. IX. Ciepłota rano 36,5°; wieczorem 36,7°. Tętno 108. Kaszel. Stolca nie było. *Expectorantia*.

15. IX. Wzdęcie brzucha dosyć duże. Po ławatywie odeszła mętna woda. Ciepłota rano 36,3°; wieczorem 36,2°. T. 100.

16. IX. Wzdęcie brzucha nieco mniejsze; wyjęto worek MIKULICZA; włożono sącdek jodoformowy. Silny, suchy, ciągły kaszel. Ciepłota rano 36,0°, wieczorem 37,2. Tętno 96.

17. IX. Brzuch więcej wzdęty. Surowiczokrwawa wydzielina przez sączki. Linja szwów brzusznych rozciąga się. Nałożono plasterowy ściągający opatrunek. Ciepłota rano 36,6°, wieczorem 37,1°. Tętno 100.

Stolca ani wiatrów niema. Język biały, wilgotny. Kaszel ciągle pomimo środków narkotycznych.

Chory czuje się nieźle. Zapaści na twarzy niema.

18. IX. Linja szwów rozeszła się; trzyma się na paru skórnych mostkach. Ciepłota rano 37,2. Tętno 100; ranę wytamponowano; nałożono plasterowy ściskający opatrunek. Ciepłota o 6 wieczorem 36,7°. Chory o godzinie 7 wieczorem umarł.

Przy autopsyi znaleziono.

Zstępnicę i poprzecznicę przepełnione twardym suchym kałem. Połączenie kiszkiwodobrodnie przepuszcza dwa palce; zrost kiszkiwzdłuż linii szwów prawidłowy, zupełny, bezodczynowy.

W otrzewny wolnego płynu niema.

Surowicza kiszkiwblyszcząca wilgotna.

P r z y p a d e k XXIII ¹⁾ (MAJEWSKI 22. III. 1904)
Adam M., lat 32 z Sobieszyna. Przedtem zdrowy; początek nagły. Bóle w brzuchu; zatrzymanie stolca i wiatrów.

Do szpitala przybył w 4-ym dniu choroby. Brzuch silnie wzdęty szczególnie w części górnej, przepona uniesiona. Ton wypukowy — dźwięczny, szczególnie z lewej strony, w dole brzucha lekkie stłumienie. Pętle jelit — niewidoczne.

Twarz zmęczona bez objawów zapaści. Ciepłota niepodniesiona. Tętno około 80.

R o z p o z n a n i e. Skręt esicy.

Laparotomia.

W trakcie operacyi po przedłużeniu cięcia powłok ku dołowi z przykrytego serwetami kąta rany nakrwawiło trochę do otrzewny; w linii cięcia rozszerzona pętla esicy, skrecona u podstawy na 180°. Na jej krezce szereg białych blizn;

¹⁾ Podany w Protokółach Lub. Tow. Lekarskiego.

z nich niektóre przechodzą na surowicę kiszki, tworząc w przejściu nieprawidłowe uchyłki i otwory. Zstępnicą — umiarkowanie wzdęta; jelita puste.

Rura gumowa, założona przez odbyt, przenikła aż do esicy ponad skręt, poczem wyszły wiatry i część kału.

Po odkręceniu, wierzchołek pętli esicy przyszyto dwoma jedwabnymi szwami do otrzewny przedniościennej z lewej strony linii cięcia w górnej jego części.

23. IV. Ciepłota wieczorem 40,0°. Dreszcze. Język suchy. Tętno 120. Wymiotów nie było, brzuch nie wzdęty, bezbolesny.

24. IV. Ciepłota normalna. Stan ogólny dobry; obfity stolec.

28. IV. W linii cięcia pod skórą wylew krwawy.

Rozpuszczono parę dolnych skórnych szwów.

Dalszy przebieg bez powikłań.

Wyzdrowienie.

Przypadek 24¹⁾ (MAJEWSKI 10. IV, 1901 r.). Tomasz S., z Czulczyc, l. 35.

Przedtem zdrów; początek ostry; bóle w brzuchu i wymioty; wymioty w pierwszej dobie śluzowe, następnie przybrały wygląd i zapach kałowy.

Zatrzymanie stolca i wiatrów. Do szpitala przybył w 2^{1/2} doby od początku choroby.

Brzuch silnie wzdęty, głównie w części środkowej; pętle jelit widoczne; ruch robaczkowy wzmożony. Wypuk nad całym brzuchem dźwięczny.

Twarz blada, oczy głęboko wpadnięte, podsiniałe; tętno 100, drobne; ciepłota nie podniesiona. Oddech przyspieszony.

Rozpoznanie — niejasne; przeszkoda w jelitach.

Gdy Hegary i przemycie żołądka nie pomogły, laparotomia.

Jelita mocno wzdęte, wypadają z brzucha; kiszki grube względnie puste, spadnięte. Pomimo zbadania kątnicy i okrężnicy i systematycznego przeszukania jelit od kątnicy do dwunastnicy przeszkody nie znaleziono. Odprowadzenie jelit do brzucha dosyć trudne. Stolce w trzy godziny po operacji. Zagojenie rany bez powikłań. Wyzdrowienie.

Przypadek XXV (DOBROUCKI 29. VIII, 1900). Józef W. 50 lat, przybył 29 sierpnia 1900 r. Zachorował nagle przed dwoma dniami wśród zupełnego zdrowia. Od początku

¹⁾ Podany w Protokółach Lub. Tow. Lek.

choroby zatrzymanie stolca i wiatrów. Stan ogólny bardzo zły, objawy zapaści, tętno bardzo słabe 120, od czasu do czasu przerwy.

Wymioty kałowe. Brzuch mocno wzdęty, przeważnie ze strony lewej, ruchu robaczkowego nie widać.

Z powodu bardzo złego stanu chorego zrobiono enterostomię, wszywając pierwszą lepszą petlę jelita. Wyszło bardzo dużo płynnego kału. 30. VIII, stan gorszy, tętno bardzo słabe, wymioty ustały; kał odpływa przez zrobiony otwór w dużej ilości, z lewej strony wyraźne wzdęcie, ogólnie brzuch mniej wzdęty. 1. IX. Śmierć przy zwiększającej się zapaści.

Sekcja. W jamie otrzewnej duża ilość szarawego cuchnącego płynu, esica cała czarno-szara, mocno wzdęta, skręt naokoło krezki dwa razy, w krezce charakterystyczne bliższe (*mesenteritis Klebsa*).

P r z y p a d e k XXVI (DOBRUCKI). Jan Gąsior, lat 41, przybył do szpitala 17. III, 1903 r.. Chory od dziesięciu dni. Zachorował nagle. Wymioty częste, obecnie kałowe. Ciepłota normalna, tętno zaledwie wyczuwalne, zapaść daleko posunięta. Brzuch mocno wzdęty, głównie w części środkowej; ruchu robaczkowego nie widać.

Laparotomia *in extremis*.

Jelita mocno wzdęte, mocno przekrwione, miejscami bledsze od ucisku innych pętli.

Kątnica pusta; wyrostek robaczkowy nie przedstawia nic nieprawidłowego; кишки grube puste zupełnie. Przy bliższem rozpatrzeniu wydobytych na zewnątrz jelit, widzimy wyraźny skręt pętli jelit naokoło podłużnej osi własnej кишки, w odległości około 40 ctm. od Bauhina. Po odkręceniu pętli przeszło dużo gazów do oddziału jelit niżej leżącego, a następnie do kątnicy i kiszek grubych.

W nocy po operacyi obfity stolec.

18. Ciepłota 39,3°; tętno 120, chory nieprzytomny, brzuch niewzdęty, bezbolesny. Pomimo środków podniecających, chory przytomności nie odzyskał i przy stałe zwiększającej się zapaści w nocy umarł.

Sekcja wykazała: duże hypostazy w płucach, w jamie otrzewnej żadnych nowych zmian.

P r z y p a d e k XXVII (DOBRUCKI). Stanisław M., l. 62, zawsze był zdrow, zachorował przed dwoma dniami nagle. Przybył do szpitala 24 I, 1904 r. z uwięzioną przepukliną pachwinową; w kąpieli przepuklina sama weszła, stan chorego jednak się nie polepszył. Bóle w brzuchu ciągle bardzo gwałtowne; wymiotów nie było. Brzuch wzdęty, bardzo bolesny przy dotyku, pętli pojedynczych nie widać, wzdęcie większe

ze strony lewej. Przypuszczając *repositio en bloc* przepukliny, zaproponowano choremu operację, na którą on się nie zgodził i nazajutrz w nocy przy zwiększającej się zapaści umarł. Sekcja wykazała. Skręt esicy na 360°, charakterystyczne zmiany w krezce (*mesenteritis Klebsa*); żadnych śladów zapalenia otrzewnej.

P r z y p a d e k XXVIII (DOBRUCKI 14. V, 1904 r.)
Józef S., lat 36, oddawna cierpiał na zaparcie stolca; stolce raz na dwa lub trzy tygodnie.

Przed trzema dniami po zjedzeniu kapusty z grochem nagle zachorował. Wystąpiły gwałtowne bóle w brzuchu, przeważnie około pępka. Wymiotów nie miał od tego czasu ani stolca, ani wiatrów nie było. Przybył do szpitala w bardzo złym stanie na trzeci dzień choroby. Tętno nitkowate z przerwami. Ciepłota 36,0°; czoło pokryte zimnym potem, oczy wpadnięte, kończyny chłodne. Chory ciągle drzemie, świadomość niezupełna, reaguje tylko na mocne bodźce. Oddech głęboki; od czasu do czasu wzdycha. Brzuch mocno wzdęty, najwięcej w górnej części ze strony lewej, ruchu robaczkowego nie widać. Najwyższy ton wypukowy odpowiada największemu wzdęciu (u góry na lewo). Zgłębnik wprowadzony do odbytnicy wchodzi na 25 ctm.

R o z p o z n a n i e — skręt esicy. **L a p a r o t o m i a**.
W jamie otrzewnej dużo szarego płynu z mocnym zapachem; typowy skręt esicy. Cała esica czarno siniego koloru, pokryta otrzewną z połyskiem; w miejscu jednak skrętu tkanki szaro-czarnego koloru bez swoistego napięcia, z mocnym zapachem kałowym. Wobec fatalnego stanu chorego mowy nie mogło być o wycięciu całej esicy. Po odkręceniu skrętu (180°) całą esicę wydobyto z brzucha nazewnątrż; do otrzewny wprowadzono 3 worki Mikulicza i zamknięto 3 szwami. Stolec obfity na stole operacyjnym.

Przez następnych 5 dni chory zaczął się poprawiać znacznie; ciepłota normalna, tętno około 100 wcale nieżyt, stolec oddaje przez odbytnicę. Wydobyta nazewnątrż esica, odgrywa rolę łącznika pomiędzy powyżej i poniżej położonymi częściami kanału pokarmowego. Na 6-y dzień kał zaczął się pokazywać w ranie wskutek oddzielenia się zupełnie zgorzelinowej esicy. Na 8-y dzień cała esica została usunięta. Tampony Mikulicza ostatecznie zostały wyjęte 10-go dnia. Na 9-y dzień po operacji ciepłota podniosła się wieczorem do 39,0°, i stan ogólny chorego znacznie się pogorszył, jednocześnie wystąpiło obrzmienie w okolicy prawej ślinianki okołosusznej (*parotitis*). Następnego dnia obrzmienie znacznie większe; zrobiono przecięcie, wyszło dużo gęstej ropy, poczem stan chorego znacznie się poprawił, tętno 80 — 90, ciepłota 37,6°.

Dopiero 19-go dnia po operacji nagle nowy wyskok ciepłoty do 39,0°, dreszcze, tętno bardzo przyspieszone, chory zaczyna bredzić, obfite ropienie w ranie, wzdęcie brzucha, kaszel. Dnia następnego znaleziono stłumienie z prawej strony klatki piersiowej, tętno nitkowate, nie dające się liczyć, ciepłota 37,2, stan ogólny bardzo zły. 21-go dnia po operacji chory umarł przy zwiększającej się zapaści.

Sekcja wykazała zapalenie prawej opłucnej, z obfitym wysiękiem ropnym, oprócz tego ograniczone ropienie w prawym dole biodrowym, komunikujące z raną zewnętrzną i zupełnie oddzielone od zdrowej otrzewny mocnymi zrostami.

P r z y p a d e k XXIX (MAJEWSKI 10. IX, 1904 r.). Icek L., lat 62. Początek ostry; jednorazowe wymioty, bóle; zatrzymanie stolca i wiatrów. W 5-ym dniu choroby przybył do szpitala Żydowskiego w Lublinie. Chory wychudzony, twarz zapadnięta, oczy podkrażone; język wilgotny, obłożony; ciepłota nie podwyższona; tętno 120, drobne, słabe. Brzuch umiarkowanie bolesny, silnie wzdęty, głównie w częściach górnych; wypuk w dolnej połowie brzucha lekko stłumiony, w górnej — dźwięczny; przez powłoki widoczne, mało ruchome pętle jelit; prawostronna wolna przepuklina pachwinowa.

R o z p o z n a n i e — niejasne.

L a p a r o t o m j a. W linii cięcia jelita czerwono-siwe, równomiernie znacznie wzdęte; po wydobyciu ich nazewnątr — w prawej połowie jamy brzusznej kiszki grube zupełnie puste, spadnięte, bardzo wąskie, pokurczone. Węzeł krezki jelit (*radix mesenterii*) długi, pokryty białymi bliznowatymi smugami; blizny te miejscami wystają nad poziomem; są twarde, szorstkie. Krezka ciemno-siwa, naczynia jej rozszerzone, wydętne. Przeszkody na całej długości jelit od dwunastnicy do kątnicy nie znaleziono. Worek przepuklinowy — wolny; kiszki nie pozostawały z nim w żadnym związku.

Chory przy przeciągającej się niedrożności, przy upadku tętna w dwie doby po operacji umarł.

Autopsyi z powodu przeszkód rytualnych nie zrobiono.

P r z y p a d e k XXX (DOBRUCKI 2. IX, 1903). Teodor P., żołnierz, 24 lat, zawsze zdrow. Obecna choroba wystąpiła nagle: gwałtowne bóle brzucha, zatrzymanie stolca i wiatrów. Na czwarty dzień choroby zgłosił się do właściwego szpitala, gdzie rozpoznano *colitis acuta* i w ciągu 14 dni leczono go środkami czyszczącymi (*ol. ricini, cort. rhamni frangulae, podophyllum, natrum sulfuric etc.*) a także ławatywami z najrozmaitszych leków, stan jednak stale się pogarszał. Chorego po raz pierwszy D. widział z kol. OESEREM 2. IX; stan ogólny

bardzo ciężki, chory blady, apatyczny, oczy wpadnięte, podsińnięte, wymioty ciągłe z kałowym zapachem. Tętno 120 słabe, o małym napięciu. Ciepłota 36,9°. Brzuch mocno wzdęty, najwięcej jednak w górnej części, umiarkowanie bolesny, ruch robaczkowy kiszek widoczny; ani wypuk ani wymacywanie nie daje żadnych danych co do lokalizacji sprawy.

R o z p o z n a n i e — niedrożność jelit, bez możliwości określenia formy. L a p a r o t o m j a. Zaraz po otwarciu otrzewny ustawiły się w ranie кишки grube mocno rozszerzone (16 ctm. w poprzecznicę). Rozdęte кишки leżą prawie poprzecznie w górnej części brzucha; przy bliższem badaniu widzimy, że jest to wstępnica zagięta pod kątem prostym na miejscu zagięcia wątrobowego (*flexura hepatica*), kończy się zaś kątnicą, leżącą w lewym podżebrzu. Wyrostek robaczkowy dość długi nic nienormalnego nie przedstawia; jelita mało wzdęte, prawie puste, wypełniają dół biodrowy.

Po odkręceniu zagięcia zawartość w tej chwili się zmniejszyła, chory oddał obficie płynny stolec na stole operacyjnym.

Przy bliższem badaniu widzimy ogromnie długą krezkę wstępnicy i kątnicy (40 ctm.); poprzecznicę zaś na bardzo krótkiej, zaledwie parę ctm. wynoszącej krezce leży poprzecznie na kręgosłupie przed samemi naczyniami.

Dla zapobieżenia nawrotowi sprawy umocowano kątnicę trzema szwami do otrzewnej w prawym dole biodrowym. Po operacji duża zapasć; pomimo środków podniecających chory zmarł w 14 godzin po operacji. Sekcja nic nowego nie wykazała, oprócz krezki wspólnej dla jelit kątnicy i wstępnicy.

E p i k r y z a. Do najciekawszych w tej grupie przypadków zaliczyć trzeba skręt wstępnicy (N. 30). Skręt wstępnicy wogóle należy do zjawisk bardzo rzadkich, trudnych do rozpoznania. dotąd dających zaledwie 22% wyzdrowienia po operacji (wszystkich przypadków w literaturze mamy koło 50 ¹⁾).

W naszym przypadku widzimy zgięcie wstępnicy bardzo ruchomej (wskutek nieprawidłowo długiej krezki) pod prostym kątem do jej własnej osi.

¹⁾ WENDEL. Ueber Volvulus des Coecum und Colon ascendens. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Z. II, T. I.

Rozpoznanie skrętu esicy, w porównaniu do innych form *ileus*, przedstawiało stosunkowo najmniej trudności.

We wszystkich naszych przypadkach prawie schematycznie powtarzał się ten sam obraz kliniczny. Duże wzdęcie, głównie w górnej części brzucha, z przewagą objawów z lewej strony; początek bardzo ostry z silnymi bólami, nieraz wymiotami; później, gdy wstrząs mijał, brak wybitnych objawów zapalenia, brak wymiotów, stan ogólny niezły, aż do okresu gdy przychodziły objawy zakażenia.

Przebieg ten w części tłumaczy wysoką śmiertelność operacyjną przy skrętach esicy.

Względna poprawa po pierwszych objawach wstrząsu skłania chorego, a czasem i lekarza do wyczekiwania, tak że do rąk chirurga w większości przypadków chory dostaje się dopiero wtedy, gdy zakażenie daje nowe ciężkie objawy.

W przypadkach gangreny skręconej pętli, jakich mamy większość (Nr. 14, 15, 16, 18, 19, 23, 25, 26), zostawialiśmy zwykle chorą kışkę nazewnątrż; nie dało to nam jednak ani razu dobrego wyniku.

Zniechęceni tem, w przypadku Nr. 21, który zdawał się bezwarunkowo straconym, sprbowaliśmy włożyć ją w serwecie jodoformowej do otrzewny; przypadek zakończył się pomyślnie, gdyż nie tylko sprawa gnilna nie rozszerzyła się na całą jamę otrzewny, ale i odbył nieprawidłowy bez żadnych wtórnych zabiegów samorzutnie się zamknął.

Jeśli kışka była w dobrym stanie, dla zapobieżenia nawrotom sprawy wykonaliśmy (w przypadku Nr. 18) przyszyć pętli aboralnem ramieniem w dolnej jego części do otrzewny przedniościennej; pomimo to jednak nastąpił w siedem miesięcy powtórny skręt, niepomyślnie z powodu gangreny kışki zakończony.

Wobec tego w przypadkach Nr. 22 zrobiliśmy u podstawy skręconej pętli kolosigmoidostomię. Przypadek zakończył się niepomyślnie; zły wynik wydaje nam się zależeć od nadmiernej koprostazy w zstępnicy poprzecznicy i porażennego ich stanu.

W następnym przypadku (Nr. 23) wobec osłabienia chorego, wróciliśmy znów do poprzedniej metody; przyszyliśmy teraz wierzchołek pętli i umocowaliśmy go do otrzewny przedniościennej dalej, niż poprzednio na lewo.

We wszystkich przypadkach skrętu esicy, na jej krezce widoczne były śnieżno białe bliznowate smugi (*mesenteritis Klebs'a*). W przypadku Nr. 23 smugi te przechodziły na surowiczą kiszki i w przejściu tworzyły uchylki i otwory nieprawidłowe.

W przypadku Nr. 24 pomimo drobiazgowych poszukiwań nie znaleźliśmy nic, co by wyjaśnić mogło genezę *ileus*; wobec jednakże braku zmian w otrzewny, względnie pustych grubych kiszek i wobec obrazu klinicznego, zdającego się wskazywać na przeszkodę w jelitach — przypuszczać można skręt lub zgięcie kątowe jelit, odkręcone nieświadomie podczas zabiegu.

Przypadek Nr. 27 jest dla nas niejasny; z nielicznych zdobytych przy laparotomii danych, genezy *ileus* zrozumieć nie możemy.

II. T O R S I O.

634

Nr	Operator	Data	Płeć i wiek	W którym d. choroby.	Operacja	W y n i k	Przyczyna ileus
16.	MAJEWSKI	11. VIII 1900	A. O , m. l. 43.	3 dn	Laparotomja. Esica zostawiona na- zewnątrz.	Śmierć.	Volvulus flex. sigmoi- deae. Gangrena esicy.
17.	„	13. III. 1901.	T. W., m. l. 38.	4 dn.	Laparotomja. Przekłucie jelita, esica nazewnątrz.	Śmierć.	Volv. flex. sigmoideae. Gangrena esicy.
18.	DOBRUCKI	18. XI. 1902.	M. P., m. l. 70.	2 dn	Laparotomja.	Wyzdrowienie.	Volvulus flex. sigmoi- deae.
19.	MAJEWSKI	2. III. 1902.	J. B., m. l. 57	1 1/2 d	Laparotomja.	Śmierć.	Volvulus flex. sigmoi- deae. Gangrena esicy.
20.	„	15. V. 1903.	M. L., m. l. 71. (powtórnie).	4 d.	Laparotomja.	Śmierć.	Volvul. flex. sigmoide- ae. Gangrena esicy.
21.	„	30. VI. 1903.	A. L., k. l. 40.	1 1/2	Laparotomja. Esica wpuszczona w worku Mi- kalicza do otrze- winy.	Wyzdrowienie.	Volvul. flex. sigmoi- deae. Gangrena esicy.

8. DOBRUCKI i A. MAJEWSKI.

22.	MAJEWSKI	12. IX. 1903	J. K., m. l. 61.
23.	„	22. VI. 1904	A. M., m. l. 32.
24.	„	10. VI. 1901.	T. S., m. l. 35.
25.	DOBRUCKI	29. VIII 1900	J. W., m. l. 50.
26.	„	17. III. 1903.	J. S., m. l. 41.
27.	„	24. I. 1904.	S. M., m. l. 62.
28.	„	14. V. 1904.	J. S., m. l. 36.
29.	MAJEWSKI	10. IX. 1904.	J. L., m. l. 62.
30.	DOBRUCKI	2. IX. 1903.	T. P., m. l. 24.

14 męż. i kob.

1 dn.	Laparotomja. Colosigmoido- stomia.	Śmierć.	Volvulus flexur. sig- moideae.
4 dn.	Laparotomja. Przyszyć pętki do otrzewny ściennej.	Wyzdrowienie.	Volvulus flexur. sig- moideae.
2 1/2 d	Laparotomja.	Wyzdrowienie.	Przyczyna niewyjaśnio- na.
2 dn.	Enterostomja.	Śmierć.	Volvulus flex. sigmoi- deae. Gangrena esicy
10 d.	Laparotomja.	Śmierć.	Volvulus ilei.
3 dn.	Nie operowany.	Śmierć.	Volvulus flex. sigmoi- deae (gangrena esicy)
3 dn.	Laparotomja.	Śmierć.	Volv. flex. sigmoideae Gangrena esicy. Paro- titis sup. Pleuritis supp.
5 dn.	Laparotomja.	Śmierć.	?
14 dn.	Laparotomja.	Śmierć.	Volvulus coli ascen- dentis.

14 laparatom. { 10 śm.
4 wyzd.

Wyzdrowień 29⁰/₁₀₀.

III Wgłobienie (Invaginatio).

Pr z y p a d e k XXI (DOBRUCKI 23. V, 1899 r.). Franciszka G., 36 lat, przybyła do szpitala Św. Wincentego na oddział wewnętrzny 23. IV, 1892 r. Od 10-u dni cierpi na mocne bóle w brzuchu, choroba powstała nagle. Przez pierwsze dwa dni chodziła, później zmuszona był ależeć. Wymioty częste od początku choroby.

Po olejku — kilkakrotne wypróżnienie, lecz bóle nie ustawały. Krwi w stolcu ani dęcia nie było. Stan bezgorączkowy; tętno 86; w lewym podżebrzu wyczuwa się guz twardy, kielbasowaty, elastyczny, bolesny, nieco ruchomy. Stosowano środki czyszczące i makowiec. Na szósty dzień pobytu w szpitalu rozpoznano wgłobienie i skierowano chorą na oddział chirurgiczny, na co się chora nie zgodziła i 1. V, wypisała się.

23. V. Przybyła powtórnie, skarżąc się na ciągłe dęcie, częste śluzowokrwawe stolce, mocne bóle w brzuchu i ogólne osłabienie. Chora dobrej budowy, blada; stan bezgorączkowy, tętno 120 małe, objawy zapaści. Brzuch równomiernie wzdęty, pojedyncze pętle kiszek występują wyraźnie. W brzuchu wyczuć się dają dwa oddzielne guzy. Jeden rozpoczyna się od lewego podżebrza i ginie w miednicy ze strony lewej, ma formę kielbasy, wypukłością zwrócony na lewo; drugi idzie poprzecznie nad pępkiem, z okolicy prawego podżebrza zgina się ku dołowi i dochodzi do okolicy kątnicy; formę ma również kielbasowatą. Badanie przez odbytnicę dają charakterystyczny obraz wgłobienia, dochodzącego do *ampula rect.*

R o z p o z n a n i e — wgłobienie. Operacja potwierdziła rozpoznanie.

Odpochwienie udało się tylko częściowo do poprzecznicy. Wobec fatalnego stanu chorej zrobiono ileostomię, włożono rurę gumową, przez którą odeszła ogromna ilość gazów i płynnego kału. Przy zwiększającym się upadku sił chora piątego dnia zmarła.

Sekcja wykazała zgorzel wgłobionego jelita na całej przestrzeni; *invaginatio ileo-coecalis*.

Przypadek XXXII¹⁾ (MAJEWSKI 16. VII, 1902 r.). Mikołaj S., lat 28, z Piotrowic pod Nałęczowem, 18. VI, 1902 r. nagle bez widocznej przyczyny dostał gwałtownych bólów brzucha, połączonych z wymiotami i krwawą biegunką; wymioty i biegunka wkrótce ustąpiły; pozostały jednak ciągle kruczenia i przelewania się w brzuchu przy względnem zamknięciu światła kiszek: stolce bywały rzadko i w małych ilościach.

25. VI, w 8-ym dniu choroby przybył do szpitala Św. Wincentego. Wzrostu średniego, budowy dość silnej. Brzuch jednostajnie wzdęty; w prawem podżebrzu w linii sutkowej guz wielkości gęsiego jaja, okrągławy, twardy, za dotknięciem nieco bolesny, odgłos nad guzem bębnowy; guz ten przy poruszaniu łatwo przesunął się zarówno na prawo, jak i ku dołowi; poza pępek jednakże nie schodził, gdyż napinający się wtedy w głębi otrzewny sznur ściągał go znowu w prawe podżebrze.

Rozpoznanie: wgłobienie jelita ślepego (*invaginatio ileo-coecalis*). Na zabieg chory się nie zgodził, i gdy po zastosowaniu opiatów i ławatyw przyszły stolce normalne i bóle uspokoiły się — wypisał się po tygodniowym pobycie w szpitalu. Po przejściu na zwykłą chłopską strawę, powtórne gwałtowne bóle brzucha i krew w stolcu. 14. VII, chory znów zapisał się do szpitala; guz powiększył się znacznie i przybrał kształt podłużny, kielbasowaty; guz ten był ruchomy, zbitości dość miękkiej, elastyczny, bez objawów chelbotania, nieco bolesny; przy obmacywaniu guza występowały wzmożone ruchy robaczkowe, przyczem pętle jelita, mocno napięte, rysowały się wyraźnie poprzez powłoki brzuszne; równocześnie słychać było charakterystyczne kruczenie i przelewanie się w brzuchu. 16. VIII w miesiąc od początku choroby laparotomia. Znaczna część jelita biodrowego wraz z jelitem ślepem, długości razem około metra, była wgłobiona w jelito grube; (*invaginatio ileo-coecalis*). Zrosty kiszek były słabe i świeże, tak, że już to przez pociąganie, już to przez ucisk udało się jelito napowrót wyciągnąć i prawidłowo ułożyć; surowica kiszek w wielu miejscach popękała; na miejsca te i na miejscę odpowiadające początkowi wgłobienia, nałożone zostały szwy LEMBERT'a. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Pierwszy stolec 5-go dnia. Wyzdrowienie.

Przypadek XXXIII²⁾ (DOBRUCKI). G. Aj., 6 lat liczący, z Biłgoraja, pochodzi z rodziny zdrowej, sam nigdy nie chorował. Przed 6 tygodniami, w kilka godzin po zjedzeniu

¹⁾ Podany w protokółach Lub. Tow. Lek.

²⁾ Podany w protokółach Lub. Tow. Lek.

placka na śniadanie, poczuł mocny ból w brzuchu. Ból ten w ciągu dnia powtórzył się kilka razy; w nocy gwałtowne bóle w brzuchu i wymioty. Nad ranem przyszło mocne przeczyszczenie. Chory dostał olejek rycynowy, poczem wymioty nie uspokoiły się, przeczyszczenie zaś zwiększyło się.

Od tego czasu stan chorego zaczął się pogarszać, bóle zjawiały się coraz częściej, rozwolnienie, wymioty ciągle. Te ostatnie w połowie pierwszego tygodnia choroby przybrały charakter żółciowy, co trwało do końca drugiego tygodnia, poczem żółć przestała się pokazywać, lecz wymioty trwały całe następne dwa tygodnie; ustały one dopiero w piątym tygodniu choroby i już więcej się nie powtarzały.

Rozwolnienie trwało od samego początku choroby, aż do operacji. Przez pierwsze cztery tygodnie wydzieliny były wodnisto śluzowe, bez żadnego zapachu. W początku piątego tygodnia pokazały się żyłki krwi, ilość jej zaczęła się stale zwiększać, tak że w szóstym tygodniu stolce zawierały czystą krew.

Dnia 2 listopada 1902 r. dziecko zostało przywiezione do Lublina do szpitala Św. Wincentego. Dziecko dość dobrej budowy, blade z oczami wpadniętymi, z wyrazem ciężkiej choroby na twarzy. Język suchy, tętno 100 dość miękkie, ciepłota normalna. Uskarża się na mocny ból w brzuchu, zjawiający się napadami. Ból jest właściwie ciągle, lecz podczas napadów natężenie bólów zwiększa się o tyle, że dziecko krzyczy na cały głos. Brzuch niewzdęty, umiarkowanie bolesny przy dotykaniu. Największy ból przy dotykaniu w lewym podbrzuszu, gdzie też wyczuwa się guz podłużny w kształcie kielbasy, grubości 8 — 10 ctm., idący z góry ku dołowi, wklęsły ku linii środkowej ciała, wypukły nazewnątrz. Początek guza ginie w lewym podżebrzu, koniec zaś w miednicy. Badanie przez kışkę stolcową daje wynik ujemny.

R o z p o z n a n i e: wgłobienie jelit. Laparotomia.

Po otwarciu jamy otrzewny udało się łatwo wyciągnąć nazewnątrz guz cały, składający się z masy wgłobionych jelit. Wpochwiającymi (*intussusciptens*) były: zstępnicą (*colon descendens*) i zgięcie esowate (*flexura sigmoidea*). W dolnej części udało się łatwo wyczuć wierzchołek jelita wgłobionego, wtedy stopniowo uciskając w kierunku odwrotnym do mechanizmu wgłobienia, posuwano się coraz dalej, odpochwiając całą poprzecznicę i wstępnicę; dalej pokazało się nam jelito cienkie i na samym końcu kışka ślepa z wyrostkiem robaczkowym. Cała ta masa kışzek była w dobrym stanie, w jednym tylko miejscu trzeba było nałożyć kilka szwów na pękniętą otrzewną na poprzecznicy, na przestrzeni 4 ctm. Kışka ślepa, wyrostek robaczkowy i dolny koniec wstępnicy przedstawiały się mocno obrzękłymi, lecz nie było ani wybroczyn krwawych, ani też zrostów otrzewnowych. Jelito cienkie by-

ło wgłobione na przestrzeni około 30 ctm. (*invaginatio ileo-coecalis*).

Tym sposobem odpochwivszy wszystko, nałożono cztery szwy LEMBERT'a, łącząc *ileum* z dolną częścią wstępnicy na przestrzeni 6 ctm., a to w celu zapobieżenia możliwym nawrotom.

Przebieg pooperacyjny bez odczynu. Wymioty po operacji już się nie pokazały więcej, nazajutrz nastąpiło rzadkie, kałowe wypróżnienie, bóle znacznie mniejsze. Trzeciego dnia po operacji bóle zupełnie ustały, ciepłota normalna, język wilgotny, tętno 96 pełne, dziecko wesołe, doskonale się czuje; w cztery tygodnie chory wypisał się ze szpitala zupełnie zdrów.

P r z y p a d e k XXXIV (DOBROUCKI 28. VI, 1904 r.). Antonina P., lat 23, mężatka, ma dwoje dzieci. Zawsze była zdrowa, przed dwoma tygodniami nagle poczuła mocny ból w brzuchu, przeważnie ze strony prawej. W parę godzin potem przyszły wymioty. Od tego czasu chora miewa bóle bardzo mocne napadami; od czasu do czasu wymioty. Stolce miewa nieprawidłowe, raz na parę dni. Krwi w stolcu ani dęcia nigdy nie było.

Chora dobrej budowy. Stan ogólny dobry; tętno 76; ciepłota normalna. Brzuch mało wzdęty; ruch robaczkowy jelit od czasu do czasu widoczny. W górnej części wyczuwa się guz kielbasowaty, około 15 ctm. w średnicy, leżący poprzecznie, ruchomy ku górze i ku dołowi, bolesny przy dotyku; odgłos wypukowy na guzie stłumiony.

R o z p o z n a n i e—wgłobienie. Laparotomia. Typowe wgłobienie (*ileo-coecalis*); łatwe odpochwienie; na ostatku wyszła kątnica z mocno zgrubiałym wyrostkiem robaczkowym, odcięcie wyrostka, umocowanie dolnego końca jelita biodrowego do początku wstępnicy.

Przebieg bezodczynowy. Stolec obfity na trzeci dzień. Wyzdrowienie.

P r z y p a d e k XXXV¹⁾ (MAJEWSKI 15. V, 1903 r.). Marcin L., lat 31, z Zakrzówka. Zachorował przed czterema tygodniami nagle; dostał bólów w prawym podżebrzu i krwawych stolców; bóle, przelewania się, kruczenia o mniejszym lub większym napięciu—trwały cały czas; krwawe stolce w ciągu pierwszego tygodnia kilkakrotnie się powtórzyły, później ustały, ustąpiwszy miejsca względnemu zaparciu stolca. Chory

¹⁾ Podany w protokółach Lub. Tow. Lek.

dobrze zbudowany, wychudzony, bez objawów jednakże zapadłości. Ciepłota nie podniesiona. Tętno—prawidłowe. Brzuch umiarkowanie wzdęty. W prawem podżebrzu ponad Poupartem wyczuwa się w głębi guz mało ruchomy, twardy, wielkości pomarańczy, mało bolesny. Wypuk ponad nim powierzchniowy — daje ton dźwięczny, głęboki — ton lekko przytłumiony.

W prawem podżebrzu przy linii środkowej ponad pępkiem wyczuwa się drugi guz podłużny, kielbasowaty, długości około 10 ctm., miękki, elastyczny; wypuk ponad nim dźwięczny; guz ten jest ruchomy, z łatwością daje się przesuwac, szczególnie na prawo. Związku między guzami wyczuć nie można.

R o z p o z n a n i e. Wgłobienie w poprzecznicę; co do guza w okolicy kątnicy, niejasne.

Laparotomia. Guz ruchomy okazał się wgłobieniem w okrężnicę poprzeczną; przy nacisku nań od strony lewej ku prawej guz ten, zmniejszając się stopniowo, posuwał się przez okrężnicę wstępującą ku kątnicy. Tu jednakże natrafiał na niedającą się przewyciężyć przeszkodę w postaci drugiego dużego guza.

Cięcie w linii środkowej rozszerzono ku dołowi i na wysokości pępka dodano do niego drugie cięcie długości 12 ctm. poprzeczne na prawo.

Guz nieruchomy okazał się kłębem zrosniętych z sobą jelit. Zrosty były płaszczynowe, trwałe, oddzielenie ich skutecznie się dało jedynie przy użyciu znacznej siły; oddzielone jelita wyszły z tego zabiegu uszkodzone z poobdzieraną miejscami surowiczą; po obszyciu ran jelit i ich odsunięciu doszliśmy do kątnicy; przy poszukiwaniu wyrostka robaczkowego natrafiono przy zewnętrznym brzegu kątnicy na ognisko ropne. Po usunięciu wacikami niewielkiej ilości ropy, założono przez dolny kąt środkowego cięcia worek Mikulicza. Pozostałe cięcia zaszyto.

Przebieg pooperacyjny bez ważniejszych powikłań. Ciepłota ani razu nie podniosła się ponad normę. Worek usunięto w ciągu tygodnia; poczem jeszcze w ciągu dziesięciu dni zakładano sącdek jodoformowy.

W pierwszym miesiącu po zabiegu w kilku szwach z crin de Florence odczyn miejscowy.

W dwa miesiące po zabiegu—chory utył; stan doskonały łaknienie bardzo dobre; stolce prawidłowe, codzienne; bliźny zagojone; trzymają ścianę dobrze.

W jamie brzusznej niema nigdzie miejsc bolesnych ani guzów.

Do obecnej pory (14 miesięcy) zdrów zupełnie.

P r z y p a d e k XXXVI (DOBRUCKI 23. VI, 1903 r.). Szloma K., z Bełżyc, 17 lat. Zawsze zdrowy, zachorował nagle, zaraz po niezręcznym skoku przez płot. Ból w brzuchu stały, przeważnie ze strony prawej, od czasu do czasu znacznie wzmagający się, przybierający charakter kolki kiszkowej. Wymiotów nie było. Po ławatywie w nocy z 21 na 22 obfity stolec zabarwiony krwią.

22-go kilka wypróżnień krwawych, dęcie.

23-go rano przybył do szpitala. Chory dobrej budowy i odżywiania, ciepłota nie podniesiona. Tętno 80. Brzuch mało wzdęty, ruch robaczkowy jelit wzmożony, w okolicy poprzeczniczy wyczuwa się guz kielbasowaty, około 15 ctm. długości, bolesny przy dotyku, wypuk nad nim stłumiony, ruchu robaczkowego nie widać.

R o z p o z n a n i e — wgłobienie.

Laparotomia, *invaginatio ileo-coecalis*, łatwe odpochwienię; nałożono cztery szwy zapobiegające powtórnemu wpochwieniu.

Nazajutrz rano ciepłota 39,5, wieczorem 36,8, tętno dobre, stan ogólny doskonały, obfity stolec.

25-go rano ciepłota 38, tętno 100, wieczorem 39,4, tętno 100, język wilgotny.

26-go stan bezgorączkowy. Dalszy przebieg bez powikłań, zagojenie przez rychłozrost, wyzdrowienie.

P r z y p a d e k XXXVII (DOBRUCKI 7. VII, 1903 r.). Josek K., 11 lat, z Wieniawy pod Lublinem, przybył do szpitala Św. Wincentego 7 lipca 1903 r. Zawsze zdrowy, początek nagły.

Zachorował przed dwoma miesiącami w czasie zabawy na podwórzu. Wymioty wystąpiły odrazu, z początku pokarmem, później śluzowe. Pierwsze trzy dni choroby zaparcie stolca; po ławatywie obfity stolec.

8-go dnia choroby oddano go do Żydowskiego szpitala w Lublinie, gdzie się czuł lepiej i po zastosowaniu środków wewnętrznych ze względną poprawą wypisał się piątego lipca.

Bóle jednak w brzuchu stale się powtarzały. Przed samem przybyciem do szpitala Św. Wincentego (7 lipca), oddał obfity stolec śluzowy, lekko krwią zabarwiony, na dęcie nie narzekał. Brzuch mało wzdęty, lekko bolesny przy dotyku. W górnej części nad pępkiem w okolicy poprzeczniczy kielbasowaty guz, bolesny przy dotyku, elastyczny, wypuk nad nim stłumiony.

R o z p o z n a n i e — wgłobienie.

Prześl. Chirurg.

Laparotomia stwierdza *invaginatio ileo-coecalis*, sięgające do esicy. Łatwe odpochwienie, bardzo obrzękła kątnica (*coecum*), szwy zapobiegające nawrotowi. Podczas operacji ciężka zapasć chloroformowa. Wieczorem obfity stolec. Zagojenie bez powikłań; po czterech tygodniach wypisał się zupełnie zdrow.

Przypadek XXXVIII *) (MAJEWSKI 3. VII, 1903 r.).
Wincenty W., lat 41, rolnik z pod Piask Luterskich.

Zachorował nagle w nocy; dwukrotna biegunka, bóle w dole brzucha, wymioty; rano w podbrzuszu w linii środkowej ponad pęcherzem stwardnienie i silna bolesność; parcie, zatrzymanie stolca i wiatrów.

Drugiego dnia choroby wymioty, czkawka; po Hegarach czysta woda, a w parę godzin kawałeczki kału w płynie, mocno zabarwionym krwią. Bóle mniejsze.

Trzeciego dnia wymioty, czkawka, odbijanie cuchnące. Tętno 160. Po Hegarach — płynna wydzielina koloru czarnej kawy z krwawym odcieniem.

Opierając się na tych danych, kol. JAROSZYŃSKI z Piask rozpoznał u chorego wgłobienie kiszki i wraz ze szczegółowym opisem przebiegu odesłał go do szpitala.

Osobnik — dobrze zbudowany. Twarz — blada, oczy podkrążone. Brzuch umiarkowanie wzdęty, głównie w części środkowej; wypuk w okolicy pęcherza — stłumiony, pozbawiony dźwięczności. Ruch robaczkowy jelit — widoczny. Tętno 120.

Zaraz po przybyciu — w cztery doby od początku choroby — laparotomia.

W podbrzuszu nieco na lewo od linii środkowej podługowaty ruchomy guz długości około 15 cm. — wgłobienie jelita (*invaginatio iliaca*). Przy odgłabianiu okazał się w części wgłobionej otwór w zmartwiałej ścianie kiszki; wobec tego całe wgłobienie wycięto w zdrowym jelicie w odległości 10—15 cm. od wgłobienia w obie strony, poczem koniec jelita zeszyto (*enterorrhaphia circularis*). W dolny kąt rany worek Mikulicza; po czterech dniach go usunięto. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, prawidłowy. Stolec czwartego dnia. Wyzdrowienie.

Przypadek XXXIX (MAJEWSKI 1. I, 1898 r.). Jan S., lat 23, z pod Zamościa Zachorował nagle; dostał bólów w dolnej części brzucha i wymiotów. Przez pierwsze cztery dni

*) Podany w protokółach Lub. Tow. Lek.

zatrzymanie stolca; 5-go dnia dęcie i stolce krwawe, które powtórzyły się w ciągu dwóch dni kilkakrotnie. Wymioty ciągłe, częste, zielono zabarwione; od czasu do czasu czkawka. Odżywiać się może jedynie płynami.

Do szpitala przybył w trzy tygodnie od początku choroby (8. I, 1898) na oddział kol. DZIEWISZKA.

Osobnik średniej budowy, mocho wycieńczony. Twarz blada, oczy wpadnięte; błony śluzowe bezkrwiste. Język biały, wilgotny. Ciepłota 38,4°. T. 108. Brzuch—mało wzdęty, bolesny; najsilniejsza bolesność w lewym podżebrzu; wyczuwa się tu w głębi brzucha podłużny ruchomy guz. Wypuk ponad guzem i w dolnych częściach brzucha — stłumiony. Ruchu robaczkowego kiszek niema. W brzuchu kruczenia i przelewania. W odbytnicy guza niema. Stolec płynny, nie obfity.

9. I. C. 38,2°. T. 108. Kilkakrotne wymioty śluzowe zielono zabarwione. Czkawka.

10. I. C. 37,6°. T. 100. Wymioty. Czkawka. Stolec płynny, śluzowo ropny, ze strzępami tkanek, brudno zabarwiony, mocno cuchnący.

11. I. C. 37,5°. T. 124. Dęcie. Stolec nieobfity, śluzowo ropny z dodatkiem krwi. Wymioty.

12. I. C. 36,5°. T. 104. Stolec — w ciągu paru godzin pięciokrotny; wyszło około pół nocnika płynnego kału, zawierającego strzępki tkanek, śluz, ropę i ślady krwi.

13. I, ciepłota normalna. Tętno 100. Stolec płynny, żółtawy, dwa razy. Wymioty jeden raz. Czkawka mniejsza.

14. I. Stolec i wymioty po raz. Samopoczucie lepsze.

15. I. Tętno 96. Wymiotów nie było. Stolec jeden. Stan ogólny znacznie lepszy. Wypuk na całym brzuchu dźwięczny. Guza w lewym podżebrzu niema.

16. I. T. 96. Stolec — trzy razy płynny.

17. I. T, 96. Stolec sześć razy płynny. Wymioty jeden raz ciemno zielone, śluzowe.

18. I. Stolec półtwardy jeden raz. Wymiotów nie było. Bólów w brzuchu niema; mocz może oddawać niezależnie od stolca.

19—25. Stolec od jednego do czterech razy dziennie. Wymiotów nie było. Bóle brzucha rzadko. Ciepłota nie podniesiona.

26. I. —4. II, W okolicy pępka formuje się guz powierzchniowy, wypuklający skórę, wielkości jabłka. Stolce 1 — 2 razy dziennie półtwarde. Chory przeniesiony na oddział chirurgiczny.

5. II. Ropień przecięty przy znieczuleniu chlorkiem etylu. Ropa koloru jasno-zielonego o zapachu kałowym. Jama ropnia powierzchowna, z otrzewną nie komunikuje.

26. II. Rana zabiłżniła się. Chory ma doskonałe łaknienie. Stolce codzienne normalne. Znacznie przytył. Wyzdrowienie.

P r z y p a d e k XL (MAJEWSKI II, 1899 r.). Franciszek N., lat 50. Chory od sześciu tygodni; początek choroby nagły: rżnięcie w brzuchu i wymioty. Stolce zabarwione krwią w ciągu kilku pierwszych dni choroby; następnie ciągle bóle w brzuchu i częste dęcie; od czasu do czasu wymioty. W chwili przybycia do szpitala brzuch silnie wzdęty; kruczenia i przelewania; w lewej połowie brzucha wyczuwa się podługowaty kielbasowaty ruchomy guz. Przez odbytnicę palcem do guza nie dochodzimy.

R o z p o z n a n o wgłobienie; na proponowaną operację chory się nie zgodził. Przy leżeniu, dyecie i narkotykach — względne polepszenie.

W tydzień po przybyciu do szpitala przy oddawaniu stolca nagle silne boleści; badanie wykazało znaczne wzdęcie brzucha z odsunięciem do góry przepony i zniknięciem stłumienia wątroby; ciągle śluzowe wymioty, objawy zapaści na twarzy; upadek tętna. Przy objawach tych, stopniowo wzrastających, chory dziewiątego dnia zmarł.

Na autopsyi znaleziono: wgłobienie całej okrężnicy, od kątnicy poczynając aż do zstępnicy — w esicę, całkowite obwodowe pęknięcie esicy we wrotach wgłobienia; zapalenie septyczne otrzewny.

P r z y p a d e k XLl *) (MAJEWSKI 17. V, 1904 roku). Józef K., lat 38, rolnik. W połowie marca nagle dostał gwałtownych bólów brzucha i wymiotów; krwawej biegunki nie miał; bóle brzucha trwały — o mniejszem lub większem napięciu ciągle; wymioty miewał czasami; po kilku tygodniach choroby poczuł w brzuchu guz.

W końcu kwietnia przybył do szpitala. Brzuch umiarkowanie wzdęty; w prawem śródbrzuszu guz podługowaty, okrągławy, kielbasowaty, silnie ruchomy, mało bolesny. Wypuk nad nim stłumiony. Chory skarży się od czasu do czasu na rżnięcie w brzuchu, połączone z burczeniem i przelewaniem się.

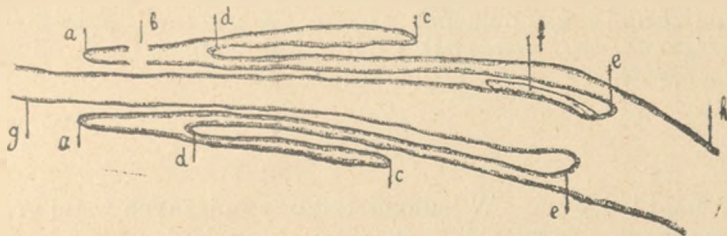
*) Podany w protokółach Lub. Tow. Lek.

Rozpoznano wgłobienie w okolicy kątnicy; na zaproponowaną operację chory się nie zgodził i po dwóch dniach pobytu w szpitalu wypisał się.

W trzy tygodnie potem przybył do szpitala znowu. Silne wychudzenie. Zapaść w twarzy i sinica warg, sine plamy na czole. Brzuch silnie wzdęty szczególnie w części górnej, przy dotyku mocno bolesny; wypuk dźwięczny; zatrzymanie względne stolca; od czasu do czasu śluzowe wymioty. Ciepłota do $38,2^{\circ}$. Tętno 120, drobne, słabe.

Laparotomia (17. V, 1904) w 9-ym tygodniu choroby.

Rozległe wgłobienie kiszki ślepej, w części środkowej wgłobienia otwór, z którego wydziela się kał i gazy; w otrzewny mętny płyn. Dodano dwa boczne podłużne cięcia i osączkowano otrzewną gazą jodoformową. Śmierć przy objawach zapaści w 20 godzin po operacji.



a—collum invaginationis progressivae, *b*—otwory perforacyjne; *c*—collum invaginationis retrogradae, *d*—caput invaginationis retrogradae, *e*—caput invag. progressivae, *f*—wyrostek robaczkowy, *g*—invaginatium, *h*—invaginans.

Na sekcji (kol. KOWALCZEWSKI) znaleziono: Listki otrzewny prawie na całej powierzchni matowe o zabarwieniu wogóle czerwonym, w okolicy zaś wstępnicy i poprzecznicy miejscami sinobrunatnem, gdzie niegdzie znowu bładem.

W jamie małej miednicy i w okolicy wstępnicy i zstępnicy niewielka ilość płynu surowiczego-ropnego.

Wpochwienie części jelita i części wstępnicy wraz z kątnicą do poprzecznicy. Ogólna długość wpochwienia 30 ctm. Szyja wpochwienia wraz z pierścieniem uciskającym, wytworzonym przez początek poprzecznicy, znajdowała się na dwa ctm. ku środkowi od zagięcia wątrobowego. Ponad pierścieniem uciskającym, nieco ku linii środkowej—dwa martwicze otwory w ściankach *invaginantis*.

W pobliżu zagięcia śledzionowego — drugie wgłobienie; mianowicie zstępnicy do poprzecznicy. Po przecięciu po-

dłużnemi zewnętrznnej ścianki poprzecznicy — w głębi drugi pierścień uciskający, wytworzony przez ścianki kiszki grubej. Pierścień ten przedstawia się w postaci grubego wałka o barwie brudno brunatno-sinej.

Przecięcie *invaginati* wykazuje załączona rycina. W dolnym końcu wgłobienia (*caput. inv.*) — kiszka ślepa wycięta. Na powierzchni górnej *invaginati* sino brunatny wyrostek robaczkowy, zrosnięty z przylegającymi do siebie powierzchniami surowiczymi; na dolnej powierzchni *invaginati* część wpochwiona krezki; zwrócone do siebie surowicze — barwy czerwono-sinej. już to sino-brunatnej, już brudno-brunatnej, bądź znowu bladej.

Postępując od zewnątrz do środka wgłobienia, na początku jego mamy trzy śluzówki i trzy surowicze; w miejscu zaś dolnego wgłobienia pięć śluzówek i pięć surowiczych.

Mamy więc do czynienia jednocześnie z wgłobieniem zstępującem i wstępującem (*invag. progressiva descendens* i *retrograda aut ascendens*), czyli z wgłobieniem podwójnem (*inv. duplex*).

E p i k r y z a. W jednym tylko z opisanych w tej grupie przypadków (Nr. 38) mieliśmy do czynienia z wgłobieniem jelitowem (*inv. iliaca*) — pozostałe zaliczyć należy do wgłobień kątnicy (*inv. ileo-coecalis*). Wyróżnia się z pomiędzy nich przypadek Nr. 41, gdzie mamy do czynienia z podwójnem wgłobieniem, częściowo postępującem (*progressiva*), częściowo zwrotnem (*retrograda*).

W przypadku Nr. 35, wgłobienie kątnicy powikłane było zapaleniem ropnem okołokątniczem, które prawdopodobnie powstało wtórnie w przebiegu wgłobienia.

R o z p o z n a n i e wgłobienia we wszystkich naszych przypadkach nie przedstawiało żadnych trudności.

Po otwarciu otrzewny w przypadkach niepowikłanych, próbowaliśmy zawsze odgłabiania, i rzeczywiście w pięciu przypadkach (z nich cztery z wgłobieniem przewlekłym, od czterech do dziewięciu tygodni trwającym) na 8 operowanych, — udało się je uskutecznić z dobrym wynikiem; w przypadku Nr 35 nie przeszkodziło odgłobieniu nawet ropne zapalenie okołokątnicze. Odgłabianiu przypisujemy dobre nasze wyniki operacyjne w tej grupie i wobec tego akcentujemy

konieczność próbowania go w przypadkach nawet przewlekłych, przed przystąpieniem do innych zabiegów.

Po odgłobieniu, dla zapobieżenia nawrotom umocowywaliśmy kilkoma szwami dolną część jelita biodrowego (*ileum*) do wstępnicy tuż ponad kątnicą.

Przypadek Nr. 39 ciekawy jest jako rzadki przypadek pomyślnego samoistnego wyleczenia się, mamy tu według wszelkiego prawdopodobieństwa, do czynienia z wgłobieniem, które po zgangrenowaniu wydzieliło się przez kışkę.

III. I N V A G I N A T I O.

Nr	Operator	Data	Płeć i wiek	W którym d. choroby.	Operacja	W y n i k	Przyczyna ileus
31.	DOBROUCKI	23. V. 1899.	F. G., k. l. 36.	5 1/2 t.	Laparotomja. Desinvaginatio partialis. Ileosto- mia.	Śmierć.	Invaginatio ileocoecalis gangraena.
32.	MAJEWSKI	14. VII. 1902.	M. S., m. l. 28.	4 tyg.	Laparotomja. Desinvaginatio.	Wyzdrowienie.	Invaginatio ileocoeca- lis.
33.	DOBROUCKI	3. XI. 1902.	L. A., m. l. 6.	6 tyg.	Laparotomja. Desinvaginatio.	Wyzdrowienie.	Invaginatio ileocoeca- lis.
34.	„	28. VI. 1904.	A. P., k. l. 23.	2 tyg.	Laparotomja Desinvaginatio.	Wyzdrowienie.	Invaginatio ileocoeca- lis.
35.	MAJEWSKI	15. V. 1903.	M. A., m. l. 31.	2 dni.	Laparotomja. Desinvaginatio; oddzielenie zro- stów, Worek Mi- kulicza.	Wyzdrowienie.	Invaginatio ileocoeca- lis. Perityphilitis.

36.	DOBRUCKI	23. III. 1903.	S. K., m.
37.	"	7. VII 1903.	J. K., m. l.
38.	MAJEWSKI	3. VII. 1903.	W. W., m.,
39.	"	5. II. 1898.	J. S., m. l.
40.	"	II, 1899.	F. N., m.
41.	"	18. V. 1904.	J. K., m.

9 męż. 2 kob.

1. 17.	2 dn.	Laparotomja. Desinvaginatio.	Wyzdrowienie.	Invaginatio ileocecalis.
11.	9 tyg.	Laparotomja. Desinvaginatio.	Wyzdrowienie.	Invaginatio ileocecalis.
1. 41.	4 dn.	Laparotomja. Wycięcie wgłobienia. Enteroraphia circularis.	Wyzdrowienie.	Invaginatio iliaca.
23.	7 tyg.	Nacięcie wrzodu około pępka.	Wyzdrowienie.	Invaginatio (?).
1. 50.	7 tyg.	Nieoperowany.	Śmierć.	Invaginatio ileocecalis. Ruptura capitis invag.
1. 38.	9 tyg.	Laparotomja. Tamponatio peritonei.	Śmierć.	Invaginatio ileocecalis.

9 laparotom. $\left\{ \begin{array}{l} 7 \text{ wyzdr.} \\ 2 \text{ śmier.} \end{array} \right.$
Wyzdrowień 78%.

IV. Zatkanie (Obturfatio).

IV. Zatkanie przez ciało obce.

Przypadek XLII (MAJEWSKI 14. V, 1897 r.). Józef R. lat 37. Początek choroby nagły. Bóle w górnej części brzucha; wymioty śluzowe, zatrzymanie stolca i wiatrów. Do szpitala przybył trzeciego dnia choroby.

Twarz zmęczona, bez objawów jednakże zapaści. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesność w dołku. Tętno 84 drobne. Oddech spokojny.

Po kilkakrotnych Hegarach, przy przemyciu żołądka, chory dostał gwałtownych wymiotów, wraz z którymi wyszedł z niego soliter (*taenia solium*) zwinięty mocno, obciśnięty w kłębek, wielkości dużej pomarańczy.

W pięć godzin później przyszedł normalny stolec. Wyzdrowienie.

IV b. Zatkanie przez kał.

Przypadek XLIII ¹⁾ (MAJEWSKI 18. VI, 1899 r.). Mendel S., lat 12, głuchoniemy. Wywiady odleglejsze niewiadome. Choroba zaczęła się przed dwoma dniami wzdęciem i bolescianiami. Brał w domu bezskutecznie środki czyszczące. Do szpitala Żydowskiego w Lublinie przybył w trzecim dniu choroby. Chłopiec budowy wątłej, odżywiania słabego. Rysy twarzy zaostrzone. Oczy podkrążone. Język — suchy, szary. Tętno 120 miękkie. Ciężota normalna. Oddech rzadki powierzchowny; wargi, kończyny sinawe, chłodne.

Wzdęcie brzucha bardzo znaczne; skóra śluzowa napięta. Przepona uniesiona; stłumienie wątroby zniesione. Z prawej

¹⁾ Drukowany w Gazecie Lekarskiej w r. 1900.

strony i pośrodku brzucha zarysowują się przez powłoki dwa bardzo grube odcinki кишки, podłużne, obok siebie leżące; ruchu robaczkowego jelit niema.

Odgłos wypukowy na całym brzuchu bębenny. W odbytnicy — suchawy półtwardy kał. W ciągu ostatnich paru dni kilkakrotnie oddawał stolce.

Ro z p o z n a n i e ścisłe — trudne; sprawa w grubych kiskach. Laparotomia.

W linii cięcia ogromnie rozszerzona, podłużnie leżąca kiszka, nie dająca się wydobyć nazewnątrz, wobec tego nakłuto ją i po wypuszczeniu części gazów zaszyto. Wstawiająca się kiszka miała szerokości do 10 ctm., była błękitnego koloru, o ścianach bardzo cienkich, przezroczystych tak, że przez nie jasno były widoczne drobne kawałki kału tu i owdzie w świetle кишки przyczepione do błony śluzowej. Po wypuszczeniu gazów przekłuty odcinek odsunął się na lewo. W głębi jamy otrzewnej widoczne były jelita zupełnie puste i spadnięte; leżały one przy kręgosłupie; nie zawierały kału, ani gazów. Odsunięta na lewo kiszka przechodziła ku dołowi w leżący z prawej strony rany równie podłużnie położony odcinek кишки. Po wydobyciu na zewnątrz całej pętli przekonał się, że jest ona w górze skreconą, i że oba jej ramiona uciskają się wzajemnie. Ramię odprowadzające leżało na wierzchu; ramię doprowadzające pod spodem, przyciśnięte do kręgosłupa.

Po odkręceniu skreću okazało się, że w skład skreću wchodzi cała poprzecznicą i część okrężnicy wstępującej. *Ligamentum hepato - colicum* i cała krezka poprzecznicą były skretem objęte.

Po odkręceniu skreću objętość okrężnicy szybko się zmniejszyła. Natomiast jelita wypełniły się gazami, uległy silnemu ruchowi robaczkowemu i, podniosłszy się do przedniej części jamy otrzewnej, poczęły się wstawiać w ranę. Ręka wprowadzona do jamy brzusznej określiła, że zgięcie esowate na całej swej długości jest również dosyć znacznie rozszerzone i równomiernie szczelnie wypełnione półtwardymi, przy ucisku ręką od strony otrzewnej plastycznie uginającymi się masami kału.

W celu usunięcia ich przemyto odbytnicę, wypłukać się jednak udało jedynie niewielką ilość twardych, suchych kawałków kału. Główna zaś jego masa pozostała niezmienną, nieruchomą. Wobec tego wprowadzono lewą rękę do otrzewny i po ujęciu całą dłońią zgięcia esowatego, przez stopniowy równomierny ucisk wyciskano kał ku odbytnicy, skąd go mechanicznie usuwał asystent dwoma palcami. W ten sposób udało się wydobyć olbrzymią stosunkowo ilość kału, poczem

odeszło choremu nieco wiatrów. Tętno po zabiegu wynosiło 128.

Dnia 19. VI, tętno 139. Ciepłota 39,0° C. Brzuch wzdęty. Stolce dwukrotne. Zastosowano wodę gorzką.

20. VI. T. 100. C. 38,2°. Wzdęcie brzucha mniejsze. Chory stale bierze wodę gorzką co dwie godziny łyżkę stołową.

21. VI. T. 108. C. 38,0°. Wzdęcie brzucha znacznie mniejsze. Stolce codzienne normalne.

22. VI. Ciepłota i tętno normalne. Dalszy przebieg bez powikłań. Wyzdrowienie.

E p i k r y z a. W przypadku Nr. 43 pierwotną przyczyną cierpienia prawdopodobnie była koprastaza; skręt poprzeczny powstał wtórnie

Przypadek Nr. 42 jest ciekawy zarówno z tego względu, że przyczyną zatkania był soliter, jak i z tego, że usuniętym on został po przemyciu żołądka przez usta.

IV. O B T U R A T I O .

Nr.	Operator	Data	Płeć i wiek	W którym d. choroby.	Operacya	W y n i k.	Przyczyna niedrożności
42.	MAJEWSKI	14. V. 1897.	J. R., m. l. 37.	3 dn.	Nie operowany.	Wyzdrowienie.	Soliter.
43.	"	18. VI 1899.	M. S., m. l. 12.	4 dn.	Laparotomja. Punctio jejuni.	Wyzdrowienie.	Coprostatis; volvulus coli transversi.

2 mężczyzn.

V. Zwężenie (Stenosis).

V a. Zwężenia wewnątrzkišzkowe.

P r z y p a d e k XLIV (DOBRUCKI). Mojżesz F., lat 60, przybył do szpitala Żydowskiego 3. III, 1895 r. Zawsze był zdrowy; od kilku miesięcy choruje na bóle w brzuchu i trudne oddawanie stolca.

Chory ciągle odczuwa przelewanie i ruch kiszek w brzuchu. Bóle bywają to słabsze, to znów mocniejsze.

Od 40-u dni, jak opowiada, zupełnie nie miał stolca. Chory dobrej budowy, słabo odżywiany; ciepłota prawidłowa, tętno 110, dość słabe, miękkie, język suchy, ciągle odbijanie, czasami wymioty. Brzuch bardzo wzdęty, głównie w środku, pojedyncze pętle występują bardzo wyraźnie, ruch robaczkowy widoczny.

R o z p o z n a n i e — przewlekłe zwężenie jelit, najprawdopodobniej rak.

Laparotomia. Olbrzymie wzdęcie i przepełnienie jelit, w jednym miejscu raptem przechodzące w zupełnie puste i spadnięte jelita. Na granicy pustych jelit przy obmacywaniu wyczuwa się twardy pierścień, zwężający światło jelit, na przecięciu dwóch ctm.

Wycięcie miejsca chorego; zeszytanie jelit (*enterorrhaphia circularis*). Po operacji dość silna zapasć, chory w 48 godzin po operacji zmarł, bez żadnych objawów zapalenia otrzewny. Sekcja ze względów rytualnych dokonana nie była.

Zwężenie było tak znaczne, że zaledwie mógł przejść ołówek, 1 ctm. w średnicy mający.

P r z y p a d e k XLV (DOBRUCKI). Moszek G., lat 21, przybył do szpitala Żydowskiego 22. III, 1899 r. W końcu grudnia roku zeszłego chory był operowany w szpitalu z powodu uwięźnięcia prawostronnej przepukliny pachwinowej.

Podczas operacji (dr. Zagórski) znaleziono niedorozwinięte jądro w kanale i pętlę jelita uwięźniętą, mocno zacisniętą;

podejrzenie bardzo przedstawiało się miejsce, odpowiadające uciskowi pierścienia.

Po rozcięciu pierścienia kışkę wpuszczono do jamy otrzewnej; po wycięciu nierozwiniętego jądra nałożono szew kanału pachwinowego.

Zagojenie z niewielkim odczynem w szwach. W trzy tygodnie po operacji, wśród zupełnego zdrowia wystąpiły nagle gwałtowne bóle w brzuchu, zaparcie stolca i wiatrów, wymioty, wzdęcie duże, ruch robaczkowy jelit. Po zażyciu makowca wszystkie objawy ustąpiły. Od tego czasu chory stale miewa bóle w brzuchu, przelewanie w kışkach. Po oddaniu płynnego stolca czuje się trochę lepiej.

Chory dobrej budowy, nieco wycieńczony, anemiczny, ciepłota normalna, tętno prawidłowe. Brzuch wzdęty, pojedyncze pętle uwidoczniają się, ruch robaczkowy wzmożony.

Rozpoznano zwężenie jelita w związku z poprzednią operacją przepukliny.

3. IV. Herniolarotomia. W ranę wsuwają się dwie zrosnięte z sobą pętlce jelita, przyrosnięte do otrzewnej ściennej w okolicy wewnętrznego pierścienia pachwinowego za pomocą sznura długości 10 ctm.

Po przecięciu sznura udało się oddzielić obie pętle jelit od siebie, na uszkodzoną otrzewną nałożono szew LEMBERT'a.

W tem miejscu, w którym się sznur przyczepiał do jelita, znajduje się znaczne zwężenie zupełnie okrężne; obmacywanie tego miejsca wykazuje znaczniejszą rezystencję, badanie przez ściankę kışki palcem wykrywa bardzo znaczne zwężenie światła jelita, tak że koniec palca zupełnie nie przechodzi. Wycięcie i zeszyicie okrężne jelita na przestrzeni czterech ctm. (zwężenie ma 1,5 ctm. w przecięciu).

Zagojenie bez odczynu, zupełne wyzdrowienie, w listopadzie tego roku został wzięty do wojska i po długich jedynie staraniach udało mu się uwolnić.

P r z y p a d e k XLVI (MAJEWSKI 2. IX, 1904 roku). Franciszek P., lat 46, mieszczanin z Kraśnika; od lat kilkunastu miał obustronne wolne przepukliny pachwinowe; z prawej strony, prócz przepukliny duży wodniak (hydrocele).

Przed dwoma tygodniami lewostronna przepuklina uwieźla; miejscowy aptekarz w ciągu pierwszej doby odprowadził ją; chory jednakże od czasu tego iniewał codziennie kilkakrotnie wymioty; od 4-ch dni — kałowe; stolce parokrotne w ciągu dwóch tygodni—trudne jednak i nieobfite; wiatry czasami—nieobfite.

Osobnik silnie wychudzony, z oczami głęboko wpadniętymi. Język wilgotny, obłożony. Ciepłota — niepodniesiona. Tętno 120, drobne, słabe. Brzuch lekko zapadnięty; od czasu do czasu wzdyma się wskutek wybitnie wyrażonej perystaltyki kışek. Ton wypukowy — dźwięczny. Lewy otwór pa-

chwinowy — wolny, bezbolesny. Prawostronny wodniak dużych rozmiarów, uciska na kanał pachwinowy; kanał pachwinowy i sam wodniak lekko bolesny.

R o z p o z n a n i e — zwężenie jelit.

Wobec względnej bolesności prawego kanału pachwinowego, — nacięcie nad nim; gdy jednakże okazał się on wolnym i badanie przezeń nie wyjaśniło przyczyny cierpienia, zatamonowano ranę i zrobiono laparotomię w linii środkowej. Część jelit z lewej strony linii cięcia umiarkowanie wzdęta; przy poruszaniu burczenie w nich i przelewanie się; pozostałe jelita i kiszki grube puste, spadnięte. Badanie stwierdza w prawym nadbrzuszu unieruchomioną pętlę; dla udostępnienia jej sobie, dodano nad pępkiem boczne poprzeczne cięcie długości 12 ctm.; po uniesieniu otrzymanego płata ku górze znaleziono pętlę jelita długości około 15 ctm., spadniętą, pustą, silnie w paru miejscach zwężoną; pętla ta była przyrośnięta do górnej części zstępnicy i do jej krezki szerokim twardym zrostem; w dalszym ciągu taż pętla przyrosła na przestrzeni około 6 ctm. do otrzewny ściennej, zrosty te z wierzchu pokryte były przyrośniętą do nich siecią; zrosty były trwałe, twarde; oddzielać się dały jedynie na ostro; przed oddzieleniem zamknięto uciskadłem kiszkiwem doprowadzający i odprowadzający odcinki kiszki; po oddzieleniu — zmienioną kışkę w zdrowych tkankach — około 30 ctm. wycięto. Ze względu na dużą różnicę wymiarów między doprowadzającym i odprowadzającym odcinkiem zrobiono połączenie boczne (*enterorrhaphia termino-lateralis*). Ranę częściowo zaszyto; w miejsce zrostów założono worek MIKULICZA. Przed operacją i w czasie jej trwania wpuszczono pod skórę duże ilości fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

W dzień operacyi wieczorem chory miał obfite wiatry.

3. IX. Ciepłota 36,0°; tętno 112, drobne słabe; język wilgotny; obfita surowiczko-krwawa wydzielina przez worek MIKULICZA.

4. IX. Ciepłota 36,0—37,0°; tętno 100 drobne; język wilgotny, obfite wiatry. Dwa razy dziennie zastrzyknięcie rozczynu soli. Wymiotów nie było.

5. IX, ciepłota 36,3—37,1°. Tętno 120 drobne, słabe. Upadek sił; poty na twarzy. O godzinie 7-ej wieczorem chory umarł.

Autopsja (kol. KOWALCZEWSKI) wykazała:

Szwy dobrze trzymają; kiszka w miejscu zeszycia drożna; szwy LEMBERT'a na kiszce pod workiem MIKULICZA lekko ropieją; worek przesiąknięty nieobfitą surowiczko-ropną wydzielina.

Kiszki umiarkowanie wzdęte; powierzchnia ich gładka błyszcząca; krezka miejscami przekrwiona; wolnego płynu w otrzewny niema.

P r z y p a d e k XLVII (MAJEWSKI 18. V, 1900). Wilhelmina K., lat 51. O.1 roku brak łaknienia, upadek sił, postępujące chudnięcie, zaparcie nawykowe stolca. Od trzech tygodni oddawanie stolca utrudnione; bóle, dęcie przy niewielkiej ilości oddawanego kału. Od tygodnia całkowite zatrzymanie stolca i wiatrów. Wymioty 5—7 razy dziennie.

Brzuch silnie wzdęty, umiarkowanie bolesny. Ruch robaczkowy jelit widoczny.

Wypuk z prawej strony u dołu stłumiony, pozatem dźwięczny.

Chora mocno wychudzona; twarz blada, oczy wpadnięte; błony śluzowe bezkrwiste; język biały wilgotny. Ciepłota nie podniesiona. Tętno 108, drobne, słabe. Oddech spokojny.

Zaraz po przybyciu do szpitala (18. V, 1900) laparotomia. Jelita silnie wzdęte; kątnica i wstępnica rozciągnięte, wypełnione kałem; twardy kał w odcinkach jelita, sąsiadujących z kątnicą. W zagięciu wątrobowym okrężnicy guz, wielkości pomarańczy, twardy, mało ruchomy.

Poniżej guza okrężnica spadnięta, skurczona, pusta.

Zrobiono ileostomię; wyszła ogromna ilość kału.

Wieczorem brzuch miękki, spadnięty. Samopoczucie dobre.

19. V. Ciepłota 39,3°. Tętno 132 drobne. Kał przez odbytnicę nienaturalny ciągle odchodzi. Oddech przyspieszony. O godzinie pierwszej w dobę po operacji, przy upadku tętna chora umarła. Autopsja wykazała, że rak zagięcia wątrobowego okrężnicy — zamknął zupełnie światło кишки na przestrzeni 4 ctm.; najcieńszy nawet zgłębnik nie mógł wykryć kanału. W krezce okrężnicy liczne twarde wielkości fasoli gruczoły chłonne. Płynu wolnego w otrzewny niema.

P r z y p a d e k XLVIII (MAJEWSKI 14. VII, 1901). Jan K., z Zapola, gub. Wołyńskiej, lat 26; chory od lat pięciu; choroba rozpoczęła się od rozwolnienia (do 10 razy dziennie) i obrzęku rąk i nóg.

Po półrocznem trwaniu rozwolnienia, w wypróżnieniach poczęły zjawiać się ślady krwi. Bezpośrednio po jedzeniu konieczność oddania stolca, przyczem silne bóle, dęcie i palenie w brzuchu. Stolce nieobfite, trudne, poczem objawy łagodniały aż do nowego posiłku i nowego stolca.

W piątym roku choroby przybył do szpitala.

Osobnik dobrze zbudowany, twarz wychudzona, odżywienie średnie.

Brzuch umiarkowanie wzdęty, mało bolesny. W lewym podbrzuszu — zwiększony opór przy stłumionym w tem miejscu wypuku.

R o z p o z n a n i e: niejasne. Laparotomia 14. VII, 1901 r. Esica i odbytnica powiększone, rozszerzone, o twardy

Przegl. Chirurg.

dych, mało elastycznych ścianach; kałdunki liczne bardzo duże, surowicza a szczególnie krezka silnie zgrubiałe, mocno otłuszczone. Innych zmian w otrzewny niema. Zagojenie bez powikłań. Chory wypisał się, czując znaczne polepszenie.

P r z y p a d e k XLIX. (MAJEWSKI 20. IX, 1903 roku)-

W dwa lata potem J. K. znów przybył do szpitala. Polepszenie po ladarotomji trwało około roku; później poprzednie objawy wróciły i stopniowo w swem napięciu znów poczęły wzrastać. Stan ogólny chorego prawie taki sam jak i przed dwoma laty; wycienienie wiele nie postąpiło. Napady bólów bardzo częste, wielokrotne w ciągu dnia; niektóre z nich połączone z pieczeniem. Zbadanie odbytnicy nie wykazało w ampulli nic nieprawidłowego; ponad nią koniec palca wchodził do kiszki o stwardniałych ścianach; wydzielina, wydobyta przy badaniu na gumowym palcu, zawierała dosyć ciałek czerwonych krwi, trochę ciałek ropnych i strzępki tkanek o budowie drobno-komórkowej. Laparotomja próbna (20. IX, 1903), znaleziono to same, co i przed dwoma laty. Sprawa chorobowa sięga aż do samego odbytu. Esica i odbytnica silnie zgrubiałe, sklerotyczne. Krezka gruba, nacieczona; kałdunki bardzo duże, naczynia rozszerzone; surowicza błyszcząca, mało zmieniona; podsurowicza zgrubiała o zwiększonej ilości tłuszczu. Poprzez tłuszcz podsurowiczej widać miejscami siny kolor głębszych tkanek.

Zagojenie bez powikłań. Chory wypisał się bez polepszenia.

V b. Zwężenie zewnątrzkiśzkowe.

P r z y p a d e k L. (DOBRUCKI). J. N., lat 52, mężatka, raz tylko rodziła; od dwóch lat choruje na raka macicy. Na proponowaną w swoim czasie operację nie zgodziła się. Obecnie daleko posunięta *cachexia, morphinismus*. Tętno bardzo słabe, łaknienie żadne. Stoliców od pewnego czasu zupełnie nie miewa z powodu mechanicznej przeszkody w odbytnicy.

Przy badaniu widzimy brzuch umiarkowanie wzdęty, wzmoczony ruch robaczkowy jelit; w grubych kiszkiach wyczuwają się oddzielne *scibala*.

Część pochwowa kompletnie zniszczona, rak zajmuje sklepienia i przechodzi na pęcherz i odbytnicę, której światło zupełnie zaciska; ani palce ani zgłębnik nie przechodzą przez uciśnięte miejsce. Najwięcej chorej dokuczają bóle w kiszce stolicowej i niemożność oddawania stolca. Przy znieczuleniu miejscowem (SCHLEICH) zrobiono kolostomję esicy. Przebieg pooperacyjny bez odczynu. Wypróżnienie przez sztuczny od-

był chora miewa tylko po obfitych wlewaniach wody. Chora nie miała żadnych dolegliwości z powodu sztucznego odbytu, gdyż bardzo twarde *scibala* nie zanieczyszczały i nie drażniły otaczającej skóry. Chora umarła dopiero w dwa miesiące po operacji bez wielkich cierpień.

E p i k r y z a. W przypadku Nr. 48 względne polepszenie po pierwszym zabiegu przypisać należy istniejącej u chorego równorzędnie z cierpieniem kiszek histeryi i sugestywnemu działaniu zabiegu na zależne od niej objawy chorobowe; mieliśmy tu do czynienia, prawdopodobnie, z przewlekłym zapaleniem кишки grubej (*colitis chr.*). W przypadkach takich wskazana być się zdaje enteroanastomoza. Całkowite jednak zajęcie kiszek grubych aż do dolnego odcinka odbytnicy w danym wypadku zabieg taki wykluczyło; pozostało założenie odbytnieprawkładowego prawostronnego (*colostomia dex.*). Wobec tego jednakże, że odbył taki ze względu na długotrwałość sprawy założony być musiał prawdopodobnie na długo, że chory, ubogi chłop, na dłuższy pobyt w szpitalu zgodzić się nie chciał i że w domu warunki utrzymania w czystości odbytu były by rozpaczliwe, na założenie odbytu w danym przypadku nie zdecydowaliśmy się.

W przypadkach *ileus* — rozpoznanie przyczyny i umiejscowienia sprawy wymaga dokładnego i metodycznego badania chorego. Opierając się na współczesnych poglądach i na własnym materiale, ułożyliśmy szemat, według którego obecnie prowadzimy badanie chorych na uwięźnięcie wewnętrzne.

I. Wywiady:

- a) poprzednie cierpienia.
- b) początek (ostry?, w jakiej porze dnia? przy jakim zajęciu?).
- c) przyczyna (zdaniem chorego).
- d) odbijanie, czkawka, wymioty (śluzowe, żółciowe z kałowym zapachem, kałowe czy krwawe?).
- e) wiatry, stolec (krew?).
- f) mocz (ból w prąciu przy moczeniu?).
- g) ciepłota, sen, dreszcze, poty.

V. S T E N O S I S.

Nr.	Operator	Data	Płeć i wiek	W którym d. choroby.	Operacja	W y n i k	Przyczyna ileus
44.	DOBRUCKI	3. III. 1895.	M. F., m. l. 60.	3 m.	Laparotomia. Wycięcie i zeszcycie кишки (enteroraphia circularis).	Śmierć.	Cancer ilei.
45.	"	22. III. 1899.	M. S., k. l. 20.	3 tyg.	Laparotomia. Wycięcie i zeszcycie кишки (enteroraphia circularis).	Wyzdrowienie.	Zwężenie w jelicie odprowadzonym przy herniotomii.
46.	MAJEWSKI	2. IX. 1904.	F. P., k. l. 46.	2 tyg.	Laparotomia. Wycięcie i zeszcycie jelit (enteroraphia terminolateralis).	Śmierć.	Zwężenie jelita i zrosty po taxis przepukliny.
47.	"	18. V. 1900.	W. K., k. l. 51.	3 tyg.	Ileostomia.	Śmierć.	Rak zagięcia wątrobowego okrężnicy.
48.	"	14. VII. 1901.	J. K., m. l. 26.	5 lat	Laparotomia.	Polepszenie.	?
49.	"	20. IX. 1903.	J. K., m. l. 28. (powtórnie).	7 lat	Laparotomia.	Bez zmiany.	Colitis chronica.
50.	DOBRUCKI		J. N., k. l. 52.	4 tyg.	Ileostomia.	Polep. czasowe.	Cancer uteri.
		4 męż., 3 k.					
							7 laparat. { 4 wyzd. 10 śm. 57%
							Ogółem 44 laparotom. { 25 wyzdr. 19 śmier. 56%

Ogółem na 50 przyp. 40 m., 10 kob.

Ogółem 44 laparotom. { 25 wyzdr.
19 śmier. 56%

h) bóle (rodzaj, siła, umiejscowienie, czas trwania).

II. Ogłędziny brzucha:

a) wzdęcie (ogólne, strefowe [*regionalis* LAUGIER], miejscowe — [WAHL-LOEGE]).

b) ruch robaczkowy kiszek (aperistaltyka, euperistaltyka, hyperperistaltyka).

III. Wypuk brzucha: ton (dźwięczny, metaliczny, stłumiony?).

IV. Wypuk z przysłuchem.

a) NOTHNAGEL (objaw balonu).

b) HENSCHEN i BENDERSKY (*transsonance*).

c) RUMBERG (*Streichauscultation*).

V. Macanie brzucha (guz, nacieczenie bolesne, stan otworów przepuklinowych, objaw ROCHER'a przy zapaleniu ropnem otrzewny, objaw BENNECKEN-GANGOLPH'a — przy wysięku, objaw LEWIN'a przy ropieniu w otrzewny).

VI. Badanie przez odbytnicę i przez pochwę, ilość płynu zatrzymywanego z ławatyw przez odbytnicę (*tolerance rectale*).

VII. Twarz (błada, sina, zimna); język (obłożony, suchy, czerwony); samopoczucie.

VIII. Ciepłota (*hyperthermia*, *hypothermia*; stosunek ciepłoty pod pachą i w odbytnicy).

IX. Płuca (oddech).

X. Serce (tętno); hemodyagnostyka.

XI. Mocz.

Szemat ten ułożyliśmy z potrzeby, a podajemy go nie dlatego, byśmy go uważali za wzorowy, lecz by ułatwić czytelnikowi oryentowanie się w naszym badaniu, a także, by zaznaczyć wielki pożytek tego rodzaju szematów.

Zarówno tam, gdzie obfity materiał nie pozwala zbyt wiele czasu poświęcać oddzielnym przypadkom, jak i tam, gdzie — przy małym materiale — brak doświadczenia wymaga znużonego przygotowywania się do oddzielnych obserwacji — gotowe tego rodzaju szematy ogromnie ułatwiają pracę i, ujednostajniając obserwację, dają z czasem lekarzowi naukową metodyczną rutynę badania.

Przy zastosowaniu metody tej badania można w wielu przypadkach *ileus*, z większą lub mniejszą pewnością, rozpoznać naturę sprawy i jej umiejscowienie. Gdy rozpoznanie wskazuje, że mamy do czynienia z przeszkodą mechaniczną,

wszelka zwłoka jest przeciwwskazana. Lecz i w przypadkach, gdzie rozpoznanie nie jest jasne, lecz gdzie istnienia przeszkody mechanicznej w kioskach wykluczyć nie możemy, z operacją zbytnio zwlekać również nie należy.

Na zastosowanie Hegarów, przemycie żołądka i doczekanie się ich przypuszczalnego działania wystarcza 5—7 godzin; dalsza zwłoka daje bardzo niewielką szansę pomyślnego wyniku bez operacji przy ogromnem zmniejszaniu się z każdą straconą godziną szans na dobre zejście po operacji.

Po zastosowaniu Hegarów i przemycia żołądka — niejednokrotnie wychodzi trochę kału i wiatrów; są to jednak rzeczy zwodnicze i dzięki im, przy niedoświadczeniu lekarza, często chorzy tracą właściwy moment operacyjny.

Dopiero obfity stolec i duże wiatry wraz z wybitnem polepszeniem ogólnego stanu świadczą o usunięciu przeszkody w kioskach.

Wyniki operacyjne w przypadkach naszych przedstawiają się cyfrowo w sposób następujący.

Na 44 laparotomje mamy 25 wyzdrowień i 19 śmierci, czyli 56,5% wyzdrowień.

Cyfry te między pojedyncze grupy rozpadają się w ten sposób, że w grupie 1-ej (*strangulatio*) mamy 13 laparotomji z 9-ma wyzdrowieniami i 4-ma śmierciami, t. j. 69,2% wyzdrowień; — w grupie 2-ej (*torsio*)—14 laparotomji, 4 wyzdrowienia i 10 śmierci t. j. 29% wyzdrowień;—w grupie 3-ej (*invaginatio*) 9 laparotomji, 7 wyzdrowień i 2 śmierci t. j. 78% wyzdrowień,—w grupie 4-ej mamy jedną pomyślnie zakończoną laparotomję;—w grupie 5-ej mamy 7 laparotomji, 4 wyzdrowienia i 3 śmierci t. j. 57% wyzdrowień.

Najgorzej przedstawia się grupa 2-ga, co tłumaczymy sobie tem, że, dzięki właściwościom przebiegu choroby przypadki tej grupy dostają się u nas późno w ręce chirurga (patrz epikryza II-ga).

Najlepszą jest grupa 3-a; przyczyną czego wydaje nam się być to, że przed przystąpieniem do innych zabiegów próbowaliśmy tu zawsze odgłabiania, które w wielu zastarzałych nawet przypadkach dało nam pomyślne wyniki.

W zestawieniu naszym ciekawym jest również stosunek ilościowy mężczyzn do kobiet.

Na 50 przypadków mamy 40 mężczyzn, a 10 kobiet. Różnica ta w grupie 2 ej (*volvulus*) jest jeszcze bardziej rażąca, gdyż na 14 mężczyzn, mamy jedną kobietę.

Od dalszych zestawień i wywodów powstrzymujemy się, gdyż nie dość obfity materiał, szczególnie przy rozbiciu go na grupy, nie pozwala nam na procentowe statystyczne traktowanie przedmiotu; sądzimy jednak, że dla tych, co zechcą go spożytkować w ogólnych statystykach, materiał nasz okaże się niebezpożytecznym.



REVUE DES JOURNAUX POLONAIS.

I. CHIRURGIE.

Dr. J. Jaworski. Contribution à l'asepsie des mains dans la pratique chirurgicale. (*Zdrowie*, fasc 6, 7, 1903).

L'auteur passe en revue les méthodes recommandées pour obtenir l'asepsie des mains: le nettoyage mécanique et l'emploi d'agents chimiques. Il étudie la valeur de trois moyens généralement employés pour désinfecter mécaniquement les mains c. a. d. l'eau chaude, le savon et la brosse; puis il rapporte ses expériences personnelles sur le sable comme remplaçant de la brosse à laquelle on reproche de plus en plus souvent de s'imprégner de saletés. L'auteur se désinfectait les mains avec le sable stérilisé et le savon noir, puis il cherchait à déterminer l'action bactéricide du sable sur le bacille pyocyanique et son action mécanique sur la peau imprégnée de matières colorantes (méthode autoptique d'Haogler). Les deux séries d'expériences donnèrent un résultat positif que voici: 1) Les mains infectées par le bacille pyocyanique et nettoyées ensuite avec du sable ne fournirent pas de culture du dit microbe; 2) Le sable ne le cède en rien à la brosse comme désinfectant des mains, et présente même certains avantages sur la brosse.

Dr A. Mars. Considérations générales sur l'asepsie dans la pratique chirurgicale. (*Przeegl. Lek.* Nr. 26, 27, 28, 1903).

L'auteur s'occupe surtout du côté pratique de l'asepsie; il désirerait que chaque chirurgien fût pénétré jusqu'à la moëlle des os des principes de l'asepsie. A ce point de vue, il reproche

au programme actuel des études médicales de négliger une question si grave; il indique les fautes commises couramment dans la pratique et termine en émettant les vœux suivants: 1) L'apprentissage d'une asepsie rigoureuse doit constituer une branche spéciale des études universitaires en médecine; 2) On doit inculquer les principes d'asepsie aux élèves dès leur entrée à l'université; 3) Les chirurgiens doivent visiter les cliniques bien installées et fréquenter les cours institués pour les praticiens; 4) Les médecins doivent observer l'asepsie plus strictement qu'il ne l'ont fait jusqu'ici; 5) Les cliniques doivent chercher à se procurer des installations aussi parfaites que possible et en rapport avec les exigences actuelles de l'asepsie.

Dr. L. Rydygier. Contribution à l'asepsie des mains pendant l'opération. (*Now. Lek. Nr. 12, 1903*).

L'auteur n'est pas partisan de l'usage des gants pour l'opérateur. En revanche dans sa clinique, il recommande: 1) de prendre le plus grand soin des mains en général; 2) de se laver les mains après chaque opération aussi scrupuleusement qu'avant; 3) de se laver les mains avant l'opération d'après la méthode de Fürbringer; 4) de se rincer les mains pendant l'opération aussi souvent que possible avec la solution physiologique de sel marin.

L'auteur donne ensuite la description d'un appareil simple et commode servant à laver les mains pendant l'opération avec la solution stérilisée de sel marin.

Dr. R. Baracz. Du traitement de l'anthrax par des injections antraveineuses de collargol et de l'usage d'autres préparations irrigées dans le même but. (*Med. Nr. 1, 2, 3, 1903*).

L'auteur rapporte trois observations d'anthrax grave traité avec succès par des injections de collargol. On faisait de 2 à 3 injections de 10 à 20 gr. chacune de solution de collargol à 1% dans la veine basilique. Tous les malades guérirent.

L'auteur rend ensuite compte de ses deux expériences sur le traitement des lapins infectés d'anthrax — par des injections intraveineuses de collargol. Le résultat fut défavorable.

En outre l'auteur a fait 58 expériences sur 22 chiens et 2 lapins au sujet de la réaction des animaux à l'injection de diverses préparations d'argent telles que argentamine, argonine, protargol, larginine, ichtargan et collargol. Ces expériences prouvent que le collargol est seul à recommander.

Dr. M. W. Herman. Des plaies par armes à feu. (*Now. Lek. Nr. 1, 1903*).

L'auteur parle d'abord du grand progrès accompli dans le traitement des plaies par armes à feu; il traite ensuite de l'asopsie de ces plaies, du danger qu'elles offrent suivant l'organe lésé, enfin il termine par les conclusions que voici: 1) Le nombre des tués et des blessés n'a pas augmenté depuis l'usage des nouvelles armes; 2) Les blessés se trouvent maintenant en de meilleures conditions, et ne meurent des suites de leurs plaies que dans les cas exceptionnels; ils deviennent rarement invalides; 3) Les plaies par armes à feu peuvent être considérées comme aseptiques au point de vue chirurgical; 4) On ne doit examiner ces plaies ni avec le doigt ni avec les instruments; il faut plutôt les protéger par un pansement sec et perméable à l'air; 5) En cas d'hémorrhagies internes ou externes qui mettent la vie en danger ou en cas de lésion intestinale, le chirurgien doit intervenir immédiatement; 6) La guérison des blessés dépend beaucoup d'un calme absolu et du transport sans secousse qu'on doit leur assurer.

Dr. Zieliński. Des plaies par armes à feu et en particulier des plaies produites par les grains de plomb. (*Przeł. Lek. Nr. 36, 37, 38, 1903*).

L'auteur fait d'abord remarquer que la littérature des plaies par armes à feu ne présente, malgré sa richesse actuelle, que peu d'observations relatives aux plaies par grains de plomb. Il rapporte ensuite cinq observations de plaies de cette dernière catégorie, relevées dans le nombre total de 19 plaies par armes à feu traitées à la clinique du prof. Rydygier à Lemberg depuis que cette clinique existe. Quant aux plaies par balles, l'auteur, d'accord avec Kayser, pense que théoriquement ces plaies sont infectées, mais en pratique on peut les considérer comme aseptiques. C'est ce que trouve aussi Bergmann.

Les plaies produites par des grains de plomb à petite distance sont graves comme étant toujours infectées; de plus l'infection y est favorisée par le broiement des tissus qui diminue la résistance antimicrobienne, par la présence de l'escharre dans laquelle les expériences du prof. Obrzut ont toujours montré des saprophytes.

Le travail se termine par les indications suivantes: Les plaies par balles, de même que les plaies par grains de plomb tirés à grande distance ne demandent que l'expectation et un pansement antiseptique. En cas de plaies par grains de plomb tirés à petite distance, on ne doit pas remettre l'opération; il faut intervenir aussi vite que possible: élargir la plaie, éloigner

les grains de plomb avec l'escharre, drainer la plaie et la traiter à la façon de toutes les plaies septiques.

Dr. A. Krusche. Un cas de myosite ossifiante progressive.
(*Czas Lek. Nr. 10, 1903*).

L'auteur décrit un cas de myosite ossifiante progressive chez une fillette de 2 années et demie. D'abord, il y eut infiltration de la région scapulaire droite; puis il apparut une infiltration indurée de la moitié droite du thorax et de la nuque jusqu'à la tête; enfin on remarqua l'induration des muscles du côté gauche du thorax et des deux muscles pectoraux gauches. Ces lésions disparaissaient après quelque temps en laissant des nodosités indurées circonscrites dont quelques unes s'ossifiaient. L'auteur parle de cette affection rare au point de vue du diagnostic, de l'étiologie, de la clinique et de l'anatomo-pathologie. La littérature n'en connaît que 54 observations.

Dr. Chlumsky. Une nouvelle pelote pour la compression automatique. (*Przeegl. Lek. Nr. 24, 1903*).

L'appareil est composé d'une pelote de fer munie d'une tige en fer rattachée à un grand arc métallique. A l'extrémité opposée de la tige se trouve un poids de plomb de 1 à 3 klg. L'auteur applique ce simple appareil au traitement des scoliozes; la pelote sert à comprimer la bosse à la face antérieure du thorax.

Dr. O. Loevy. De la plombe osseuse iodoformée de Mosetig.
(*Przeegl. Lek. Nr. 29, 1903*).

L'auteur résume le travail de Mosetig publié dans le „Centralblatt für Chirurgie“ sur l'obturation des cavités osseuses dues à la résection. Après avoir soigneusement enlevé le tissu malade et desséché la cavité obtenue, Mosetig la remplit exactement d'un mélange de 60 gr. d'iodoforme, de 40 gr. de blanc de baleine et 40 gr. d'huile de Sésame. Le mélange s'absorbe avec le temps dans les bourgeons charnus en cédant la place au tissu osseux de nouvelle formation. Il s'agit donc d'une plombe provisoire. La cicatrisation a une marche bénigne: on n'a pas noté d'intoxication iodoformée.

L'auteur de la méthode l'a appliquée dans 121 cas (tuberculose, nécrose, ostéo-myélite chronique etc.); tous ces cas se sont terminés par la guérison. Le travail est illustré de planches radiographiques qui montrent la résorption progressive de la plombe et la régénération de l'os.

Dr. G. Ziembicki. Présentation d'un cerveau après la trépanation du crâne par le procédé Obalinski (*Przeegl. Lek. Nr. 49, 1903*).

Chez un sujet atteint d'épilepsie Jacksonienne, l'auteur a fait la trépanation sur un point du crâne correspondant au centre de la face et du bras gauche. Il enleva alors une tumeur de la grosseur d'un oeuf de pigeon, mal délimitée. D'abord il y eut amélioration notable et arrêt des convulsions; mais au bout de 15 jours, le sujet mourut avec des signes de méningite.

L'examen microscopique a révélé la nature tuberculeuse de cette dernière affection. La piqûre lombaire a fourni un liquide stérile.

Dr. H. Niedzielski. Un cas de fracture de la base du crâne à terminaison favorable. (*Kron. Lek. Nr. 6, 1903*).

L'auteur rapporte le cas d'une malade qui, outre quelques plaies superficielles produites par le couteau, avait une fracture avec broiement du temporal en arrière de l'oreille. Quand on eut enlevé les fragments, la malade fut d'abord atteinte d'une encéphalite qui disparut dans la suite. Malgré une suppuration fort abondante des plaies, une fièvre prolongée et des abcès métastatiques, la malade quitta l'hôpital guérie.

Dr. A. Zawadzki. Trois cas d'extirpation du ganglion de Gasser dans la névralgie du trijumeau. (*Med. Nr. 15, 1902*).

Le dr. I. Raum a opéré par le procédé de Krause-Hartleg trois cas de névralgie du trijumeau. Le premier concernait un homme de 54 ans qui fut opéré en 2 séances, le collapsus ayant empêché de terminer en une fois. La seconde malade, femme de 44 ans, dut être opérée en trois temps et cela en raison d'une hémorrhagie notable, enfin la troisième malade, âgée de 59 ans fut opérée en une séance. Dans les trois cas, la dure-mère se déchira. Les suites de l'opération furent compliquées de troubles oculaires et généraux, néanmoins l'opération fut couronnée d'un succès complet et durable. Le travail est suivi de la bibliographie du sujet.

Dr. B. W. Sawicki. Contribution au traitement, par le procédé d'Israël, du nez enfoncé. (*Gaz. Lek. Nr. 45, 46, 1903*).

L'auteur passe en revue les méthodes appliquées au traitement du nez déprimé. Ces méthodes consistent 1) à tailler des lam-

beaux cutanés ou cutanéopériostiques; 2) à redresser le nez à l'aide de soutiens métalliques; 3) à introduire sous la peau du nez une lamelle osseuse; 4) à injecter de la paraffine sous la peau du nez. Il est clair que les deux premières méthodes n'ont pas de valeur réelle, les effets en sont très passagers et les déformations consécutives fort considérables. La quatrième méthode qui a suscité un vif intérêt dans le monde médical, n'est pas sans reproche, car on a noté de graves complications après les injections paraffinées, p. ex la gangrène du nez, des oedèmes prolongés, des métastases. En revanche, la méthode d'Israël consistant à introduire sous la peau une lamelle osseuse prise avec son périoste dans le tibia, a donné aux auteurs et au dr. S. lui même des résultats si favorables et si durables qu'elle mérite de se répandre dans la pratique. L'auteur a essayé ce procédé dans trois cas. Sur le dos du nez, au dessus des os nasaux, il pratique une incision longitudinale, puis il insinue sous la peau une sonde ou une valve et forme un canal dirigé en haut et en bas. Dans ce canal, il fait entrer une lamelle osseuse taillée avec son périoste aux dépens de la face antérieure du tibia. Dans l'une des opérations, il forma un appui pour l'extrémité du nez, en greffant l'os dans la lèvre inférieure dans laquelle il tailla ensuite un lambeau contenant le dit os.

Les observations sont illustrées de planches reproduisant la photographie des sujets.

Dr. S. Zembrzusi. Cas de parotidite purulente double consécutive à la laparotomie. (*Gaz. Lek. Nr. 38, 1903*).

Chez une femme de 48 ans, cachectique, on enleva un kyste de l'ovaire largement adhérent aux intestins. Dans la cavité de Douglas, on introduisit le sac de Mikulicz qui fut enlevé au bout de 9 jours. Le 19-me jour, on aperçut une fistule stercorale et les deux parotides se tuméfièrent. 4 jours après, il devint nécessaire d'ouvrir les abcès parotidiens. Le tissu des parotides était sphacelé. La femme mourut. L'auteur conclut qu'une affection parotidienne de cette nature ne s'explique pas toujours par des métastases, mais peut survenir consécutivement à la rétention de salive dans l'intérieur de la glande et à la prolifération des microbes dans la cavité buccale après de graves opérations abdominales. Comme conséquence, l'auteur recommande de prendre soin de la cavité buccale au point de vue de la propreté.

Dr. Majewski. Présentation d'une malade ayant subi la résection ostéoplastique des os de la face. (*Kron. Lek. Nr. 17, 1903*).

A la séance du 4 mars 1903 de la Société de Médecine de Lublin, l'auteur a présenté une femme de 73 ans chez laquelle il avait réséqué le nerf maxillaire supérieur pour combattre une névralgie ancienne (datant de vingt années). Il enleva provisoirement l'os malaire avec la partie latérale de sa portion orbitaire, la paroi supéro-latérale de l'antre d'Highmore et les ailes du sphénoïde. Après avoir écarté ces os en haut et en dehors, on mit à découvert le nerf sous-orbitaire au dessus de l'antre d'Highmore largement ouvert. Le nerf se rompit. L'auteur en saisit le bout central, le suivit jusqu'au trou rond et à ce niveau l'arracha. Les os étant remis en place, on sutura les bords de la plaie en laissant une bandelette de gaze dans l'orifice de l'antre d'Highmore. Les suites de l'opération furent favorables et la névralgie disparut.

Dr. Żuławski. Le goître et son traitement. (*Przeegl. Lek. Nr. 52, 1903*).

Dans les cas de goître qui n'exigent pas une intervention immédiate (à cause de dyspnée ou de tumeur kystique) l'auteur prescrit d'abord l'iode à hautes doses. C'est ainsi qu'il n'a opéré que 10 fois sur 29 cas. L'anesthésie locale suffit presque toujours. Pendant l'opération, l'auteur cherche à extraire la tumeur en dehors de la peau et après l'avoir poussée du côté interne il lie le faisceau vasculaire thyroïdien supérieur, l'inférieur et les gros troncs veineux. Il excise alors la tumeur, en laissant le pédoncule, dont il enlève les petits nodules dégénérés, s'il y en a, ensuite de quoi il le suture. Sur les bouts centraux des artères il met 2 ligatures distantes l'une de l'autre de 4 à 5 mm. et cela pour prémunir contre une hémorrhagie secondaire. Les suites de l'opération furent favorables.

Les observations des cas respectifs sont rapportées en détail.

Dr. F. Kijewski. De la pneumectomie. (*Pam. Tow. Lek. 1901, 1902, 1903*).

L'auteur commence sa vaste monographie par l'histoire de la chirurgie pulmonaire et des expériences sur la pneumectomie; il rapporte ensuite en détail 120 recherches personnelles sur 119 animaux: 51 chiens, 57 lapins, 5 chats et 6 pigeons. Voici les résultats de ces expériences:

1) La résection totale d'un seul poumon est un procédé grave pour les animaux et provoque des troubles profonds dans l'organisme. Sans compter les sujets qui succombent à diverses complications, un certain nombre périt par suite du traumatisme.

2) On peut enlever impunément tout un poumon aux animaux c. a. d. diminuer de moitié leur surface respiratoire et la petite circulation grâce à ce fait que le poumon droit est un peu plus grand que le gauche. Après la résection pulmonaire, les animaux vivent assez longtemps, croissent, se développent et se reproduisent.

3) La cavité formée, dans le thorax à la suite de l'excision d'un seul poumon se comble grâce à la rétraction de la cage thoracique, au rebondissement du diaphragme en haut et à son adhérence à la paroi thoracique, enfin grâce au déplacement des lobes pulmonaires du côté opposé.

4) La pneumectomie provoque des modifications dans la respiration, la circulation, la température et le poids des animaux.

5) Les plus grandes modifications consécutives à la pneumectomie s'observent dans le poumon opéré et dans celui du côté opposé.

6) Les plaies guérissent par 1-re intention ou bien elles se cicatrisent lentement.

7) Pendant la cicatrisation des plaies pulmonaires, il apparaît des cellules géantes qui aident à éloigner les matières éphacelées; ce sont des nécrophages qui disparaissent une fois leur fonction accomplie.

8) Ces cellules géantes naissent dans le tissu conjonctif.

9) Elles se forment par mytose, par division directe des noyaux ou bien elles présentent des syncytiums.

10) Dans le point opéré du poumon, on voit apparaître un processus inflammatoire qui intéresse les trabécules et l'endothélium des voies respiratoires.

11) Le poumon présente une tendance à se régénérer. Dans le tissu connectif environnant et dans la cicatrice on trouve quelque vésicules de nouvelle formation, mais la régénération du poumon est arrêtée par l'énorme hyperplasie du tissu conjonctif.

12) La portion persistante du poumon malade, de même que le poumon du côté opposé sont sujets à l'emphysème, dont le degré dépend des dimensions du segment excisé et du temps écoulé depuis l'opération.

13) Dans les expériences de l'autour il n'y eut jamais hypertrophie pulmonaire compensatrice.

14) La pneumectomie d'un seul poumon amène l'hypertrophie du cœur dans sa totalité. L'examen des organes voisins permet de voir que les troubles circulatoires dus à la pneumec-

tomie se compensent très facilement, de sorte qu'on ne trouve nulle lésion dans les organes parenchymateux.

L'auteur termine son travail par la littérature clinique de la pneumectomie qui contient 41 cas de cette opération, faite 10 fois pour des hernies du poumon, 7 fois par suite de tuberculose, 4 fois dans la dilatation des bronches, 16 fois pour des néoplasmes, 1 fois pour une fistule bronchique consécutive à la gangrène du poumon, 3 fois en cas d'actinomycose pulmonaire, enfin 1 fois en cas d'hémorrhagie par plaie traumatique. Sur ce nombre, 28 cas se sont terminés favorablement, 12 ont été mortels et dans un cas, le résultat reste inconnu. Le travail est complété par 4 planches coloriées reproduisant les préparations histologiques du poumon opéré.

Dr. Słęk. De la résection étendue du thorax dans les néoplasmes malins. (*Przegl. Lek. Nr. 18, 1903*).

L'auteur rapporte les cas opérés à la Clinique du prof. Rydygier. Dans le premier, un homme de 25 ans avait un sarcome des côtes placé dans la moitié postérieure droite du thorax. Le néoplasme s'étendait depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la 10-me côte et depuis la ligne axillaire postérieure jusqu'à un travers de doigt du rachis. On réséqua la tumeur avec les VI, VII, VIII et IX-me côtes et une portion notable de la plèvre pariétale. Il y eut collapsus pendant l'opération et au bout de deux heures la mort survint par rupture du myocarde. Dans la seconde observation, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui présentait un chondro-myôme des côtes droites de la grosseur de trois poings; le chondro-myôme s'étendant depuis le bord droit du sternum jusqu'à la ligne postérieure de l'aisselle et du rebord supérieur de la V-me côte jusqu'au cartilage de la 10-me côte. On extirpa la tumeur avec de grosses portions des 6, 7, 8 et 9-me côtes, un grand morceau de plèvre pariétale et une portion de diaphragme avec sa plèvre. Cette dernière fut suturée de même que la plaie thoracique. Pneumonie double et pleuresie du côté droit à la suite de l'opération. La malade guérit en deux mois. L'auteur mentionne ensuite deux autres cas à terminaison favorable; dans l'un on enleva un ostéochondro-sarcome du thorax avec les III, IV et V-me côtes et une portion étendue de plèvre pariétale; dans le second cas, on enleva un sarcome du thorax avec des morceaux de côtes, de paroi abdominale, de diaphragme et de plèvre. L'auteur insiste sur l'emploi des ballons d'oxygène dans la période postopératoire.

Après avoir mis ses observations personnelles en rapport avec celles d'autres cliniciens, le dr. Słęk arriva à des conclusions générales dont la plus importante est qu'en définitive, les effets d'une opération si grave sont passagers et pour la plupart peu favorables.

Dr. Niedzielski. Du sarcôme du sein. (*Kron. Lek. Nr. 2, 3, 1903*).

L'auteur commence par des considérations générales sur le sarcôme du sein; il rapporte ensuite l'observation d'un cas opéré à la clinique chirurgicale. Il s'agissait d'une paysanne de 41 ans chez qui une tumeur du sein existait depuis 5 années. La glande mammaire fort augmentée de volume contenait deux tumeurs volumineuses et plusieurs petites. Le mamelon n'était point rétracté et il n'y avait pas de ganglions sensibles dans l'aisselle; point de cachexie. Tout autour de la tumeur se trouvaient de petits nodules indurés. La tumeur fut extirpée avec la glande mammaire et la couche superficielle du grand pectoral. L'examen microscopique a révélé qu'il s'agissait d'un fibro-sarcôme à gros éléments fusiformes.

Dr. A. Leśniowski. Contribution à la chirurgie intestinale. (*Med. 22, 23, 24, 1903*).

L'auteur rapporte trois observations de tumeur intestinales qu'il a opérées avec succès.

I. Une femme muette de 30 ans présentait depuis une année des accès de météorisme abdominal, de coliques et de vomissements. Dans l'abdomen il y avait une tumeur indurée, de la grosseur du poing, fort mobile. On pratiqua la laparotomie. La tumeur avait son point de départ vers l'angle hépatique du côlon dont toutes les couches étaient hypertrophiées à ce niveau. La muqueuse présentait de nombreux orifices conduisant par des canaux tortueux jusqu'aux foyers ramollis de la sous-séreuse. Le tableau anatomo-pathologique correspondait à la dyssentérie folliculaire chronique.

II. Une femme de 31 ans sentait depuis quelque temps ses forces baisser, avait de la fièvre et une douleur dans la moitié supérieure droite du ventre. Dans l'hypocondre et dans le flanc droit, il existait une tumeur dure, sensible, immobile du volume d'un gros poing. On posa le diagnostic d'une affection du rein droit et l'on jugea nécessaire d'aller à la découverte de cet organe. Le tissu conjonctif périnéphritique et le côlon ascendant présentaient une infiltration inflammatoire très accusée. Le rein était indemne, mais en avant, on constata une tumeur dans la cavité péritonéale. On ouvrit donc l'abdomen du côté antérieur et on y trouva le foie accolé à la paroi ventrale. Au-dessous du foie on aperçut le côlon fort adhérent à ce dernier organe ainsi qu'à l'épiploon et à la paroi abdominale. Après avoir disséqué le côlon, on y constata un épaississement notable des parois vers l'angle d'inflexion hépatique. On pratiqua l'entéroanastomose entre le côlon ascendant d'un

côté et le côlon transverse de l'autre. La femme guérit, mais au bout de quelque temps la fièvre reparut et un paquet ganglionnaire s'accusa dans l'aisselle. Les glandes malades furent enlevées et on y constata la dégénérescence tuberculeuse. L'auteur admet également l'existence d'ulcérations tuberculeuses dans l'intestin.

III. Une femme de 38 ans présentait depuis quelque temps des signes d'étranglement interne. L'examen ne révéla pas de tumeur dans l'abdomen. On fit la laparotomie, au cours de laquelle l'auteur trouva une tumeur de l'intestin grêle et l'extirpa. La grosseur siégeait à la surface interne de l'intestin, avait le volume d'une noix et la texture d'un sarcome à grosses cellules rondes.

Dr. L. Rydygier. Quelques considérations sur les opinions récentes par rapport au traitement des appendicites. (*Gaz. Lek. Nr. 39, 1903, Przegl. Lek. Nr. 43, 1903*).

L'auteur est partisan d'une intervention chirurgicale précoce surtout lorsque le pouls est petit, accéléré, non en rapport avec la température et lorsque la température s'élève après une tendance antérieure à l'abaissement. S'il y a des vomissements fréquents même sans météorisme général et sans sensibilité abdominale, il faut opérer sur le champ. Chez les malades affaiblis et là où on craindrait de rompre les adhérences protectrices et d'infecter le péritoine encore intact, l'auteur n'exécute pas l'appendicite dès la première séance. Mais si l'existence de plusieurs abcès se laisse présumer, l'auteur détruit les adhérences et va à la recherche de l'appendice. Si l'infiltration morbide se propage en haut ou en bas, le dr. Rydygier conseille d'opérer immédiatement. C'est pourquoi il ne faut jamais négliger l'examen rectal. L'ouverture des abcès du cul-de-sac de Douglas droit dans le rectum doit être évitée; dans les cas respectifs ainsi que dans la plupart des autres, le dr. Rydygier fait une incision angulaire au dessus de la crête iliaque et du ligament de Poupart. En présence d'une péritonite diffuse, il ne lave point le péritoine ou bien il le fait avec une grande quantité d'eau salée.

Dr. Majewski. Un cas de pérityphlite guéri par l'opération. (*Kron. Lek. Nr. 12, 1903*).

Le sujet avait été pris 4 jours auparavant de violentes douleurs du pénis, de rétention d'urine avec frissons et douleurs dans l'hypogastre du côté droit. Trois jours plus tard, apparut une induration dans le flanc droit. Au 12-me jour de la maladie

on dut ouvrir l'abdomen au dessus de l'arcade pubienne droite en raison de la fièvre et des frissons. On aperçut alors une grosse tumeur en arrière du cœcum, l'appendice vermiforme ne fut point trouvé. En présence de cet état de choses, on sutura le péritoine, on le décolla de la fosse iliaque et on ouvrit alors l'abcès par voie rétro-péritonéale derrière la paroi postérieure du cœcum. Il s'écoula près d'une cuillerée de pus. Le malade guérit.

Dr. L. Rydygier. Quel procédé de gastroentérostomie est le plus à recommander? (*Med. Nr. 50, 1903*).

La gastroentérostomie par le procédé de Wölfler peut provoquer l'étranglement du gros intestin dû à l'anse intestinale que l'on suture à l'estomac. C'est ainsi que l'auteur a perdu deux malades et il donne la préférence au procédé de Hacker ou de Roux. L'auteur réunit l'estomac avec l'intestin par une suture à trois étages.

Dr. Majewski. Un cas d'invagination du cœcum. (*Kron. Lek. Nr. 12, 1903*).

Un paysan de 28 ans fut pris de violentes coliques, de vomissements et de diarrhée qui cédèrent bientôt, mais il resta des borborygmes et les selles étaient insuffisantes. L'abdomen était ballonné; une tumeur se percevait dans l'hypocondre droit. Après une amélioration passagère, les phénomènes morbides s'accrochèrent, la tumeur augmenta, devint oblongue et très molle. On procéda à l'opération un mois après le début des accidents. Le cœcum et l'iléon étaient invaginés dans le colon sur une étendue d'un mètre. La réduction n'offrit aucune difficulté spéciale. On plaça la suture Lambert sur le point de départ de l'invagination. Le malade guérit.

Dr. M. W. Herman. Sarcôme de l'épiploon ou de l'estomac? (*Przegl. Lek. Nr. 39, 40, 1903*).

Un homme de 43 ans ressentait depuis deux ans des crampes d'estomac. Quelques mois plus tard il remarqua que son ventre grossissait. On ponctionna l'abdomen à plusieurs reprises, et on donna issue à un liquide séro-sanglant. L'examen de la cavité abdominale sous le chloroforme après une des ponctions donna une sensation de résistance diffuse. On posa le diagnostic de tuberculose péritonéale et on pratiqua la laparotomie. Une tumeur fut alors trouvée dans l'abdomen entre les deux feuillets épiploïques; elle adhérait intimement à l'estomac non

loin du pylore sur une étendue de 3 à 4 centimètres. On énucléa le néoplasme sans ouvrir l'estomac. Il pesait 3500 gr., avait l'aspect multiloculaire et la structure d'un sarcome à cellules fusiformes. Le malade guérit.

L'auteur met ce cas en rapport avec ceux publiés dans la littérature et il admet que le point de départ de la lésion devait se trouver dans la paroi gastrique.

Dr. J. Bogdanik. Rupture traumatique du gros intestin. (*Med. Nr. 24, 1903*).

Un ouvrier âgé de 48 ans, reçut un coup de planche dans le ventre et s'évanouit. Transporté à l'hôpital, il présentait une grande sensibilité de l'abdomen au toucher, un pouls de 120 et son facies exprimait une vive souffrance. Des vomissements se produisirent ensuite et la mort survint au bout de 14 heures. A l'autopsie, on constata une rupture du côlon ascendant qui laissait passer le petit doigt.

Après avoir cité tous les symptômes observés par divers auteurs dans les cas de ce genre, le dr. Bogdanik conclut qu'aucun de ces symptômes ne suffirait à établir le diagnostic.

Dr. Dobrucki. Invagination iléo-coecale datant de six semaines. Réduction. Guérison. (*Kron. Lek. Nr. 10, 1903*).

Un garçon de six ans avait été pris, six semaines auparavant, de coliques, de vomissements et de diarrhée; tous ces phénomènes, excepté les vomissements, durèrent jusqu'à l'opération. A l'examen, on trouva l'hypogastre gauche douloureux à la pression et on y constata la présence d'une tumeur oblongue qui répondait au côlon descendant et à l'S iliaque. La laparotomie révéla qu'il y avait invagination de l'iléon, du cœcum, du côlon ascendant, enfin du côlon transverse dans le côlon descendant et l'S iliaque sur 30 centimètres d'étendue. La réduction n'offrit nulle difficulté. L'iléon fut fixé par une suture de Lambert au côlon ascendant sur une étendue de six centimètres. Le sujet guérit.

Dr. Dobrucki. Un cas de volvulus de l'S. iliaque. (*Kron. Lek. Nr. 12, 1903*).

Un paysan de 70 ans souffrait depuis 2 jours de coliques avec suppression des selles et des gaz. L'abdomen était très météorisé, surtout dans l'hypocondre gauche où une anse intestinale distendue faisait saillie, se dirigeant transversalement à droite. On pratiqua la laparotomie et on trouva le gros in-

testin très distendu avec une espèce de nœud entre l'S iliaque et une anse d'intestin grêle. Cette anse s'étant placée au-devant de l'S iliaque s'était enroulée autour, non loin de la base et avait ainsi produit l'étranglement interne. Le nœud fut défait. Le sujet guérit.

Dr. A. Bossowski. Des atrésies congénitales de l'intestin grêle. (*Med. Nr. 39, 40, 41, 1903*).

L'auteur rapporte deux cas qu'il a opérés lui-même. Dans l'un, il y avait oblitération de l'iléon inférieur sur une grande étendue, dans l'autre, la même lésion intéressait le jéjunum. Dans le premier cas, l'auteur a réuni l'iléon au colon; dans le second, il a pratiqué l'entérostomie. Les deux cas se sont terminés par la mort. L'oblitération de la lumière intestinale s'est probablement produite par torsion de l'anse respective. L'auteur ajoute à son article l'étude détaillée de l'atrésie intestinale d'après les données de la littérature. Comme traitement, il recommande de réunir l'iléon inférieur oblitéré au rectum; mais si c'est le jéjunum ou la partie supérieure de l'iléon qui est atrésiée, l'auteur recommande le procédé de Braun c. a. d. la fixation des deux bouts de l'intestin dans la plaie abdominale et l'élargissement progressif du bout périphérique.

Dr. L. Rydygier. Comment se prémunir contre l'étranglement du colon transverse par l'anse intestinale attirée en haut dans la gastroentérostomie de Wölfler?. (*Med. Nr. 51, 1903*).

Dans un cas d'étranglement du colon transverse produit par une anse d'intestin grêle après la gastroentérostomie de Wölfler, l'auteur a sectionné le segment central de l'anse et en a suturé le bout terminal dans le segment périphérique de la même anse (procédé de Roux). Comme ce dernier segment poussait encore le colon transverse en haut et on provoquait l'inflexion, l'auteur coupa le mésentère respectif, et le colon regagna alors sa situation normale. Le sujet succomba à la cachexie.

Dr. A. Wertheim. Notes prises dans le service chirurgical du Dr. W. H. Krajewski à l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Varsovie.

I. Cancer de l'estomac; perforation de la paroi gastrique.
II. Etranglement de l'intestin grêle par suite de cancer; résection de l'intestin sur une grande étendue. (*Med. Nr. 42, 1903*).

I. Un ouvrier de 51 ans ressentait depuis 5 ans des dou-

leurs dans la région gastrique. Dernièrement il y eut exacerbation de ces douleurs suivie d'amaigrissement et de perte notable de forces. Après un déjeuner expérimental, on retira le contenu gastrique avec ClH libre, mais sans acide lactique. Les douleurs ayant subitement augmenté, on fit la laparotomie. Dans la cavité abdominale il y avait du liquide avec des restes alimentaires, la paroi gastrique antérieure était perforée près de la petite courbure, en outre une tumeur siégeait vers le même point. En présence de l'envahissement d'une grande quantité de ganglions, la résection de l'estomac aurait été absolument inutile, on se contenta donc de suturer l'orifice morbide et de nettoyer la cavité abdominale. Le sujet vécut encore 20 jours. A l'autopsie on trouva plusieurs abcès dans la cavité péritonéale.

II. Un homme de 70 ans présentait depuis 2 années des signes d'occlusion interne chronique. On fit la laparotomie et l'on trouva alors dans l'abdomen un paquet d'anses accolées. Après avoir détaché et séparé ces anses, on aperçut une tumeur qui prenait son point de départ dans l'iléon et intéressait le mésentère. On opéra l'exclusion de 101 cent. d'intestin grêle. Le sujet guérit.

Dr. L. Mieczkowski. Procédés appliqués dans l'opération des hémorroïdes en général et la méthode Whitehead en particulier. (*Now. Lek. Nr. 9, 1903*).

L'auteur compare diverses méthodes employées dans l'opération des hémorroïdes et il donne la préférence à celle de Whitehead à l'aide de laquelle il a opéré 7 cas toujours avec succès. Cette intervention ne serait pas contre-indiquée même en présence d'un état légèrement catarrhal du rectum.

Dr. T. Słęk. De l'opération des hémorroïdes par le procédé Whitehead-Esmarch. (*Now. Lek. Nr. 6, 1903*).

Auparavant, à la clinique du prof. Rydygier, on cautérisait les tumeurs hémorroïdales par le procédé de Langenbeck; maintenant on applique la méthode Whitehead qui consiste à disséquer et à exciser les hémorroïdes, puis à placer une suture sur les bords de la plaie. On a opéré ainsi 17 cas avec résultat favorable. Ce procédé prémunit mieux contre les hémorragies secondaires et abrège notablement la période de cicatrisation, mais il ne convient pas aux cas compliqués de rectite, d'étranglement des cônes hémorroïdaux, de fistules ou de fissures ana-

les plus considérables. Alors il faudrait avoir recours à l'opération de Langenbeck.

Dr. Słęk. Un cas de déplacement de l'estomac et des reins. (*Przegl. Lek. Nr. 47, 1903*).

La malade présente les signes d'un abaissement notable de l'estomac et des reins. La petite courbure est à un travers de doigt au dessus de l'ombilic et la grande courbure à 3 travers de doigt au-dessous; la limite supérieure du rein droit se sent à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic et la limite supérieure du rein gauche à la hauteur de l'ombilic. L'estomac fut fixé par le procédé de Bier au moyen de trois sutures, les reins furent fixés des deux côtés par le procédé Obalinski. Le résultat fut favorable.

Dr. A. Rydygier. Hernie des grandes lèvres à contenu particulier. (*Przegl. Lek. Nr 39, 1903*).

Une femme de 44 ans n'ayant jamais été réglée, présentait dans la grande lèvre droite une tumeur élastique de la grosseur du poing qui se laissait réduire dans l'abdomen. L'examen fait par le rectum a démontré l'absence de la matrice. Pendant l'opération on se convainquit que la tumeur était une hernie contenant l'utérus avec ses annexes. A droite de l'utérus on trouva le testicule avec le cordon spermatique et à gauche un kyste à parois assez épaisses.

Dr. Pomorski. Opération radicale de la hernie chez les enfants. (*Przeg. Lek. Nr. 39, 1903*).

L'auteur rapporte la statistique de Drobnik (86 cas en 10 années) et la sienne (70 cas en 3 années et demie). Drobnik suturait le sac, puis l'anneau herniaire; l'auteur préfère le procédé de Bassini. Dans les cas graves, il conseille d'opérer suivant Klem en obturant l'anneau d'après Bassini.

Dr. Jasiński. Résultats obtenus par l'auteur dans les opérations radicales de hernies. Revue comparative des diverses méthodes actuellement employées. (*Przeg. Lek. Nr. 39, 1903*).

L'auteur rapporte les résultats obtenus à la clinique de Lemberg pendant les six dernières années dans les opérations radicales de la hernie. Sur 175 cas (137 hommes et 38 femmes),

il s'agissait 158 fois de hernie unilatérale, 17 fois de hernie double et 1 fois de hernie triple. Les hernies inguinales et crurales donnaient un total de 154 cas; là dessus on a appliqué le procédé Bassini ou de Bassini-Postempski 71 fois, celui de Kocher 68 fois, d'autres méthodes 15 fois. Le procédé Bassini-Postempski a donné 7% de récidives, celui de Kocher 5%.

Dr. Kader. Affections du foie et des voies biliaires. (*Przepl. Lek. Nr. 41, 1903*).

L'auteur passe en revue tous les procédés chirurgicaux appliqués dans les affections du foie et des voies biliaires; il insiste particulièrement sur les indications qui s'y présentent. L'auteur se déclare en faveur de la résection de la vésicule biliaire et du drainage du canal cholédoque ou hépatique en cas de cholédoco-ou hépaticotomie. Sur 16 opérations faites par lui, il a eu 3 terminaisons mortelles (une due à l'atrophie jaune du foie, deux à la pneumonie).

Dr. R. Jasiński. Des kystes du pancréas et des organes voisins. (*Przepl. Lek. Nr. 8, 9, 10, 11, 12, 1903*).

L'auteur décrit en détail les signes du kyste du pancréas d'après un cas observé à la clinique de Rydygier et 159 cas publiés dans la littérature. L'observation personnelle concerne un ouvrier de 51 ans qui souffrait depuis 7 ans de gastralgies consécutives à l'ingestion des aliments et des boissons. Dans le cours de la dernière année l'état du malade a empiré; il a des maux de coeur et présente une grosseur dans le creux épigastrique. A l'examen, on trouve à l'épigastre et dans l'hypocondre droit une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, mobile, lisse, élastique. A son niveau, il y a matité à la percussion, une zone étroite de tympanisme la séparant de la matité du foie. Par la distension de l'estomac, la tumeur disparaît. On procéda à la laparotomie et on découvrit dans l'abdomen une tumeur grosse comme la tête d'un adulte, à fluctuation très nette, siégeant entre l'estomac qui était au-dessus et le colon transverse au-dessous d'elle. Après avoir pratiqué une fente dans le ligament gastro-côlique, on pénétra directement jusqu'au kyste qui était immobile, atteignait l'apophyse xyphoïde et adhérait à la paroi postérieure de l'estomac. La poche du kyste fut incisée et suturée aux lèvres de la plaie abdominale. On donna alors issue à plus de 2 litres de liquide noir brunâtre dans lequel l'analyse chimique n'a pas trouvé d'éléments de suc pancréatique. Trois mois plus tard, il ne restait qu'une fistule de 4 cm.

les plus considérables. Alors il faudrait avoir recours à l'opération de Langenbeck.

Dr. Słęk. Un cas de déplacement de l'estomac et des reins. (*Przeegl. Lek. Nr. 47, 1903*).

La malade présente les signes d'un abaissement notable de l'estomac et des reins. La petite courbure est à un travers de doigt au dessus de l'ombilie et la grande courbure à 3 travers de doigt au-dessous; la limite supérieure du rein droit se sent à un travers de doigt au-dessous de l'ombilio et la limite supérieure du rein gauche à la hauteur de l'ombilio. L'estomac fut fixé par le procédé de Bier au moyen de trois sutures, les reins furent fixés des deux côtés par le procédé Obalinski. Le résultat fut favorable.

Dr. A. Rydygier. Hernie des grandes lèvres à contenu particulier. (*Przeegl. Lek. Nr. 39, 1903*).

Une femme de 44 ans n'ayant jamais été réglée, présentait dans la grande lèvre droite une tumeur élastique de la grosseur du poing qui se laissait réduire dans l'abdomon. L'examen fait par le rectum a démontré l'absence de la matrice. Pendant l'opération on se convainquit que la tumeur était une hernie contenant l'utérus avec ses annexes. A droite de l'utérus on trouva le testicule avec le cordon spermatique et à gauche un kyste à parois assez épaisses.

Dr. Pomorski. Opération radicale de la hernie chez les enfants. (*Przeg. Lek. Nr. 39, 1903*).

L'auteur rapporte la statistique de Drobnik (86 cas en 10 années) et la sienne (70 cas en 3 années et demie). Drobnik suturait le sac, puis l'anneau herniaire; l'auteur préfère le procédé de Bassini. Dans les cas graves, il conseille d'opérer suivant Klem en obturant l'anneau d'après Bassini.

Dr. Jasiński. Résultats obtenus par l'auteur dans les opérations radicales de hernies. Revue comparative des diverses méthodes actuellement employées. (*Przeg. Lek. Nr. 39, 1903*).

L'auteur rapporte les résultats obtenus à la clinique de Lomberg pendant les six dernières années dans les opérations radicales de la hernie. Sur 175 cas (137 hommes et 38 femmes),

il s'agissait 158 fois de hernie unilatérale, 17 fois de hernie double et 1 fois de hernie triple. Les hernies inguinales et crurales donnaient un total de 154 cas; là dessus on a appliqué le procédé Bassini ou de Bassini-Postempski 71 fois, celui de Kocher 68 fois, d'autres méthodes 15 fois. Le procédé Bassini-Postempski a donné 7% de récidives, celui de Kocher 5%.

Dr. Kader. Affections du foie et des voies biliaires. (*Przegl. Lek. Nr. 41, 1903*).

L'auteur passe en revue tous les procédés chirurgicaux appliqués dans les affections du foie et des voies biliaires; il insiste particulièrement sur les indications qui s'y présentent. L'auteur se déclare en faveur de la résection de la vésicule biliaire et du drainage du canal cholédoque ou hépatique en cas de cholédoco-ou hépaticotomie. Sur 16 opérations faites par lui, il a eu 3 terminaisons mortelles (une due à l'atrophie jauno du foie, deux à la pneumonie).

Dr. R. Jasiński. Des kystes du pancréas et des organes voisins. (*Przegl. Lek. Nr. 8, 9, 10, 11, 12, 1903*).

L'auteur décrit en détail les signes du kyste du pancréas d'après un cas observé à la clinique de Rydygier et 159 cas publiés dans la littérature. L'observation personnelle concerne un ouvrier de 51 ans qui souffrait depuis 7 ans de gastralgies consécutives à l'ingestion des aliments et des boissons. Dans le cours de la dernière année l'état du malade a empiré; il a des maux de coeur et présente une grosseur dans le creux épigastrique. A l'examen, on trouve à l'épigastre et dans l'hypocondre droit une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, mobile, lisse, élastique. A son niveau, il y a matité à la percussion, une zone étroite de tympanisme la séparant de la matité du foie. Par la distension de l'estomac, la tumeur disparaît. On procéda à la laparotomie et on découvrit dans l'abdomen une tumeur grosse comme la tête d'un adulte, à fluctuation très nette, siégeant entre l'estomac qui était au-dessus et le côlon transverse au-dessous d'elle. Après avoir pratiqué une fente dans le ligament gastro-côlique, on pénétra directement jusqu'au kyste qui était immobile, atteignait l'apophyse xyphoïde et adhérait à la paroi postérieure de l'estomac. La poche du kyste fut incisée et suturée aux lèvres de la plaie abdominale. On donna alors issue à plus de 2 litres de liquide noir brunâtre dans lequel l'analyse chimique n'a pas trouvé d'éléments de suc pancréatique. Trois mois plus tard, il ne restait qu'une fistule de 4 cm.

Dr. E. Cetnarowski. Deux nouveaux cas de splénectomie.
(*Przegl. Lek.* Nr. 19, 1903).

Aux trois cas publiés antérieurement (*Przegl. pism. lek.* 1902, p. 212), l'auteur ajoute encore deux cas opérés par le prof. Trzebicki.

I. Une femme de 40 ans se plaint depuis deux ans de faiblesse, de douleurs dans le côté gauche, de dyspnée et de battements de coeur. Dans l'hypocondre gauche se trouve une tumeur descendant à un travers de main au dessus du pubis. Le rapport proportionnel des leucocytes aux hématies est égal à 1 sur 68. L'hémoglobine représente 55%. Le nombre des myélocytes est notablement augmenté. On fit la splénectomie, mais le sujet succomba dans une quinzaine d'heures au milieu des phénomènes d'hémorrhagie abdominale. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang dans l'abdomen sans qu'il fût possible de découvrir le vaisseau saignant. Le foie, les reins et la moelle présentaient de nombreuses infiltrations leucocytaires.

II. Un homme de 20 ans souffre de douleurs dans l'hypocondre gauche et d'accès fréquents de frissons et de fièvre. Dans l'hypocondre gauche on constate une tumeur dépassant de 4 travers de doigt le bord inférieur des côtes. Le rapport des globules blancs aux rouges est comme 1 sur 963. Hémoglobine = 39%. Les microbes de l'impaludisme font défaut. Splénectomie suivie de guérison. Quatre semaines après l'opération, on nota pour la première fois des dépôts de pigment et huit jours plus tard on trouva les microbes de l'impaludisme.

Dr. W. Łapiński. Traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche. (*Gaz. Lek.* Nr. 43, 1903).

Au cours des quatre dernières années, l'auteur a fait la réduction non sanglante chez 24 sujets dont 8 présentaient la luxation unitatérale ($1\frac{1}{2}$ à 9 ans) et 6 la luxation double (3 à $7\frac{1}{2}$ ans). Les résultats obtenus peuvent se ranger sous 3 catégories: guérison complète, amélioration et récidive. La guérison ne saurait être considérée comme complète qu'au bout de deux années après l'enlèvement de l'appareil plâtré. En somme l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes.

1) Le traitement non sanglant des luxations congénitales peut rendre à l'extrémité malade tout son fonctionnement et ses rapports anatomiques normaux;

2) La réduction doit être faite au plus tard dans la seconde moitié de la deuxième année;

3) Les méthodes non sanglantes se complètent mutuelle-

ment et aucune d'elles ne pourrait constituer un procédé applicable à tous les cas et suffisant par lui-même;

4) Dans les cas graves, on doit éviter les procédés trop violents et partager l'intervention en deux séances;

5) Des lésions anatomiques considérables surtout chez les enfants plus âgés demandent que le traitement non sanglant soit complété par des opérations extraarticulaires par exemple l'ostéotomie;

6) Les radiogrammes doivent être pris dans la station debout; lorsqu'on est forcé de les prendre dans le décubitus, il faut porter l'extrémité malade en haut;

7) Dans le traitement des luxations congénitales de la hanche, l'avenir appartient aux méthodes non sanglantes appliquées de bonne heure.

Dr. Rydygier. Des luxations anciennes de la hanche. (*Przepl. Lek. Nr. 43, 1903*).

L'auteur a obtenu la guérison dans deux cas de luxation ancienne de la hanche; à ce propos il fait une courte revue des procédés thérapeutiques à appliquer dans cette maladie. Ce sont 1) la réduction non sanglante 2) le massage et la gymnastique 3) l'ostéotomie sus trochanterienne 4) l'excision de la tête humérale 5) la réduction sous le bistouri.

Le dernier moyen est le meilleur, mais il donne de 10 à 15% de mortalité en raison des difficultés de technique et d'antisepsie qu'on a de la peine à rendre suffisante.

Dr. Wertheim. Anévrysme de l'artère poplitée. (*Med. Nr. 42, 1903*).

Une tumeur de la grosseur du poing s'est formée il y a un an et demi sans cause appréciable dans la région supéro-interne du jarrot. Les battements y sont très nets et cessent par la compression de l'artère fémorale. On énucléa avec une certaine difficulté cet anévrysme du sein des muscles environnants.

Dr. Bogdanik. De la résection du pied par la méthode de l'auteur. (*Przepl. Lek. Nr. 42, 1903*).

On fait l'incision à 1 cm. au-dessous de la malléole; on coupe les parties molles jusqu'à l'os d'avant en arrière et de haut en bas jusqu'à 1 cm. de la plante du pied, puis on contourne le talon pour passer sur l'autre côté du pied et l'on pour-

suit l'incision en haut et en avant jusqu'à atteindre son point de départ à 1 ctm. au-dessous de la malléole. Ensuite, on scie le calcanéum dans la direction de la gouttière calcanéenne et l'on applique le dos du pied contre la face antérieure de la jambe ce qui facilite l'accès de l'astragale.

Dr. A. Białobrzewski. De l'usage du bleu de méthylène dans les affections urinaires. (*Gaz. Lek. Nr. 11, 1903*).

Se basant sur 12 observations cliniques, l'auteur arrive à conclure que le bleu de méthylène agit le mieux et le plus rapidement à faibles doses (0,03—01 trois fois par jour) dans les inflammations catarrhales de la vessie et des voies urinaires. Son action est plus lente, mais également favorable dans les suppurations consécutives au cathétérisme. Dans les troubles d'origine blennorrhagique on a noté de fréquentes récides, mais en général les résultats étaient favorables et l'amélioration évidente. En cas de lésions tuberculeuses on n'a obtenu que l'amendement de certains symptômes pénibles, tels que douleur, cuisson, mictions fréquentes. En général, le bleu de méthylène agit comme calmant, antiphlogistique et antiseptique, il arrête la suppuration, tonifie et régularise le fonctionnement de la vessie. À titre de phénomènes secondaires, l'auteur note les nausées au début de l'usage du bleu de méthylène; la digestion et l'appétit ne subissent aucune modification sous l'influence de ce médicament.

Dr. J. Świątecki. Procédé pour l'introduction aseptique des sondes molles. (*Med. Nr. 45, 1903*).

Afin de se prémunir contre l'infection de la sonde Nélaton stérilisée par l'ébullition, l'auteur conseille de l'introduire à l'aide de longues pinces qu'il faut soumettre à l'ébullition en même temps que la sonde.

Dr. Dobrucki. Présentation d'une malade ayant subi la suture du rein. (*Kron. Lek. Nr. 15, 1903*).

Chez une jeune fille de 25 ans, le rein droit atteignait l'épine iliaque antérosupérieure et provoquait des douleurs continues empêchant la malade de travailler. On pratiqua une incision oblique, on entama la capsule par le procédé d'Obalinski et l'on fixa le rein par la méthode Rottor c. a. d. qu'on attira le rein en haut à l'aide d'un point de suture qui traversait le

parenchyme et dont les deux bouts passaient autour de la 12-me côte et à travers la peau au dehors, et là étaient noués sur un bourrelet de gaze iodoformée. Plusieurs sutures ordinaires réunissaient le rein avec le muscle carré des lombes. La plaie fut tamponnée et la malade guérit complètement.

Dr. Goldman. Un cas d'adénosarcôme du rein. (*Czasop. Lek. Nr. 9, 1903*).

Le sujet, garçon de 9 mois, était un jumeau venu à terme; son frère était mort à 2 mois avec des signes de cachexie et de tuméfaction générale du ventre. Il y a cinq semaines, l'enfant a commencé à maigrir; actuellement il pèse 14 livres. Dans l'hypocondre droit et à l'épigastre la paroi abdominale fait saillie repoussée qu'elle est par une tumeur lisse et élastique. Point de fièvre. L'urine est normale. On a fait la néphrectomie transpéritonéale sous l'éther.

La tumeur enlevée comprenait deux portions, la plus grande avait 13 centimètres sur 16, la plus petite 7 sur 4 cm. L'examen microscopique a montré les traces du tissu rénal disséminées au sein du néoplasme qui était composé d'éléments du tissu conjonctif et de noyaux de cellules embryonnaires peu différenciées. Ces dernières offraient soit la disposition caractéristique d'un sarcome à petites cellules, soit celle d'un tube. Les vaisseaux y étaient fortement développés. Les suites de l'opération furent favorables. Au bout de quelques semaines on constatait l'existence de nombreuses tumeurs dans l'abdomen. Le sujet succomba à la cachexie quatre ans plus tard.

La courte statistique de l'auteur indique que ces tumeurs se rencontrent chez les enfants jusqu'à l'âge de 7 ans et que sur 155 opérés il n'y a eu de guérison radicale que dans 7 cas. Un point intéressant c'est que l'hématurie n'a été notée que dans 16% des cas.

Dr. Kryński. A propos de l'étiologie et du traitement du rein flottant. (*Przeegl. Lek. Nr. 44, 1903*).

Les reins sont maintenus en place par des aponévroses, le tractus vasculaire, le péritoine et la pression abdominale. Ils ne peuvent se déplacer qu'en bas et en dedans et ils sont gênés dans ces mouvements par la longueur du tractus vasculaire. La fréquence du rein flottant chez la femme s'explique par la localisation différente de l'organe dans les deux sexes; puis par l'usage des talons élevés et du corset, enfin par les accouchements. Il faut opérer là où échoue le traitement conservateur; celui-ci

consiste à faire garder le lit, à suivre un régime forcé, porter un bandage non élastique.

Dr. Klęsk. Contribution à la chirurgie rénale. (*Przeegl. Lek. Nr. 45, 46, 47, 1903*).

Se basant sur les faits notés à la clinique du prof. Kader, l'auteur analyse les indications de la néphrectomie et les méthodes qui servent à déterminer le fonctionnement des reins. En première ligne, il faut citer l'anesthésie lombaire à la tropocaïne qui est indiquée dans les opérations rénales comme moyen non irritant pour les reins. Les antisoptiques sont inadmissibles vu leur action fort excitante. Les toniques du coeur administrés à plusieurs reprises avant l'opération se montrent très utiles, car ils aident le coeur à supporter la charge qui lui est dévolue après l'opération. Les lésions du coeur n'empêchent point d'intervenir. Le dr. Kader extirpe le rein par une incision en T horizontal dont la branche verticale longue de 10 à 15 cm. suit le bord externe du muscle droit antérieur de l'abdomen; l'autre branche perpendiculaire à la précédente se dirige horizontalement un peu au-dessous de la 12-me côte jusqu'au bord externe de la masse sacro lombaire. Après avoir fait l'incision verticale, on ouvre le péritoine ce qui permet de bien examiner les deux reins à l'aide de la main. Lorsqu'on a constaté que le rein malade se laissera enlever, on fait l'incision horizontale et en cas de besoin, on résèque la 12-me côte. Quand il s'agit de se prémunir contre l'infection du péritoine surtout la tuberculeuse, on peut suturer le péritoine et enlever le rein par voie rétro-péritonéale. Mais dans les cas à diagnostic absolument certain, il faut suivre de prime abord la méthode rétro - péritonéale. Le rein doit être enlevé avec sa capsule ce qui prémunit mieux contre la récurrence.

Dr. M. W. Herman. Sur la ligature des uretères. (*Now. Lek. Nr. 5, 1903*).

Lorsque pendant une opération abdominale, il arrive de lésier un uretère, on fait habituellement la ligature du bout central de l'uretère pour obtenir l'atrophie rénale. L'expérience faite sur le chien a prouvé à l'auteur que le rein se transforme alors en kyste et s'il y a eu infection préalable, le contenu de ce kyste peut causer une infection générale. En conséquence l'auteur conseille de fixer le bout central de l'uretère sectionné sur la peau et de lui assurer ainsi la perméabilité jusqu'à un moment propice à l'énucléation du rein.

Dr. Lenko. Conduite à tenir pendant le cathétérisme des uretères. (*Przeegl. Lek. Nr. 50, 1903*).

Avant de pratiquer le cathétérisme, on doit appliquer un suppositoire morphiné avec 10% de cocaïne et injecter de l'eau glacée dans la vessie. La malade de l'auteur avait une hématurie continue depuis 3 semaines. De l'uretère gauche on a retiré en 5 heures près de 2 gr. de liquide purulent sanguinolent, et de l'uretère droit en une heure près de 40 cm. cubes d'urine dont les premières portions étaient claires et les autres colorées de sang.

Après l'examen, il y a eu des céphalalgies et des vomissements. On posa le diagnostic de tumeur du rein gauche.

Dr. A. Rydygier (jun.). Nouveau procédé d'uretéroplastie (*Przeegl. Lek. Nr. 13, 1903*).

En cas de modifications cicatricielles étendues ou de perte de substance de l'uretère, l'auteur propose d'agir de la manière suivante. On détache l'appendice vermiforme du cœcum sans le séparer du mésentère et l'on coupe le bout terminal de cet appendice; on obtient ainsi un canal qui peut être greffé entre les deux segments de l'uretère sectionné. Dans les cas, où l'appendice ne se laisserait pas déplacer à ce point, on pourrait exciser un lambeau analogue dans l'anse de l'intestin grêle la plus rapprochée de la perte de substance urétérale. La lumière de l'intestin doit être ramenée à des dimensions égales à celles de l'uretère. Pour cela on exciserait une bandelette de circonférence intestinale placée en face du mésentère; la portion adhérente au mésentère doit être suturée en tube. L'auteur complète son travail par la revue des tentatives faites à ce sujet.

Dr. L. Rydygier. Contribution aux maladies des voies urinaires. (*Przeegl. Lek. Nr. 51, 1903*).

a) Chez un sujet ayant subi en 1898 la taille périnéale (section mediana) pour un calcul de l'urèthre et deux années plus tard la lithotritie, il survint en 1901 des accès de colique néphrétique du côté gauche. Au cours de la néphrotomie, on enleva un calcul rugueux et, s'étant convaincu de la présence des calculs dans la portion inférieure de l'uretère, on mit à découvert ce canal dans tout son parcours extrapéritonéal et on l'ouvrit. Les calculs enlevés, on sutura la plaie de l'uretère et celle du rein au catgut et on plaça des drains. Les sutures cutanées durent être bientôt enlevées en raison de la fièvre. Le sujet a fini par guérir.

(g) Le second cas concerne un homme de 38 ans chez qui l'on avait oblitéré une fistule périnéale à Vienne au moyen d'un lambeau cutané. Au niveau de ce lambeau greffé, il s'était formé un diverticule dans lequel l'urine séjournait constamment. L'urine était trouble et contenait des poils. Il y avait aussi un ténésme fréquent accompagné de violentes douleurs. Consécutivement au décubitus prolongé et à la flexion des jambes il survint une contracture du genou et de la hanche ainsi que des escharres. L'auteur procéda à la taille et enleva un calcul de la grosseur d'une noix à noyau formé de poils. Un autre calcul fut enlevé du diverticule au moyen de l'incision du lambeau greffé. Ce calcul était enchevêtré de nombreux poils fins. En même temps, l'auteur mobilisa les articulations contracturées. Les plaies guérirent et le malade apprit de nouveau à marcher.

c) Dans le troisième cas, il s'agit d'hypernéphrome malin énucléé avec l'aide de l'anesthésie locale de Schleich. Du même côté il y avait engorgement des ganglions inguinaux, dans lesquels le microscope a démontré les lésions de la tuberculose miliaire. Le sujet guérit.

Dr. Rydygier. Nouvelle méthode de traitement de l'ectopie vésicale. (*Gaz. Lek. Nr. 50, 1903*).

Se basant sur un fait observé personnellement à savoir que la suture de la vessie tient bien mieux là où elle comprend le péritoine que dans les points non tapissés de cette membrane, l'auteur conseille d'ouvrir la cavité péritonéale lorsqu'il s'agit d'aviver les bords de la fente ectopique. On rendrait ainsi ces bords parfaitement mobiles et accessibles au bistouri. On les réunit ensuite par une suture continue à deux étages ne comprenant point la muqueuse. Afin de fermer plus aisément l'abdomen, l'auteur attire en dedans les insertions inférieures des muscles droits de l'abdomen ainsi qu'une portion de la branche horizontale du pubis.

Dr. Czerwiński. Corps étranger dans la vessie. (*Kron. Lek. Nr. 9, 1903*).

Une femme enceinte de 26 ans avait des troubles de la miction qu'elle attribuait à la présence d'un fragment de racine d'iris dans la vessie. L'urine était épaisse, mêlée de sang et de fragments d'un tissu indéterminé. Sous le chloroforme, on introduisit facilement le doigt dans la vessie et l'on y découvrit un corps étranger oblong, placé en travers et qui se fragmentait

sous la pression du doigt. Les fragments furent enlevés à l'aide de pinces

Dr. B. Motz et E. Monfort. Quelques considérations sur les cystites chroniques. (*Med. Nr. 41, 42, 1903*).

Toutes les fois qu'on a affaire à une cystite rebelle, on doit examiner les causes qui entravent l'organisme dans sa lutte avec l'infection. Ces causes peuvent être péri ou intracystiques. Aux premières les auteurs rapportent a) les troubles intestinaux tels que constipation, fistule vésico — intestinale, b) les affections génitales comme p. ex. les déplacements et les tumeurs utérines ou ovariennes, les fistules vésico-vaginales, la périmérite ou la salpingite, l'inflammation des vésicules séminales et de la prostate, c) l'infection des voies urinaires voisines: urétérite, uréthrite postérieure. Dans tous ces processus, les bactéries pénètrent dans la vessie soit à travers des parois, soit par continuité et comme il existe alors une hyperémie vésicale ou bien la rétention d'urine, les bactéries peuvent provoquer et entretenir l'infection de la vessie.

Les causes intra-vésicales amenant une cystite rebelle sont les néoplasmes, les calculs, les corps étrangers, les vices de conformation des parois vésicales (vessie double, diverticules, cellules de cet organe), la rétention complète ou partielle de l'urine, les lésions des parois (villosités, ecchymoses, abcès).

Toutes ces complications rendent la désinfection de la vessie fort difficile. Aussi dans toute cystite rebelle au traitement il faut bien chercher si une des affections énumérées ne se trouve pas cachée dessous et c'est à elle qu'il faut s'attaquer d'abord avec tout l'arsenal de la chirurgie.

Dr. Hallé et Motz. De la tuberculose de l'urèthre postérieur et des glandes voisines. (*Kron. Lek. Nr. 19, 20, 21, 1903*).

Se basant sur les faits publiés dans la littérature, les auteurs pensent que la prostate et les vésicules séminales peuvent être le siège des lésions tuberculeuses primitives de l'appareil génital; par contre la localisation primitive du processus tuberculeux dans l'urèthre postérieur n'a pas encore été prouvée. Dans l'énorme majorité des cas les lésions prostatiques et vésiculaires apparaissent secondairement à celles du rein et du testicule. L'infection tuberculeuse des voies urinaires peut s'opérer de deux manières, 1) par la voie des vaisseaux ainsi que cela se produit dans l'envahissement primitif de la prostate et des vésicules séminales, 2) par l'urine qui charrie

les bacilles tuberculeux et les dépose sur les muqueuses (expériences de Hansen).

L'unique moyen de poser le diagnostic, c'est le toucher rectal qui permet de constater les changements de forme et de consistance de la prostate et des vésicules séminales et qui rend possible d'exprimer le contenu purulent pour en faire l'examen histologique et bactériologique. L'exploration par les instruments donne peu de résultats en général, mais parfois la sonde pénètre dans le foyer caséux et recueille l'exsudat morbide qui sert à éclairer le diagnostic. D'autres fois, la sonde entre dans l'espace sous vésical et donne issue à un liquide fétide purulent, mêlé à des grumeaux caséux ce qui est un signe pathognomonique.

Le pronostic est toujours grave, mais il faut se souvenir que les tubercules de la prostate et des vésicules séminales sont parfois curables surtout au début de la maladie. L'infection secondaire est un facteur défavorable, car elle amène le ramollissement, la supuration et la formation des cavernes. Cette période de l'affection est fort grave.

Au début du processus, le traitement doit être général, antituberculeux. Mais en cas de ramollissement ou de suppuration menaçante, on doit intervenir chirurgicalement.

Dr. N. Hallé et B. Motz. De la tuberculose de l'urèthre antérieur. (*Gaz. Lek.* 9, 10, 12, 1903).

C'est une description détaillée des lésions anatomiques et histologiques de l'urèthre et des tissus qui l'environnent. La tuberculose de l'urèthre intéresse la muqueuse et les corps caverneux de l'urèthre. Les lésions des tissus environnants siègent dans le tissu conjonctif périurétral et dans les corps caverneux du pénis (Périurétrite tuberculeuse).

1) Les lésions tuberculeuses de la muqueuse uréthrale présentent des granulations, des ulcérations et des infiltrations. Les ulcérations sont les plus fréquentes. Les granulations constituent des tubercules isolés ou agglomérés par flocs, ils sont gris dans le premier cas, jaunâtres dans le second. Les tubercules siègent le plus souvent dans les segments profonds de l'urèthre antérieur; la muqueuse qui les recouvre se réduit à la simple couche épithéliale. Si cette couche arrive à se rompre, on obtient des ulcérations caractéristiques pour la tuberculose en général. Le nombre de ces lésions est très variable, les formes confluentes et profondes occupent d'habitude les segments postérieurs de la portion bulbeuse, les formes superficielles siègent plus près du méat; la muqueuse de la fosse naviculaire et du gland n'en présentent jamais.

Dans les cas exceptionnels, on voit les lésions tuberculeuses de l'urèthre prendre la forme d'infiltrations caséuses blanc jaunâtres, adhérentes à la muqueuse, indurées et fort analogues aux foyers caséux des poumons.

Dans les formes graves de tuberculose uréthrale à marche rapide, amenant la destruction de la muqueuse et des parois de ce canal, les lésions primitives consisteraient en ces infiltrations caséuses.

Les modifications tuberculeuses du corps caverneux de l'urèthre sont le plus souvent secondaires à celles de la muqueuse. Au-dessous de cette dernière couche on voit alors des nodules qui pénètrent dans le corps caverneux où ils se caséifient et forment des cavernes en communication avec le canal uréthral. Ces cavernes atteignent le maximum de leur développement vers le milieu du bulbe et du gland; les lésions tuberculeuses primitives sont fort rares dans le corps caverneux de l'urèthre et siègent également au niveau du bulbe et du gland. Les foyers primitifs du corps spongieux, granulations ou infiltrations n'ont aucune espèce de rapport anatomique avec les foyers superficiels de la muqueuse laquelle peut être indemne ou peu modifiée.

2) Les lésions tuberculeuses périuréthrales peuvent être circonscrites ou diffuses. Les premières présentent des nodules indurés à contenu purulent caséux s'ouvrant dans l'urèthre, à la peau ou dans les deux directions à la fois. Les fistules urinaires se trouvent alors constituées. Ces nodules siègent à la paroi inférieure de l'urèthre et exceptionnellement à la face supérieure du canal. Les tubercules confluent offrent la forme de vastes foyers irréguliers tortueux à ramifications nombreuses. Ces foyers tapissés de granulations fines sont remplis de pus et de matière caséuse. Ils donnent naissance à des fistules qui s'ouvrent à la peau du pénis, du périnée et même de régions plus éloignées (rectum).

Une lésion fort rare c'est la tuberculose du corps caverneux du pénis. Ces lésions prennent l'aspect de petits nodules dans le voisinage de la cloison ou bien celui de cavités plus considérables remplies de pus.

Les auteurs rangent aussi dans la tuberculose périuréthrale la tuberculose des glandes de Cooper dont ils distinguent deux formes: la circonscrite et la diffuse. La première donne lieu à la formation de cavernes dans les glandes avec dégénérescence kysto-caséuse, la capsule glandulaire reste intacte et tout le processus évolue d'une manière fruste. Dans la forme diffuse, il se produit des abcès extrabulbaires avec fistules péri-néales.

Modifications histologiques. Dans la muqueuse, on constate des lésions tuberculeuses au niveau de la circonférence du bourrelet qui circonscrit le foyer caséux. Ce

foyer présente une nécrose complète ce sont des amas d'éléments indistincts se colorant mal. Les tubercules se trouvent dans le voisinage immédiat du tissu sain; pourtant là aussi il n'est pas facile de tomber sur un tubercule ou une cellule géante.

Le tissu caverneux de l'urèthre et celui du pénis présentent des lésions absolument identiques c. a. d. des tubercules miliaires, des foyers caséux et même de petites cavernes dans les trames du tissu spongieux et des tubercules classiques dans la capsule fibreuse externe et dans le tissu connectif environnant.

Les glandes uréthrales ne contribuent pas peu à la propagation de la tuberculose dans cet organe. Le processus morbide y débute par la prolifération et la desquamation épithéliale ainsi que par l'infiltration du tissu environnant. A la phase ultime de ces modifications, la glande augmentée de volume est comme enclavée dans une grosse nodosité qui offre l'image de l'infiltration embryonnaire. Les acinis de la glande sont perforés et bourrés de cellules épithéliales dégénérées. On constate en outre de nombreux tubercules à cellules géantes, des granulations ou des masses vitro-caséeuses disséminées dans le tissu périglandulaire. Dans les glandes de Cooper les lésions sont identiques à celles mentionnées ci-dessus.

Les bacilles de Koch se rencontrent par petits groupes soit au-dessous des ulcérations soit vers le centre des tubercules des espaces sous muqueux du tissu spongieux. Leur existence dans l'exsudat uréthral est encore plus rare. Suivant les auteurs lorsque l'examen histologique révèle la présence des tubercules et des cellules géantes, il prouve suffisamment la nature de l'affection.

Dr. N. Hallé et B. Motz. De la tuberculose de l'urèthre antérieur. (Med. Nr. 2, 3, 4, 1903).

La tuberculose de l'urèthre antérieur est une complication tardive qui survient comme dernier symptôme accessoire de la tuberculose génito-urinaire. Elle paraît plus propre à l'adolescence et à l'âge moyen. Parmi les sujets à lésions tuberculeuses urinaires étendues on trouve l'urèthre pris une fois sur douze. En clinique on reconnaît le mal d'après les syndrômes tels que les mictions douloureuses, l'exsudat chronique séro-purulent, les signes de rétrécissement. L'examen du canal par le doigt et le cathétérisme, la recherche des bacilles de Koch dans les exsudats sont autant de moyens de confirmer le diagnostic.

L'affection guérit parfois spontanément, même en cas de complications périuréthrales, mais elle peut laisser des cicatrices permanentes. L'intervention chirurgicale y est parfois indi-

quée et peut comprendre un des procédés tels que l'ouverture des abcès, l'excision et le raclage des infiltrations diffuses, l'extirpation des glandes de Cooper, l'uréthrotomie par voie périnéale, l'ablation partielle ou totale du pénis, l'uréthrotomie secondaire. Toutes ces opérations sont souvent couronnées de succès.

Le travail s'appuie sur des observations personnelles ou empruntées à d'autres cliniciens. Certaines de ces observations semblent prouver et une d'elles prouve incontestablement que les ulcérations tuberculeuses de l'urètre peuvent guérir spontanément et que les rétrécissements cicatriciels peuvent succéder aux lésions tuberculeuses. A la fin du travail, les auteurs ajoutent des considérations étiologiques et pathogéniques. Ils combattent la théorie qui attribue l'origine de la tuberculose uréthrale antérieure au contact direct avec l'urine renfermant des bacilles tuberculeux; ils admettent plutôt que l'infection est propagée par le courant sanguin qui abandonne des bacilles dans les vaisseaux capillaires c'est là que commencerait l'action morbide des microorganismes pathogènes.

D. J. Sachs. Contribution à l'étiologie du prolapsus uréthral chez la femme. (*Przeegl. Lek. Nr. 26, 1903*).

Chez une multipare de 68 ans, il s'établit consécutivement à l'application du pessaire de Meyer un ténisme vésical tellement prononcé que la femme devait uriner jour et nuit toutes les 3 à 5 minutes. Au bout de 3 jours, une violente cuisson se fit sentir dans le vagin; il y eut de l'hématurie, ce qui força la femme à se rendre à l'hôpital. Vers le tiers supérieur de la vulve apparaissait entre les grandes lèvres une tumeur cylindrique de la grosseur d'un oeuf, rouge foncé, tapissée de muqueuse lisse. A sa face antérieure on voyait une fossette par laquelle on introduisit la sonde dans la vessie d'où l'on retira quelques gouttes d'urine claire. La base de la tumeur était rétrécie et se confondait avec la muqueuse de l'urètre. Le pessaire contenu dans le vagin était fort difficile à extraire. Les tentatives de réduction de la tumeur ayant échoué, on résolut d'exciser la muqueuse herniée avec des ciseaux à l'aide de l'anesthésie cocaïnée. Des sutures furent appliquées sur les bords de la plaie et un cathéter placé à demeure dans la vessie. La cicatrisation s'opéra en 7 jours.

En parlant de l'étiologie de l'affection ci-dessus, l'auteur attribue le plus grand rôle au ténisme vésical dû aux troubles vésicaux et uréthraux ainsi qu'aux accouchements difficiles. Dans l'observation rapportée, le ténisme avait pour cause un pessaire trop gros qui comprimait la paroi postérieure du vagin de même que la face postérieure de la symphyse pubienne.

La malade poussait pendant 36 heures sans relâche jusqu'à faire sortir la muqueuse uréthrale au dehors.

Parmi les nombreuses méthodes thérapeutiques proposées, il faut donner la préférence au traitement conservateur notamment à la réduction de la muqueuse herniée. Mais en cas d'échec, il faut opérer sans perdre le temps.

Un autre point à relever c'est que le cathéter fonctionna mal dès le lendemain de l'opération, par suite de quoi il fut retiré; la malade urina seule, sans que cette circonstance ait influé défavorablement sur la cicatrisation de la plaie.

Dr. A. Ciechomski. De la conduite à tenir dans les abcès de la prostate. (*Gaz. Lek. Nr. 18. 19, 1903*).

Après avoir indiqué l'importance du diagnostic et de l'intervention précoce dans les abcès prostatiques, l'auteur parle de la technique opératoire à suivre; il conclut que la taille périnéale est la méthode la plus rationnelle. C'est par cette voie que l'auteur a opéré un cas d'abcès aigu de la prostate d'origine blennorrhagique chez un sujet de 19 ans; on obtint une guérison radicale au bout de six semaines.

Dr. L. Rydygier. De l'énucléation intracapsulaire de la prostate hypertrophiée. (*Przegl. Lek. Nr. 52. 1903*).

L'auteur discute l'opinion de Zuckerkandl et Voelker partisans de l'extirpation totale de la prostate. Afin de rendre cette opération le moins dangereuse possible, l'auteur recommande de procéder de la manière suivante: Inciser le périnée le long du raphé médian depuis la racine des bourses jusqu'à la commissure antérieure de l'anus ou bien dans les cas particulièrement difficiles pratiquer l'incision arquée transversale de Zuckerkandl. On attaque ensuite la capsule prostatique par deux incisions au niveau des lobes latéraux à 1 ou 2 cm. de la ligne médiane correspondant à l'isthme de la glande; on évite ainsi de blesser l'urètre. Le dr Rydygier s'oppose absolument à l'ouverture de l'urètre ou de la vessie et il insiste sur les précautions à prendre pour ne pas léser ces organes au cours de l'opération. C'est pourquoi il propose de substituer au curettage de la prostate, la résection intra capsulaire des lobes latéraux de cette glande.

L'extirpation totale est condamnée par l'auteur, parce qu'elle expose à une lésion presque inévitable de l'urètre, aux lésions secondaires des canaux déferents et à l'incontinence d'urine.

L'auteur est d'avis qu'il faudrait recourir à cette opération dans les périodes précoces de l'hypertrophie prostatique car

c'est un procédé indemne de tout danger et qui prémunit contre les complications.

Dr. G. Lewin. Succion de la plaie pendant la circoncision considérée comme un des facteurs étiologiques de la tuberculose. (*Zdrowie fasc VIII, 1903*).

Ce travail traite de la manière dont on opère la circoncision chez les israélites et il résume les articles publiés quant à l'inoculation possible de la tuberculose sur le pénis du nouveau né lorsque l'opérateur suçant la plaie a les poumons ou le larynx infecté par cette maladie. L'auteur considère ensuite les origines de la circoncision, ses rapports avec la religion et son rôle hygiénique. Après avoir cité les opinions les plus importantes des partisans de la circoncision il arrive aux conclusions suivantes:

1) La circoncision exécutée d'après les règles de l'art sur un enfant sain, est un procédé inoffensif qui peut même être utile à certains points de vue.

2) La succion de la plaie pénienne par la bouche de l'opérateur doit être abandonnée comme un usage fort dangereux, d'autant plus qu'il n'a rien de commun ni avec la religion en général ni avec ce rite en particulier.

3) La circoncision doit être exécutée dans les conditions d'une antisepsie rigoureuse à l'égal de toute autre intervention chirurgicale. La succion de la plaie peut se faire à l'aide du biberon ou du tube de Pettenkofer construit sur la demande du rabbin M. Cohn de Fulda en 1888 et approuvé par bien d'autres rabbins. La nécessité de cette réforme devrait être indiquée à la population israélite par l'intermédiaire de la Société d'Hygiène.

Dr. Perlis. Gangrène du pénis par étranglement. (*Czas Lek. 1903*).

Un enfant de 14 jours présentait la gangrène du pénis consécutive à la circoncision pendant laquelle l'opérateur avait comprimé le pénis avec une longue bande enroulée plusieurs fois afin de prévenir l'hémorrhagio. Toute la portion libre de l'organe était devenue noire, sèche, momifiée. Au dessous de la symphyse pubienne se voyait une petite ulcération tapissée de bourgeons charnus et de laquelle l'urine suintait à petites gouttes.

Dr. Dobrucki. Sarcôme du testicule. (*Kron. Lek. Nr. 10, 1903*).

Un néoplasme occupait tout le testicule et au-dessus de lui il y avait hydrocèle du cordon distendant tout le canal inguinal. Après avoir fait la castration très haut, on ferma le canal par une suture à plusieurs étages. Le sujet guérit. L'augmentation du testicule dans ce cas avait commencé deux ans auparavant à la suite d'un traumatisme. L'hypertrophie notable de la tumeur et les vives douleurs dataient de deux mois.

2. LARYNGOLOGIE ET. OTOLOGIE.

Dr. S. Szleifstein. La paraffine à titre de moyen thérapeuto-cosmétique. (*Med. Nr. 2, 3, 1903*).

L'auteur a fait des injections de paraffine chez l'homme et chez les animaux. Il les a appliquées chez deux jeunes filles de 16 et de 17 ans à nez défoncé et atteint d'ozène. Les résultats furent favorables tant au point de vue plastique que par rapport à l'ozène. La fétidité nasale disparut. La paraffine employée avait son point de fusion entre 40 et 54-c C.

Dans les expériences sur les animaux, (lapins, cobayes et souris) l'auteur appliquait des mélanges fusibles à 41,5° C. et à 42° C. qu'il injectait sous la peau des oreilles, du dos et de l'abdomen. Certains animaux furent sacrifiés afin d'obtenir les préparations histologiques du point injecté.

Voici les conclusions de ce travail:

1) La paraffine tant dure que molle est parfaitement apte à la protèse et n'exerce aucune action nocive sur l'organisme animal.

2) La chute des poils qu'on a notée chez les animaux ainsi traités ne se produit que lorsque la paraffine a été injectée à dose trop forte ou sous la peau trop tendue.

De même s'expliqueraient les escharres cutanées au niveau des protèses paraffinées et la non réunion des orifices dus à l'aiguille d'injection. La qualité et la consistance de la paraffine n'y sont pour rien, car la paraffine molle provoque les mêmes complications que la dure.

4) La paraffine imprègne avec le temps le tissu conjonctif ce qui ne diminue pas son rôle dans l'organisme.

5) La paraffine tout à fait dure ne provoque aucun trouble spécial chez l'homme, ni chez les animaux sinon peut être une réaction locale plus vive. Vu la température élevée de

l'organisme dans certaines affections, elle serait préférable à la paraffine de 36 à 42°.

6) Dans les régions qui ne sauraient être soumises à une compression prolongée, il faudrait employer la paraffine aussi dure que possible, car elle refroidit plus vite et expose moins aux thrombus.

7) Lorsqu'on a en vue un but thérapeutique c. a. d. dans les cas d'incontinence urinaire, d'incontinence fécale, de nasillement, il faut toujours essayer la protèse paraffinée et cela d'autant plus que ses complications, même les embolies pulmonaires, finissent par guérir.

8) Si c'est la plastique qui exige les injections paraffinées, il faut se souvenir que ce n'est nullement un procédé inoffensif et qu'il ne doit être employé que sur l'insistance des sujets et dans les cas de déformations exagérées.

Dr. M. Hertz. Injections de paraffine dans l'otorhinologie,
(*Med. Nr. 29, 1903*).

Le travail présente un résumé général des articles consacrés à cette question. On y trouve des données sur les indications, la technique, les effets thérapeutiques des injections paraffinées en cas de déformations du nez, d'ozène (injections sous la muqueuse des cornets), de vices de conformation de la voûte palatine et du voile du palais, de déformations du pavillon de l'oreille, enfin dans les pertes de substance, consécutives aux opérations radicales du sinus frontal.

Dr. A. Heiman. De la valeur réelle de l'adrénaline dans les maladies des oreilles et du nez. (*Gaz. Lek. Nr. 20, 1903*).

Malgré l'enthousiasme général dont l'adrénaline est l'objet, l'auteur exprime une opinion tout à fait défavorable à l'emploi de ce médicament; il se range du côté des cliniciens qui en ont décrit les désavantages. L'adrénaline provoque suivant l'auteur l'intoxication, l'albuminurie, ne produit pas d'anesthésie, n'est qu'un hémostatique douteux, qui se décompose facilement et coûte très cher.

Dans les maladies des oreilles dans lesquelles l'auteur a appliqué l'adrénaline, l'action calmante a fait défaut; il y a eu même de violentes douleurs et une cuisson dans l'oreille avec céphalalgies et vertiges.

Dans la sténose de la trompe d'Eustache, le résultat a été également négatif et même défavorable.

Dans les affections nasales, l'adrénaline amenait l'anémie et un soulagement passager dans les cas aigus, mais elle n'exer-



çait nulle action thérapeutique dans les cas chroniques. La sensation cuisante était notée constamment.

L'auteur refuse donc à l'adrénaline toute valeur thérapeutique dans les maladies des oreilles et du nez et il pense que ce médicament tombera bientôt dans l'oubli.

Dr. A. Heiman. Des rapports de l'oreille avec la sphère dite „naso-sexuelle“ (*Gaz. Lek. Nr. 38, 1903*).

Après la publication de l'observation de Hanyi, l'auteur a vu plusieurs cas de fortes névralgies dans une ou dans les deux oreilles chez des jeunes filles âgées de 18 à 28 ans. Dans un de ces cas, les oreilles ne présentaient aucune lésion; la cause de la douleur ne se laissait pas deviner; tous les moyens thérapeutiques échouèrent. Les douleurs augmentaient pendant et après les règles.

L'examen du nez fit voir que les cornets inférieurs étaient notablement tuméfiés. On appliqua des badigeonnages de cocaïne à 20% et les douleurs cessèrent pour quelque temps. Après la cautérisation des cornets au galvanocautère, les douleurs névralgiques disparurent complètement en même temps que cessèrent les coliques de la menstruation.

L'auteur fait remarquer l'absence des phénomènes croisés dans son observation: la névralgie intéressait le même côté que l'hypertrophie du cornet inférieur.

Nous voyons donc que l'effet favorable de la cocaïne s'exerce également sur l'oreille et sur les organes génitaux c. a. d. que si la douleur de l'oreille cesse après la cocaïnisation, on a certainement affaire à des troubles nasogénitaux. Dans le cas contraire, il faut incriminer une autre cause.

Dr. Baurowicz. Oblitération congénitale des deux narines. (*Przeegl. Lek. Nr. 42, 1903*).

Après avoir cité neuf observations de divers cliniciens, l'auteur rapporte une observation personnelle. Un garçon de 3 mois, chétif et mal développé, avait le nez court et large et les deux narines fort écartées l'une de l'autre. Les narines étaient oblitérées par des membranes d'apparence cutanée légèrement enfoncées et présentant un orifice très petit au sommet de leur concavité. La voûte palatine était haute et étroite. A l'aide du galvanocautère l'auteur pratiqua dans ces membranes des orifices qu'il dilata ensuite avec la sonde nasale d'Asck. L'enfant ainsi opéré, commença à se développer régulièrement.

Dr. A. Heiman. Remarques sur quelques points pratiques d'otologie. (*Kron. Lek. Nr. 10, 1903*).

I. Dans les cas, où l'application d'un tympan artificiel se trouve indiquée l'auteur n'emploie que du coton sec en très petite quantité. Ce coton est bien supporté par l'oreille et il n'y a pas de suppuration si le coton se trouve d'un seul côté, même lorsqu'il y reste fort longtemps; mais en appliquant du coton dans les deux oreilles, on provoque une suppuration constante. L'auteur ne fournit aucune explication de ce fait.

II. Le travail contient deux observations de cholestéatomes de la caisse du tympan. Dans ces cas, les phénomènes offraient un caractère violent, mais l'opération n'a pu être faite faute du consentement du sujet. On appliqua des irrigations de l'oreille et on éloigna le cholestéatome petit à petit.

Dans les deux cas, la fièvre et les douleurs ont apparu après un bain pendant lequel l'eau avait pénétré dans l'oreille, atteinte d'une suppuration ancienne.

Dr. A. Heiman. Remarques sur la conduite à tenir dans les otites moyennes aiguës. (*Kron. Lek. Nr. 14, 1903*).

Se basant sur 48 observations d'otite moyenne aiguë catarrhale et purulente, l'auteur se déclare en faveur du traitement antiphlogistique (sangsues sur l'apophyse mastoïde, glace ou compresses chaudes, calmants dans l'oreille, préparations salicylées à l'intérieur, diète et repos absolu). Si ce traitement échoue c. a. d. lorsque la douleur de l'oreille ne diminue pas après 4 ou 5 jours, ou si elle augmente, il faut inciser le tympan ce qui soulage le sujet en cas de processus purulent et prévient les complications. La section du tympan est également indispensable lorsque la douleur reparait dans toute sa violence après une trêve de plusieurs jours.

Dr. T. Heiman. Contribution au traitement des otites moyennes aiguës. (*Med. 33, 35, 1903*).

L'auteur recherche, dans ce travail, s'il faut ou non inciser le tympan dans les otites moyennes aiguës. Après avoir cité les opinions des partisans et des adversaires de cette opération, se basant en outre sur des expériences personnelles, l'auteur conclut ainsi: Par rapport au traitement à suivre, il faut distinguer l'otite moyenne simple de la forme purulente. Dans le premier cas, l'incision du tympan est rarement indiquée, le traitement non sanglant suffit à lui seul. Toutefois on doit intervenir de bonne heure chez les enfants, lorsque les ménin-

ges sont touchées. Dans une otite purulente, la section du tympan abrège souvent la durée du mal et conjure de graves complications. Elle se trouve également indiquée en cas d'orifices trop petits ou placés trop haut, par lesquels le pus ne s'écoule pas librement. Il n'est pas prouvé que la section du tympan prémunisse contre les complications du côté de l'apophyse mastoïde et contre la nécessité de perforer cet os.

Le traitement des otites moyennes aiguës primitives ne diffère en rien de celui des formes secondaires.

Dr. T. Heiman. Deux cas de thrombose du sinus latéral. (*Med. Nr. 44, 1903*).

Les deux observations de l'auteur concernent des enfants chez qui la trépanation de l'apophyse mastoïde a dû être faite dans un état fébrile à type septicémique. Vu les signes de thrombose du sinus latéral, l'auteur ouvrit ce sinus et enleva le caillot. La veine jugulaire ne fut pas liée. Dans le second cas la mort survint au 8^{me} jour après l'opération et l'on trouva à l'autopsie un abcès extra méningé en plus de la thrombose du sinus latéral.

Dr. T. Heiman. Corps étranger entretenant la suppuration dans l'oreille. (*Med. Nr. 44, 1903*).

Chez un homme de 60 ans, la suppuration de l'oreille datait de trois semaines; le canal auditif externe contenait beaucoup de bourgeons charnus. Après avoir enlevé ces derniers on aperçut au fond de l'oreille quelque chose d'analogue aux productions cholestéatomateuses. Les bourgeons charnus se reproduisirent au bout de quatre jours et furent enlevés encore une fois. Alors on retira de l'oreille un morceau de papier. La suppuration cessa alors complètement.

Dr. K. Dudrewicz. Complications des affections purulentes de l'oreille moyenne. (*Kron. Lek. 1—5, 1903*).

C'est une revue générale dans laquelle l'auteur a résumé toute la littérature polonaise et étrangère et a décrit toutes les complications des otites moyennes purulentes. En terminant, l'auteur remarque avec raison que lorsqu'on néglige d'examiner l'oreille en cas de septicémie, d'affections intracrâniennes, de troubles d'origine obscure avec fièvre, céphalalgie, vertiges, nausées et vomissements — on s'expose à une erreur de dia-

gnostic ou à la mort du sujet. A l'autopsie, on apprend alors la cause du décès et l'on s'aperçoit que, traité à temps, le sujet aurait pu guérir.

Dr. K. Dudrewicz. Contribution au traitement de l'otite moyenne aiguë. (*Kron. Lek. Nr. 13, 1903*).

Sur 96 observations de cette maladie, 12 cas se rattachaient à la scarlatine, 9 — à la rougeole, 7 à la grippe, 2 à la fièvre typhoïde, 2 à la diphtérie, 3 à la pneumonie, 3 à la tonsillite.

En fait de traitement, il s'agissait avant tout de calmer la douleur. L'auteur appliqua donc des suppositoires morphinés ou morphino-cocaïnés dans l'oreille, puis il fit mettre sur l'oreille et l'apophyse mastoïde des compresses humides à l'acétate d'alun à 2—3%. En même temps, il prescrivait à l'intérieur du salicylate de soude, de l'aspirine et du salol. Après deux à quatre jours de ce traitement, les lésions inflammatoires disparaissaient complètement et il ne restait qu'un affaiblissement de l'ouïe auquel on remédiait dans la suite. La perforation du tympan et la suppuration n'ont été notées que dans 15 cas dont 3 passés à l'état chronique. La section du tympan fut exécutée dans un seul cas d'inflammation séreuse au 5-me jour de la maladie; la guérison s'opéra en quinze jours. Dans un cas (lié à la grippe), l'auteur dut trépaner l'apophyse mastoïde en raison de la violence des douleurs.

L'affection a duré généralement de 5 à 10 jours. En cas de perforation du tympan, il faut prendre les plus grandes précautions antiseptiques: nettoyer l'oreille avec des boulettes de coton stérilisé et y introduire des morceaux de gaze aseptisée à 10% qui doivent être renouvelés dès qu'ils sont trempés ou qu'ils deviennent rouge brique.

Au point de vue de la marche et de la terminaison du mal, il est fort important d'appliquer un traitement antiphlogistique énergique dès les premiers symptômes de l'otite.

Dr. Spira. Un cas d'abcès extra-méningé d'origine otique. (*Przegl. Lek. Nr. 46, 1903*).

Sous ce titre, l'auteur rapporte une observation dans laquelle les signes cliniques ont permis de reconnaître l'existence d'un abcès extra-méningé, situé entre la dure mère et l'os.

L'opération exécutée par le prof. Trzebicki confirma le diagnostic, car on trouva la pachyméningite externe purulente, l'abcès extra-méningé dû à l'otite, enfin l'encéphalite circonscrite superficielle.

Dans cette observation, il faut relever les points suivants: 1) La suppuration intra crânienne compliquait un processus otique non purulent; 2) quatre jours après l'opération, il survint une aphasie motrice corticale partielle laquelle ne s'était pas présentée pendant les deux années précédentes; 3) On constata pendant l'opération la thrombose du sinus quoique nul signe clinique n'en eût révélé l'existence. Le thrombus n'a pas provoqué de troubles fonctionnels, probablement parce qu'il était récent, bénin et non septique.

Dr. M. Koenigstein. De la valeur thérapeutique de l'adrénaline dans les affections du nez, des oreilles, de la gorge et du larynx. (*Gaz. Lek. Nr. 16, 17, 1903*).

L'auteur a employé l'adrénaline soit seule à 0,1%—0,01%, soit mêlée à la cocaïne—dans diverses maladies du nez, des oreilles, de la gorge, du larynx ainsi que dans les opérations nasales.

Les observations personnelles de l'auteur de même que les données de la littérature, l'amènent aux conclusions suivantes.

1) L'adrénaline à 0,1—0,01% provoque la contraction des vaisseaux capillaires de la muqueuse;

2) L'adrénaline augmente l'action anesthésiante de la cocaïne;

3) Lorsqu'on applique l'adrénaline avant l'opération, on doit être préparé à voir se produire une hémorrhagie secondaire; par conséquent on doit tamponner la plaie nasale une fois l'opération terminée.

4) L'adrénaline facilite beaucoup le diagnostic des maladies du nez et surtout des sinus avec lesquels cet organe communique;

5) Dans le larynx et dans la gorge, l'adrénaline agit bien plus faiblement que dans le nez.

Dr. J. Sędziak. L'hygiène et la prophylaxie de la tuberculose des voies respiratoires supérieures et des oreilles. (*Now. Lek. Nr. 1, 1903*).

L'auteur rapporte d'abord des données statistiques tirées de la pratique personnelle et de la littérature. Sur 14810 sujets, l'auteur a noté 612 cas de tuberculose des voies respiratoires supérieures c. a. d. 4,13% de cas.

L'hygiène et la prophylaxie de la tuberculose des voies respiratoires supérieures et des oreilles doivent se baser sur l'étiologie tant générale que locale de ces affections. C'est pourquoi l'auteur parle successivement de la prédisposition hé-

réritable et acquise, de l'influence du mariage, de l'âge, de la profession, du refroidissement (dont il n'admet point l'importance), des excès et des maladies infectieuses.

En ce qui concerne la prophylaxie locale, les sujets doivent éloigner toute lésion pathologique de la cavité buccale, du nez et du pharynx, obturer les dents malades, traiter les tonsillites, l'hypertrophie des amygdales, les excroissances adénoïdales, les polypes et les hypertrophies des cornets. Ils doivent en outre se moucher et se rincer le nez avec toutes les précautions nécessaires.

Dr. W. Wróblewski. Complications observées après l'amygdalotomie. (*Gaz. Lek. Nr. 7, 8, 1903. Med. Nr. 45*).

Parmi les complications qu'on a notées après l'amygdalotomie, les abcès périllonsillaires sont rares. Les enduits de la plaie opératoire présentent un caractère bénin et se composent de fibrine, de leucocytes, de tissus sphacelés et de différentes bactéries. Parfois on y voit des bacilles de la diphtérie. L'examen microscopique et l'état général permettent de faire le diagnostic. Aussi ne doit-on pas opérer pendant les épidémies de rougeole, de scarlatine ou d'autres maladies infectieuses.

L'œdème des piliers et des restes de l'amygdale envahit parfois l'épiglotte et peut amener la mort.

Lorsque l'amygdale adhère au pilier pharyngien, ce dernier peut être facilement lésé par l'instrument. Le couteau de l'amygdalotome peut se casser pendant l'opération. Le bistouri entame parfois le voile du palais, le pilier antérieur, la base de la langue ou les lèvres. Certaines complications sont dues à la malpropreté des instruments. Les ignipunctures sont parfois suivies d'inflammations prolongées qui envahissent les tissus et les organes voisins.

Les hémorragies constituent la complication la plus importante de la tonsillotomie. Elles viennent immédiatement après l'opération ou se produisent d'une façon secondaire dans le parenchyme ou dans le tissu interstitiel de la glande.

Leur cause réside dans l'hémophilie, dans l'excision trop profonde de l'amygdale, ou doit être attribuée à l'inflammation de cette glande. Les hémorragies artérielles sont le plus souvent dues à la section de l'art. tonsillaire qui est sujette aux anomalies et naît tantôt de l'artère palatine inférieure, tantôt de la faciale, de la palatine ou de la carotide externe. Plus le vaisseau dont elle vient est gros, plus l'hémorragie est forte. Les hémorragies se produisent indépendamment de la méthode opératoire plus souvent chez les adultes que chez les enfants. Pour mieux éclairer leur étiologie, l'auteur cite presque en entier le travail de O. Zuckerkandl: „Zur Frage der Blutung nach Ton-

sillotomie* 1887. Les rapports anatomiques de l'amygdale y sont étudiés avec beaucoup de détails et c'est par la connaissance de ces rapports que s'expliquent les hémorragies dont nous venons de parler.

L'artère tonsillaire parvenue à l'amygdale, en perfore la dure capsule fibreuse de dehors en dedans et se ramifie dans l'intérieur de la glande. La section de l'artère au sein du parenchyme glandulaire donne une hémorragie facile à arrêter, mais si la section est profonde et intéresse le vaisseau près de la capsule à laquelle il adhère par sa paroi, on obtient une hémorragie en jet, car l'artère ne peut se rétracter et le caillot ne se forme point. Il ne faut donc exciser que la portion de l'amygdale qui dépasse les piliers en dedans.

Dans la suite de son travail, l'auteur rapporte les observations publiées sur les hémorragies graves dans la tonsillotomie et il donne des conseils sur la manière d'éviter les complications de cette opération.

L'extirpation totale de ces glandes serait contre indiquée non seulement par les hémorragies graves, mais par l'importance des amygdales pour l'organisme. Grâce à la phagocytose, elles protègent ce dernier contre l'invasion des microbes pathogènes.

Dr. Żebrowski. Laryngo-et rhinosclérome. (Czas lek. Nr 12, 1903).

Le sujet, homme de 18 ans, présentait de l'enrouement et de la dyspnée. Dans le larynx il existait deux bourrelets rouges et assez gros masquant les cordes vocales inférieures; la glotte était notablement rétrécie. Lors de la phonation, les bourrelets se rapprochaient, mais ils étaient peu mobiles. On ne voyait pas d'ulcérations et les lésions pulmonaires faisaient défaut.

On pratiqua la trachéotomie pour conjurer la dyspnée. Au bout de 18 mois la canule fut enlevée et la plaie se cicatrisa. La dyspnée était moins prononcée.

Deux années après, l'auteur a trouvé trois petits nodules blancs et durs au niveau du cornet inférieur droit qui était hypertrophié. La fosse nasale présentait un rétrécissement du même côté.

Après avoir éliminé toutes les hypothèses possibles, l'auteur s'arrête au diagnostic d'un sclérome ayant débuté d'abord dans le larynx et puis dans le nez. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Dr. M. Heriz. Complications de l'opération des excroissances adénoïdales. (*Gaz. Lek. Nr. 20, 21, 22, 23, 1903*).

Dans son vaste travail, l'auteur analyse en détail toutes les complications qui surviennent après l'ablation des excroissances adénoïdales et notamment l'hémorragie, la suffocation du sujet par chute d'une portion de l'excroissance dans le larynx ou par aspiration du sang, le shock, l'infection post-opératoire (fièvre, érysipèle, phlegmon de l'arrière-cavité des fosses nasales, torticolis, fièvre intermittente); les complications du côté des oreilles: blessure de la trompe d'Eustache, otite moyenne avec ses suites, tuméfaction du pharynx; puis la parésie du voile du palais, les lésions de la luette, du vomer, des ostéomes de la paroi pharyngienne postérieure, les complications résultant de l'anesthésie générale et locale. L'auteur est partisan de l'usage exclusif de l'anesthésie locale à la solution cocaïnée à 25%. Les excroissances adénoïdales récidivent après l'opération.

En parlant de ces complications, l'auteur étudie leurs causes provocantes et les moyens de les éviter et de les guérir.

Dr. B. Chorażycki. Un cas de corne laryngée. (*Gaz. Lek. Nr. 25, 1903*).

Le sujet âgé de 44 ans avait la voix enrrouée depuis plusieurs années. Syphilis avant 18 ans. Au-dessus de la corde vocale inférieure et vers son milieu, il existait une tumeur blanche, villose, de la grosseur d'un pois, adhérent par sa base au ventricule et à la corde vocale supérieure. L'aspect général de cette tumeur rappelait une verrue.

On réussit à enlever la tumeur en une séance à l'aide d'une anse très fine. L'hémorragie fut insignifiante, la plaie se cicatrisa vite et complètement. Au bout de trois semaines, le sujet avait recouvré la voix normale.

La tumeur extirpée présentait 10 mm. de hauteur, était ronde et dure comme un cartilage. A sa surface libre, il y avait des villosités de 4 à 7 millim. implantées dans une couche beaucoup plus molle et plus colorée que le reste de la tumeur.

Pour obtenir des préparations microscopiques, l'auteur fit durcir la tumeur dans la formaline et l'alcool; puis il la colora au borax carminé et à l'acide picrique. Au microscope on put distinguer 4 couches histologiques: la crênelée, l'intermédiaire, la claire et la cornifiée. Sur ces données, l'auteur pose le diagnostic d'un papillôme qu'il nomme „corne laryngée“ en raison de sa cornification extrême.

Dr. Pieniążek. Méthodes employées pour extraire les corps étrangers de la trachée, des bronches et des petites bronches. (*Przegl. Lek. Nr. 29, 30, 1903*).

Lorsqu'un corps étranger se trouve à côté du pharynx dans le segment supérieur de la trachée, l'auteur l'extrait avec des pinces à l'aide du laryngoscope. Mais si le corps étranger a pénétré plus profondément dans les voies respiratoires, dans les bronches ou leurs ramifications, il faut recourir à la trachéotomie pour examiner les voies respiratoires et en retirer le corps étranger avec les pinces de l'auteur. Les observations jointes au travail confirment l'efficacité de cette méthode.

Enfin la bronchoscopie supérieure de Killian ainsi que la bronchoscopie inférieure permettent de retrouver et d'extraire un corps étranger situé plus avant dans les bronchiales.

3. OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Dr. A. Sołowij. De la nécessité de réformer le règlement pour l'enseignement des sages femmes et les soins qu'elles doivent donner aux accouchées. (*Przeg. Lek. Nr. 22, 23, 50, 1903*).

Il s'agit dans ce travail du règlement pour les sages-femmes en Galicie, règlement suranné malgré sa récente publication. L'auteur demande qu'il y soit ajouté les points suivants: 1) employer le sublimé comme antiseptique pour désinfecter les mains des sages-femmes et les organes génitaux externes de l'accouchée ou de la parturiente; 2) introduire la solution d'acide borique à 3‰ pour nettoyer les paupières du nouveau-né immédiatement après la naissance, laver le vagin de la femme et conserver les ciseaux, la sonde et le catgut; 3) fournir gratuitement aux sages-femmes toutes les substances chimiques et les instruments nécessaires pour l'antisepsie, donc le sublimé, l'acide borique, le coton stérilisé, la vaseline et les brosse à ongles; 4) ordonner de faire l'instillation obligatoire dans les yeux des nouveaux nés; 5) faire laver les mains aux sages-femmes mécaniquement pendant 10 minutes et non pendant 3 minutes comme c'était le cas jusqu'ici et les faire plonger dans le sublimé toutes les cinq minutes et non toutes les trois; 6) faire employer aux sages-femmes la vaseline pour le toucher; 7) abandonner l'évacuation inutile et même dangereuse du rectum de l'enfant tout de suite après la naissance; 8) ne pas faire baigner l'enfant par la sage-femme avant la chute du cordon.

En outre, l'auteur demande qu'on ouvre plus d'écoles pour les sages-femmes, qu'on établisse des polycliniques d'acconchements, des répétitions avec examens tous les cinq ans pour les

anciennes élèves, que l'Etat garantisse un minimum de revenu pour l'entretien des sages-femmes et les assure pour le cas d'incapacité de travail.

Dr. J. Saks. De l'application intra - utérine des ballons de caoutchouc en obstétrique. (*Przeg. Lek. Nr. 15, 16, 1903. Czasop. Lek. Nr. 4*).

Après un court historique de l'usage des ballons de caoutchouc en obstétrique, l'auteur explique la technique de cette méthode ainsi que les effets des métreuryntères. Ensuite il fait un examen détaillé des indications de l'emploi efficace de ces instruments. Les voici: 1) provoquer l'accouchement prématuré dans les rétrécissements du bassin ou dans les états morbides graves de la femme enceinte (néphrite, lésions cardiaques, phtisie etc); 2) terminer vite l'accouchement en cas d'éclampsie chez la parturiente; 3) arrêter l'hémorragie dans l'insertion vicieuse du placenta; 4) remplacer la poche des eaux trop vite rompue; 5) provoquer les contractions utérines nécessaires à l'expulsion du délivre.

L'auteur rapporte 7 cas personnels où l'emploi du métreuryntère fut couronné de succès. Enfin il mentionne et réfute certains reproches faits au ballon qu'on accuse de ne pas se laisser désinfecter suffisamment, de provoquer une position vicieuse du fœtus, de prédisposer à l'embolie aérienne en cas d'insertion vicieuse du placenta.

Dr. R. Breiter. Quelques remarques sur la méthode de dilatation du col utérin par les dilatateurs métalliques. (*Przegl. Lek. Nr 16, 17, 1903*).

L'auteur parle de l'usage des dilatateurs métalliques dans les accouchements et il décrit la technique de ce procédé. Parmi les nombreux modèles de dilatateurs, l'auteur a essayé personnellement ceux de Bossi, de Frommer et de Kaiser. Il se base sur les données de la clinique du prof. Mars à Lemberg (4 observations) et celles de la littérature; il analyse les indications et les contre indications de cette méthode et conclut que l'emploi des dilatateurs métalliques devrait se répandre non seulement dans les cliniques mais avant tout dans la clientèle privée.

Dr. G. Pisarzewski. Deux cas d'opération césarienne classique non formellement indiquée. (*Med. Nr. 18, 1903*).

La première observation concerne une multipare chez

qui'on avait fait antérieurement la craniotomie à deux reprises. Le bassin était généralement rétréci: distance des épines iliaques=21 c., distance des crêtes=25, distance des trochanters=28 $\frac{1}{2}$, diamètre conjugué externe=17 $\frac{1}{2}$, diamètre conjugué diagonal=8 $\frac{1}{2}$ c. La grossesse approchait du terme et la femme, désirant avoir un enfant vivant, consentit à l'opération césarienne. L'auteur procéda donc à cette opération bientôt après le début du travail. Après avoir sectionné l'utérus en long, il retira un enfant vivant. Une suture nouée à deux étages réunit la plaie utérine; le col et le vagin furent bourrés de gaze stérilisée. L'enfant vécut. Dans le second cas, le bassin avait les dimensions suivantes: distance des épines=25, distance des crêtes=27, diam. conjugué externe=17, diamètre conjugué diagonal 9 $\frac{1}{2}$. On incisa l'utérus longitudinalement et on retira un enfant vivant. Dans les suites de l'opération, il se forma un abcès entre les muscles abdominaux.

À la fin du travail l'auteur parle des indications de l'opération césarienne, de sa technique et explique les raisons de sa préférence pour l'incision longitudinale de l'utérus.

Dr. A. Weissberg. Encore un cas d'opération césarienne par le procédé de Fritsch exécutée avec succès par le dr. Jurowski. (*Med. Nr. 12, 1903*).

L'observation concerne une primipare de petite taille à bassin rachitique rétréci: distance des épines iliaques=26 $\frac{1}{2}$ ctm., distance des crêtes iliaques =27 ctm., diamètre conjugué externe 16 ctm., distance des trochanters=30 cm., diamètre conjugué diagonal 7 $\frac{1}{2}$ ctm. On exécuta l'opération césarienne par la méthode de Fritsch (section transverse de 10 ctm. sur le fond utérin) et l'on retira l'enfant à terme vivant.

Dr. Fr. Kosminski. Conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées. (*Przegl. Lek. Nr. 47, 48, 49, 50, 51, 1903*).

L'auteur condamne encore une fois (Vog. *Przegl. Piśm. Lek.* 1897 p. 221) l'embryotomie pratiquée sans le contrôle de la vue. Dans son opinion, on devrait éclairer le champ opératoire et le rendre accessible au moyen du spéculum. En ce qui concerne les méthodes à choisir, la décollation n'est indiquée pour l'auteur que lorsque le cou de l'enfant se trouve dans le champ visuel du spéculum et constitue par conséquent la partie foetale la plus déclive et la plus accessible. Ce serait donc une opération rare. Pour diminuer le volume du thorax et surtout de la cage thoracique il ne faut pas vider celle ci, il suffit de couper la clavicule et les côtes dans l'axe longitudinal du fœtus

se souvenant toujours de ne couper que ce qui est dans le champ du spéculum. Ensuite l'auteur décrit la technique et les instruments personnels dont il se sert pour l'embryotomie: ciseaux, pinces et spéculum. Enfin il rapporte 9 observations personnelles de présentations de l'épaule négligées qu'il a opérées sous le contrôle de la vue.

Dr. B. Finkelkraut. Un cas de chorio-épithéliôme malin. (*Gaz. Lek. Nr. 38, 1903*).

C'est l'observation d'un néoplasme utérin qui s'est développé après une fausse-couche sous forme d'une tumeur molle, abondamment saignante. L'examen microscopique ayant démontré qu'il s'agissait d'un chorio-épithéliôme malin, on procéda à l'extirpation totale de la matrice par le vagin suivant le procédé Döderlein. Au bout de 3 semaines, il apparut une métastase dans la paroi vaginale sous forme d'une tumeur qu'on extirpa et dont la plaie se cicatrisa vers la 7-me semaine. Mais trois semaines après, la malade eut une nouvelle hémorragie vaginale et l'on constata à l'examen qu'au niveau de la cicatrice se développait un néoplasme saignant. Le curettage remédia provisoirement à cet état des choses, mais la fièvre, l'hémoptysie et l'hémorragie vaginale plongèrent la malade dans un état de cachexie.

Dr. J. Saks. Un obstacle rare à l'accouchement. (*Gaz. Lek. Nr. 39. Czas Lek. Nr. 9, 1903*).

L'obstacle était formé par le gros intestin distendu et tordu autour de l'S. iliaque. L'intestin était descendu dans le petit bassin jusqu'à oblitérer la lumière du vagin et rendre impossible l'accouchement. On procéda à l'extirpation de cette tumeur considérée à tort comme un kyste ovarique et l'on ouvrit l'abdomen. S'étant aperçu de l'erreur on réduisit l'intestin en place et on retira l'enfant par une section césarienne. L'enfant présentait les signes de rigidité cadavérique. La femme mourut le lendemain.

Ce cas constituerait suivant l'auteur une curiosité sémiologique.

Dr. Ad. Wątorrek. Mécanisme de la 3-me période du travail de l'accouchement. (*Przegl. Lek. Nr. 34, 35, 36, 1903*).

La principale raison qui fait que nous ne connaissons pas suffisamment le mécanisme du décollement et de la sortie du pla-

centa c'est que les médecins spécialistes ne font pas le toucher de la parturiente à la dernière période du travail, se contentant de l'examen externe. Ils procèdent donc à l'aveuglette, guidés par la théorie seule. Or, suivant l'auteur, l'étude de la troisième période de l'accouchement donne des résultats pratiques et il s'est attaché personnellement à en étudier le mécanisme par le toucher. Les résultats de ces recherches sont rapportés avec tant de détails qu'il serait difficile d'en faire un court résumé.

Dr. A. Watorek. Mécanisme de la troisième période du travail de l'accouchement. (*Przegl. Lek. Nr. 43, 44, 45, 46, 1903*).

Dans la suite de son travail ci dessus résumé, l'auteur se demande comment il faut examiner la femme dans la 3^{me} période de l'accouchement. Il range cette période parmi les fonctions organiques auxquelles s'appliquent les méthodes d'analyse des mouvements. Avant tout, on doit y étudier les facteurs qui s'opposent au décollement et à l'expulsion du placenta et ceux qui provoquent les mêmes phénomènes (forces). L'auteur examine tous ces facteurs l'un après l'autre.

Dr. A. Watorek. Théorie du mécanisme de la 3-me période du travail. (*Przegl. Lek. Nr. 48, 49, 51. 1903*).

L'auteur parle d'abord des modifications subies par le placenta pendant la 1-re et la 2-de période du travail, puis il s'occupe du mécanisme de la 3-me période. Il envisage en premier lieu le mécanisme régulier, puis ceux de Schultze et de Dunkan et en analyse les causes déterminantes.

Dr. T. Plotrowski. Etranglement interne aigu pendant la grossesse et l'accouchement. (*Przegl. Lek. Nr. 32, 33, 34, 35, 1903*).

L'auteur parle de l'étranglement interne aigu consécutif à la grossesse et à l'accouchement ou la disposition vicieuse des intestins dans ces états physiologiques. L'intestin peut alors s'engager dans une fente naturelle ou pathologique, une anse peut être comprimée par des adhérences, par torsion ou par inflexion. Chacune de ces catégories est étudiée à part et appuyée par des observations recueillies dans la littérature étrangère. Après avoir envisagé la fréquence, les symptômes, le traitement de l'affection, la technique opératoire à lui appliquer et son pro-

nostic, l'auteur cite les cas d'étranglement interne aigu dû à la compression de l'intestin par une tumeur, un néoplasme, l'utérus gravide, un abcès, la grossesse extra-utérine, l'utérus déchiré, enfin par une hernie étranglée et l'invagination de l'intestin. En terminant, l'auteur examine si la grossesse prédispose à l'étranglement interne aigu et quel est le traitement et le pronostic dans les cas de ce genre.

Dr. O. Goldberg. Quelques considérations sur la balnéothérapie dans les maladies des femmes. (*Med. Nr. 19, 20, 1903*).

L'auteur, médecin des eaux minérales de Druskieniki est arrivé dans sa pratique aux conclusions suivantes:

1) Les médecins des eaux minérales doivent examiner soigneusement chaque malade atteinte d'affection génitale;

2) L'action des eaux chez ces malades doit être complétée par un traitement gynécologique local à moins que le médecin qui a envoyé la femme aux eaux n'ait fait des restrictions à cet égard;

3) Le médecin des eaux dirigeant la cure des maladies des femmes doit être un gynécologiste expérimenté;

4) Il serait à désirer que les médecins qui envoient des malades aux eaux envoient des renseignements écrits sur l'état de santé de leurs clientes.

Dr. A. Mars. Quelques considérations sur les opérations gynécologiques par voie abdominale et par voie vaginale. (*Przegl. Lek. Nr. 4, 5, 1, 1903*).

Les lésions des organes génitaux qui exigent un traitement chirurgical peuvent être divisées en trois catégories: 1) celles qui sont accessibles seulement par voie abdominale (grosses tumeurs indurées, modifications diffuses ou demandant le contrôle de la vue; 2) celles qu'on peut opérer par le vagin (maladies de l'utérus modérément augmenté de volume, modifications accessibles des annexes; 3) celles qu'on peut aborder aussi bien par l'une que par l'autre voie. L'auteur s'arrête particulièrement à cette dernière catégorie qui comprend les cas de kystes ovariens, de modifications profondes des annexes, d'hématocèle rétro-utérine, de fibro-myomes, de cancers utérins. Quant au cancer, le Dr. Mars se déclare en faveur du procédé de Wertheim qui est plus radical et prémunit mieux contre les récidives quoique le danger pour la vie y soit plus grand en comparaison de l'hystérectomie vaginale. A la fin du travail on trouve la conclusion de l'auteur qu'il faut choisir la voie abdominale chaque fois qu'on veut opérer radicalement et sur

une grande surface, mais la voie vaginale est préférable lorsqu'on place en première ligne la sécurité du sujet.

Dr. Siedlecki. Un cas d'absence de vagin (*Przeegl. Lek. Nr. 24, 1903.*)

Il s'agissait dans ce cas d'un vice de conformation, l'hématométrie. En raison des douleurs hypogastriques, on pratiqua un vagin artificiel entre la vessie et le rectum ce qui donna issue par cette voie à près d'un $\frac{1}{2}$ litre de liquide sanglant et visqueux. Vu la tendance du vagin artificiel à s'oblitérer, on dut le dilater et le tamponner dans la suite de l'opération.

Dr. J. Mucha. Un cas de rupture du vagin pendant le coït. (*Med. Nr. 52, 1903.*)

Une femme de 27 ans a eu trois accouchements naturels, le dernier il y a quatre ans. Les suites de couches furent normales, sans fièvre. Après deux années passées sans avoir eu de rapports sexuels à cause de la maladie du mari, la femme eut un coït violent suivi de douleur hypogastrique et d'hémorragie abondante. Le lendemain on notait des signes d'anémie aiguë. Dans le cul de sac postérieur du vagin, il y avait une plaie à bords unis, longs de 6 centimètres dirigée à droite et en haut depuis le cul de sac postérieur jusqu'au cul de sac droit. La plaie a un demi centimètre de profondeur et laisse voir l'artère utérine au fond. On sutura la plaie qui guérit par première intention.

Le vagin ne présentant ni cicatrices ni rétraction, ni dégénérescence, il ne restait à incriminer que le coït trop violent opéré dans un état d'excitation due à la chasteté prolongée.

Dr. H. Raszkas. Contribution clinique aux néoplasmes primitifs du vagin. (*Med. Nr. 32, 33, 1903.*)

Une femme de 54 ans multipare a remarqué 14 ans après son dernier accouchement et de 12 à 13 ans après la ménopause des taches sanglantes; puis il est survenu une hémorragie vaginale abondante. On trouva sur la paroi postérieure du vagin vers son milieu une tubérosité molle de la grosseur d'une noix, inégale et à sommet ulcéré. L'extirpation de la tumeur (faite par le Dr. I. Rosenthal) s'accompagna d'une forte hémorragie; le 7-me jour, on enleva les sutures; l'hémorragie qui se produisit encore par l'angle supérieur non réuni de la plaie

fut arrêtée par l'acupuncture. Le 20-me jour, la malade sortit de l'hôpital guérie.

L'examen histologique exécuté par le Dr. Steinhaus à l'hôpital israélite de Varsovie a montré qu'il s'agissait d'une tumeur absolument exceptionnelle pour le vagin, composée d'endothélium ou de tissu de capsules surrénales.

Dr. A. Rosner. Quelques mots sur la technique de l'hystérectomie totale. (*Przeegl. Lek. Nr. 38, 39, 1903*).

La section de l'utérus pendant l'hystérectomie totale (procédés de Döderlein et de Krönig) offre un certain danger, notamment on risque alors d'inoculer le néoplasme ou encore d'infecter le péritoine. C'est pourquoi l'auteur recommande: 1) d'enlever l'utérus en entier toutes les fois que c'est possible et n'entraîne pas la rupture des ligaments larges ou des annexes, ne prolonge pas trop la durée de l'opération chez les anémiques et les épuisés; 2) lorsque le grand volume de l'utérus ou son immobilité ne permettent pas d'enlever cet organe sans le sectionner, il faut se résoudre à l'ouvrir; 3) pendant l'hystérectomie abdominale cette nécessité ne se présente jamais.

Dr. A. Karczewski. Un cas de kyste de l'ovaire chez une enfant de 10 ans avec torsion du pédicule et volvulus de l'S iliaque. (*Med. 27, 28, 1903*).

Une enfant de 10 ans se plaignait depuis sa 7-me année de douleurs dans la moitié gauche du ventre; ces douleurs apparaissaient une à deux fois par semaine pour cinq à dix minutes. Ayant reçu de sa compagne un coup de coude dans l'abdomen, la fillette ressentit immédiatement une douleur interne modérée, et le lendemain, il survint des signes graves d'occlusion. Pendant l'opération exécutée le soir suivant, on constata un volvulus de l'S iliaque (180°) et un kyste de l'ovaire gauche de la grosseur d'un oeuf, à pédicule tordu de 370°.

Le kyste contenait de grandes cavités dont l'une était remplie d'une substance épaisse rouge foncée à consistance de sang coagulé; l'autre renfermait un liquide épais, blanchâtre, avec des cheveux et une dent implantés sur un long cordon qui reliait la poche kystique à la cloison transversale.

Dans les suites de l'opération, il se produisit une ecchymose sous-cutanée dans la paroi abdominale, de sorte qu'on fut obligé d'enlever les sutures sur le tiers moyen de la plaie. A part cela, point d'autres complications.

L'auteur considère en détail le côté clinique de ce cas et il pense que la torsion du pédicule kystique y était le processus primitif tandis que le volvulus iliaque n'était survenu que secondairement.

Dr. St. Cykowski. Contribution à l'étude des fibrômes et fibro-myômes du vagin. (*Gaz. Lek. Nr. 12, 13, 1903*).

Aux observations de Gabszewicz et de Neugebauer, l'auteur ajoute deux nouveaux cas notés dans le service du Dr. Sawicki.

I. Un fibrôme de la grosseur d'un oeuf prenait naissance sur la portion inférieure de la paroi antérieure du vagin. On l'extirpa sans aucune complication.

II. Un fibro-myôme de la grosseur d'un oeuf d'oie occupait la partie supéro-droite de l'entrée du vagin et la partie inférieure de la paroi vaginale antérieure. La tumeur présentait une ulcération étendue au niveau de sa portion la plus saillante. On extirpa la tumeur, ce qui donna lieu à une abondante hémorragie. La femme sortit de l'hôpital guérie au bout de 12 jours.

Se basant sur la statistique de 100 cas publiés jusqu'ici, l'auteur, traite de l'étiologie, des symptômes, du pronostic et du traitement des tumeurs de cette catégorie.

Dr. A. Ciechomski. Extirpation d'un gros kyste ovarique chez une femme âgée. (*Gaz. Lek. Nr. 30, 1903*).

Une femme de 88 ans avait été opérée en raison des signes d'occlusion interne.

Une tumeur naissant de l'ovaire gauche occupait tout l'abdomen et contenait près de 12 litres d'un liquide épais rouge foncé. Les parois du kyste adhéraient dans toute leur longueur au péritoine pariétal, à l'épiploon et aux intestins.

On procéda à l'opération après une piqure de morphine; l'anesthésie des parois abdominales avait été provoquée avec le liquide de Schleich. On dut ensuite appliquer le chloroforme (8 gr. seulement). L'opération a duré deux heures et demie. On appliqua le sac de Mikulicz et la femme guérit sans aucune complication.

Dr. R. Breiter. Fistules cervico-vaginales. (*Przegl. Lek. Nr. 46, 1903*).

A la peu nombreuse statistique des fistules utéro-vaginales (12 cas dont 3 du prof. Neugebauer), l'auteur ajoute deux nou-

velles observations prises à la clinique du prof. Mars à Lemberg.

I) Fistule utéro-vaginale (f. utero-vaginalis laqueatica) avec métrite chronique et utérus en courge.

II. Fistule vésico-vaginale et fistule cervico-vaginale postérieure (f. vesico-vaginalis nec non fistula cervico-vaginalis laqueatica posterior).

Dans le premier cas, on a oblitéré la fistule chirurgicalement; dans le second, on n'a suturé que la fistule vésico-vaginale. En terminant, l'auteur parle de l'étiologie des fistules utéro-vaginales.

Le travail est illustré par cinq figures.

Dr. B. Jakimiak. Fibro-myôme utérin compliqué de grossesse.
(*Med. Nr. 3, 1903*).

Une femme de 33 ans, non mariée, se plaignait de douleurs dans le bas ventre et dans les reins, de mictions fréquentes et de constipation. Les règles avaient cessé depuis cinq mois. Le petit bassin était occupé par une tumeur dure, immobile, ne se laissant pas réduire dans le grand bassin. Cette tumeur repoussait en haut l'utérus gravide de cinq mois environ.

L'accouchement par les voies naturelles ne paraissant pas possible dans ces conditions, tandis que les troubles du côté de la vessie et du rectum allaient en augmentant, on procéda à la laparotomie et on énucléa un fibrome interstitiel implanté dans la portion la plus déclive de la paroi utérine postérieure. Ses dimensions présentaient 10,5 cm. de long sur 8 cm. de large, 28,5 et 23,5 cm. de circonférence. On appliqua une suture simple sur la plaie utérine et une suture à 3 étages sur la paroi abdominale.

Les suites de l'opération furent normales. La femme accoucha spontanément à terme d'un enfant vivant (fillo) après six heures de travail.

4. SYPHILIDOLOGIE ET DERMATOLOGIE.

Dr. A. Bernstein. Nouvelle méthode pour colorer les gonocoques. (*Gaz. Lek. Nr. 15, 1903*).

L'auteur recommande le procédé de von Wahl, assistant à l'Institut clinique de St. Pétersbourg. Le voici: Une couche plus ou moins épaisse d'exsudat uréthral fixée sur la lamelle

est maintenue au dessus de la flamme pendant quelques secondes. La préparation une fois refroidie est colorée à froid pendant 10—15 secondes, puis lavée à l'eau distillée, desséchée et examinée avec une lentille à immersion. La matière colorante de von Wahl a la composition suivante:

- 2 ctm. cubes de solution alcoolique saturée d'auramine,
- 1,5 ctm. cubes de solution alcoolique saturée de thionine,
- 3 ctm. cubes de solution aqueuse saturée de vert de méthyle,
- 6 ctm. cubes d'eau distillée.

Les solutions alcooliques saturées doivent être préparées à l'alcool à 95-0; on les filtre à froid.

Sur le fond jaune clair de la préparation, on obtient des gonocoques colorés en rouge violet, ou même en noir si les couches sont plus épaisses. Les autres bactéries ne se colorent point ou prennent une teinte légèrement violette; les cellules épithéliales sont jaune vert, les globules du pus jaune clair en couches minces et vert-clair en couches épaisses. Les cellules embryonnaires isolées se colorent parfois en violet-pâle, mais d'une autre nuance que celle des gonocoques. Vu la netteté de l'image des gonocoques qui demandent 10 à 15 secondes pour se colorer parfaitement, l'examen de la préparation ne prend pas plus de 5 à 10 minutes.

Dr. Kryształowicz. Nouvelle méthode colorante pour les diplocoques de Neisser. (*Przegl. Lek.* Nr. 16, 1903).

L'auteur a modifié le liquide proposé par Pappenheim décrit par Unna pour colorer les globules sanguins et les exsudats cellulaires. Voici la composition du liquide: vert de méthyle 0,15, pyronine 0,25, alcool 2,50, glycérine 20,0 à dissoudre dans une solution d'acide phénique à 2% pour avoir en total 100 grammes. Verser ce mélange sur le pus placé sur une lamelle et au bout de 20 à 30 secondes laver la préparation à grande eau. Les diplocoques blennorrhagiques apparaissent alors nettement colorés en rouge vif tandis que les noyaux globulaires de l'exsudat prennent une teinte bleu-verdâtre. D'autres diplocoques se colorent de la même façon.

Dr. B. Motz. Traitement de la blennorrhagie chronique. (*Kron. Lek.* Nr. 11, 1903).

Les méthodes généralement employées (irrigations astringentes, dilatation) ne suffisent pas à guérir tous les cas de

blennorrhagie chronique. Il reste toute une série de cas extrêmement rebelles au traitement et décourageants pour le médecin et le malade. La cause de cette résistance au traitement réside dans l'infiltration des glandes profondes qui se dissimulent sous la couche épaisse d'épithélium urétral cornifié; cette couche empêche en effet la pénétration des substances chimiques; la désinfection et la guérison des tissus malades sont alors impossibles.

L'auteur est contraire à l'injection du nitrate d'argent à 1% qui aurait à cette dose une action caustique; il recommande avant tout l'application locale prolongée des antiseptiques— „le pansement intraurétral“. Avant chaque intervention de ce genre, il désinfecte l'urèthre par un lavage à l'oxycyanure de mercure (1 p. 2000), puis il remplit l'urèthre avec 4 à 5 ctm. de solution antiseptique (hermophényl, protargol à 0,5, chlorhydrate de cocaïne 1,0, glycérine 30,0, eau distillée 1000 gr.) et avec deux doigts de la main gauche il comprime la fosse naviculaire, entoure ensuite le gland de coton qu'il fixe avec un fil. Le sujet doit garder le liquide dans l'urèthre pendant 1 à 3 heures. La solution antiseptique peut présenter trois différents degrés de concentration, la quantité d'hermophényl et de protargol variant de 0,5 à 0,75—1,0.

On doit commencer par des injections quotidiennes, mais lorsqu'au bout de 6 à 7 jours l'amélioration devient bien nette, il suffit de répéter les pansements tous les deux, trois ou quatre jours.

A part l'action prolongée des antiseptiques sur la muqueuse urétrale, l'auteur insiste sur la nécessité de désinfecter les glandes par l'intermédiaire de leurs tubes et d'éloigner les produits pathologiques de celles qui sont situées profondément parfois à un centimètre de la lumière de l'urèthre. La rétention de ces exsudats provoque la cavernite, la périurétrite, les adénites urétrales. L'affection blennorrhagique devient particulièrement rebelle lorsque l'infiltration inflammatoire de la sous muqueuse comprime les conduits glandulaires jusqu'à en oblitérer la lumière et provoquer la stase de l'exsudat pathologique. L'antisepsie des conduits glandulaires ne convient qu'aux variétés morbides à gonocoques et comprend alors le pansement intraurétral quotidien à l'eau oxygénée (5 ctm. cubes pour 95 ctm. d'eau distillée) gardé dans l'urèthre pendant 2 à 3 heures.

Pour exprimer les exsudats pathologiques du fond des glandes urétrales, l'auteur emploie les bougies Béniqué combinant alors la dilatation et la compression avec le massage de l'urèthre.

Le traitement de la blennorrhagie chronique se ramène pour le Dr Motz aux points suivants:

I. Blennorrhagie chronique à gonocoques.

a) Blennorrhagie de l'urètre antérieur. Longue série d'injections à la solution d'hypermanganate de potasse (1 p. 2000). En cas de rétrécissement de l'urètre, cette solution est remplacée par celle d'oxycyanure de mercure (100 ctm. cubes environ à 1 p. 2000) laissée à demeure dans la vessie. On y ajoutera la dilatation et le massage de l'urètre par la bougie Béniqué.

Si l'épithélium n'est pas cornifié, on doit faire des „pansements intrauréthraux“ quotidiens à l'eau oxygénée laissés dans le canal pour trois heures. Lorsque l'amélioration ne se produit point, il faut faire précéder les pansements d'un massage avec la bougie Béniqué.

b) Blennorrhagie de l'urètre dans toute l'étendue du canal. Au traitement décrit ci-dessus, il faut joindre le massage de la prostate et l'usage des suppositoires (0,1 à 0,5 de pommade mercurielle pour un suppositoire).

II. Blennorrhagie sans gonocoques.

a) Blennorrhagie superficielle de l'urètre antérieur. Instillations, injections, irrigations astringentes. Lorsqu'après plusieurs jours de ce traitement, on ne constate pas d'amélioration notable, il faut recourir aux pansements prolongés à l'oxycyanure de mercure (1 pour 2000).

b) Blennorrhagie superficielle de l'urètre entier. Traitement comme ci-dessus avec en plus quelques instillations de nitrate d'argent (1 à 2%) dans l'urètre postérieur.

c) Blennorrhagie profonde de l'urètre antérieur. Pratique des irrigations de tout l'urètre à l'oxycyanure hydrargyrique. Après avoir rempli la vessie de ce liquide, introduire la bougie Béniqué pour 10 minutes et faire le massage des foyers inflammatoires. Puis vider la vessie; pansement intraurétral de 3 heures tous les deux ou trois jours.

d) Blennorrhagie profonde de tout l'urètre. Ajouter au traitement précédent les instillations de nitrate d'argent dans l'urètre postérieur, le massage de la prostate et les suppositoires mercuriels.

e) Blennorrhagie de l'urètre postérieur seul (forme rare). Traitement comme dans la blennorrhagie de tout l'urètre.

Dr. Goldman. Chancre de la cavité buccale. (*Czas Lek.* Nr. 12, 1903).

Chez une femme de 20 ans opérée deux mois auparavant de l'adénite purulente de l'aine, il existait au niveau de la canine inférieure gauche et de la première molaire une ulcération profonde à bords inégaux et à fond tapissé d'enduit jaune grisâtre. On constatait de plus une nécrose osseuse consécutive. Une quinzaine de jours auparavant il était survenu sur la gencive supérieure du côté droit une ulcération superficielle compliquée de tuméfaction de la glande sous-maxillaire gauche. Se basant sur ces données, l'auteur pose le diagnostic du chancre.

Dr. A. Grosplik. Un cas de chancre ou d'épithéliôme du nez. (*Czas Lek.* Nr. 12, 1903).

Une femme de 40 ans présentait sur le dos du nez au niveau de sa portion osseuse une cicatrice lisse, blanche, à contours irréguliers, se transformant plus bas en une ulcération plate à bords minces, à fond rouge légèrement saignant, à exsudat séroux. Le fait que l'enfant de la malade avait contracté la syphilis de sa nourrice et que la malade avait fait plusieurs fausses-couches parlait en faveur de l'origine spécifique de la lésion, mais l'échec du traitement iodé à doses massives imposait le diagnostic d'un épithéliôme.

Dr. A. Grosplik. Un cas de syphilis maligne. (*Czas Lek.* Nr. 12, 1903).

Un homme de 20 ans eut la roséole à deux reprises pendant les huit mois consécutifs à l'infection syphilitique. A l'examen, il présentait de nombreuses éruptions d'impétigo syphilitique à divers degrés de développement.

Dr. J. Løjberg. Du traitement des maladies de la peau par une température élevée constante. (*Med.* Nr. 34, 35, 1903).

L'auteur rend compte des résultats favorables du traitement en consultation externe dans le service de Lang à Vienne des maladies suivantes: furonculose, herpès tonsurans, sycosis parasitaire et commun, acné induré de la face, érysipèle, chancre mou, épithéliôme et arthrite blennorrhagique. On se servait pour le traitement de l'hydrothermorégulateur d'Ullmann.

Dr. R. Bernhard. Granulose rouge du nez. (*Granulosis rubra nasi* de Jadassohn). (*Gaz. Lek. Nr. 37, 38, 1903*).

L'auteur a rencontré la granulose rouge du nez chez une fillette de 10 ans et son frère âgé de 16 ans. Sur une certaine étendue du nez, la peau était amincie, colorée et parsemée de petits boutons qui atteignaient tout au plus le volume d'une graine de pavot. La peau malade sécrétait encore plus de sueur que les régions voisines qui, elles aussi, suaient abondamment. Il n'y avait pas d'orifices glandulaires au sommet des éruptions. Le traitement échoua. A l'examen microscopique d'un des boutons, on constata que certaines glandes sudoripares de la couche épineuse de l'épiderme étaient distendues en entonnoirs; il y avait en outre ectasie des vaisseaux papillaires, souspapillaires et profonds, épaississement de leurs parois et infiltration embryonnaire le long de leur trajet. On ne constata la présence d'aucun microorganisme.

L'auteur pense que la granulose rouge du nez constitue une névrose vasculaire se développant chez les enfants mal nourris, scrofuleux.

Dr. Fr. Kryształowicz. Un cas de sarcomes primitifs multiples de la peau. (*Przeł. Lek. Nr. 49, 51, 1903*).

Le malade âgé de 52 ans présentait de nombreuses tumeurs dont la première était apparue après la naissance. La zone colorée entourant cette tumeur formait une traînée le long des côtes jusqu'au mamelon. Dans cette zone et en dehors d'elle, on constatait de nombreuses tumeurs violacées, dures, mobiles avec la peau; certaines d'entre elles étaient ulcérées et sécrétaient un liquide sanguinolent. L'arsenic resta d'abord inefficace, puis amena la disparition des tumeurs, enfin à la 3^e reprise n'eut aucun effet. Le sujet succomba dans la suite au milieu de fortes douleurs et de la multiplication des tumeurs. L'autopsie en démontra l'existence dans les viscères.

Au microscope, on constata deux types de tumeurs. Dans le premier, les fibres connectives et élastiques divisaient la masse générale en lobes et en lobules. Les cellules de la périphérie étaient plus petites, se coloraient mieux avec les bases, avaient des noyaux uniques souvent à figures karyokinétiques. Les cellules centrales étaient au contraire plus grandes, se coloraient moins facilement, possédaient de nombreux noyaux plus vésiculaires.

Le second type des tumeurs, propre aux couches profondes de la peau n'avait pas de texture lobulaire. Les fibres connectives y gardaient leur position normale; le long il y avait des rangées de cellules analogues à celles de la périphérie dans le

type précédent. Le centre des néoplasmes était dégénéré, ne se colorait point par les bases, avait la structure finement granuleuse avec des rudiments de noyaux et de protoplasma.

Dans les tumeurs atrophiées, on a trouvé des granulations de pigment extracellulaire libre. Les tumeurs des viscères offraient les modifications propres à celles de la peau.

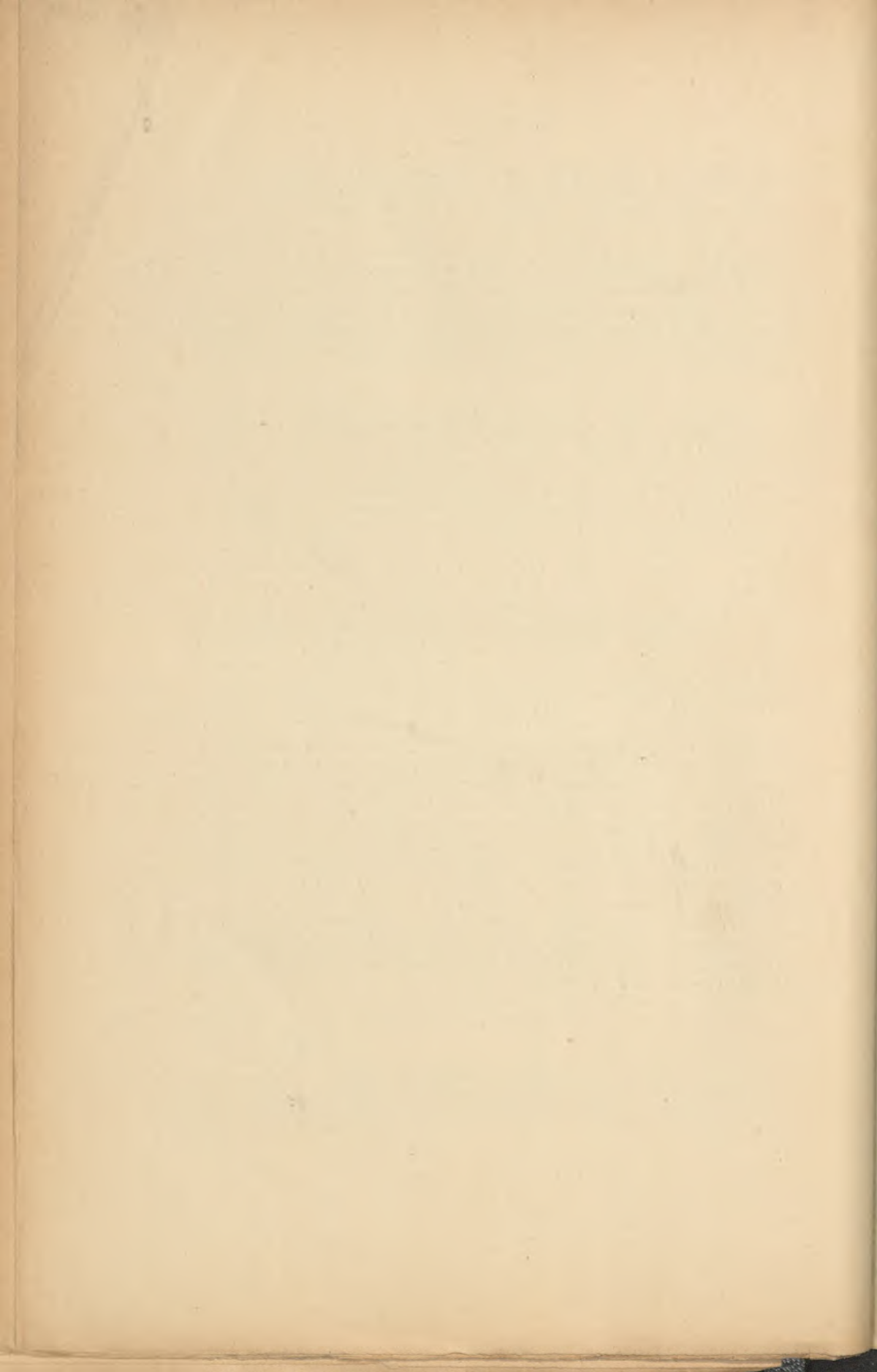
Les néoplasmes décrits dans cette observation se distinguent des sarcomes de Kaposi par les points suivants: 1) ils se composent de cellules rondes et non de fusiformes; 2) ils renferment plus de cellules géantes et ne présentent point d'occhymoses.

Dr. Reiss. De la forme atrophique de lichen plat. (*Przeegl. Lek. Nr. 44, 45, 1903*).

Le sujet âgé de 21 ans avait une éruption de lichen plat depuis 8 ans. L'exanthème s'étendait lentement du centre à la périphérie, subissait au centre une atrophie cicatricielle et formait à la circonférence une zone brunâtre de dépôts pigmentaires. La démangeaison était peu prononcée et apparaissait rarement. Le cou, le thorax et les extrémités, à part les paumes des mains, les pieds et les jambes, étaient couvertes d'éruptions. L'examen microscopique a montré une grande différence avec le lichen ruber planus. La limite des éruptions n'était pas bien tranchée; la démarcation de l'épiderme et du derme manquait de netteté. La couche cornée épaisse formait des bandes aptes à se colorer, la couche vitrée faisait défaut, la couche granuleuse a disparu. Les papilles étaient normales; une infiltration embryonnaire accompagnait les vaisseaux et les glandes, on notait l'absence de cellules adipeuses. Le tissu élastique des couches superficielles de la peau avait disparu au niveau des zones atrophiques, les fibrilles persistantes étaient faiblement colorées et peu enroulées. Les granulations pigmentaires étaient fines et régulièrement disséminées vers la base des papilles et dans les couches sous-papillaires. Elles se trouvaient en dedans et en dehors des cellules connectives et non autour des vaisseaux.

L'auteur considère le lichen rouge plat atrophique comme une maladie cutanée absolument à part. Dans l'observation ci-dessus, il n'a pas trouvé de données suffisantes pour élucider la pathogénie de l'affection.





SOMMAIRE.

SPIS RZECZY.

	<i>page.</i>		<i>str.</i>
1. Dr. J. BOGDANIK. De la torsion du cordon spermatique	XXXI	1. Dr. J. BOGDANIK. Skręt sznurka nasiennego . . .	581
2. Dr. S. DOBRUCKI et A. MAJEWSKI. Contribution à la chirurgie de l'étranglement interne	XXXIII	2. Dr. S. DOBRUCKI i A. MAJEWSKI. Przyczynek do chirurgii uwięźnięć wewnętrznych . .	601

Revue des journaux polonais: 1) Chirurgie p. 213. 2) Laryngologie et Otologie p. 244. 3) Obstétrique et Gynécologie p. 254. 4) Syphilidologie et Dermatologie p. 263.

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY

pismo poświęcone wyłącznie:

chirurgii, otiatrii, laryngologii, akuszerii, ginekologii, syfilidologii i dermatologii

wychodzić będzie zeszytami objętości 10 arkuszy druku w bezterminowych odstępach czasu (przypuszczalnie co kwartał).

Cena tomu (4 zeszyty): w Warszawie rs. 10

„ „ na prowincyi rs. 12

Cena pojedynczego zeszytu rs. 2 kop. 50.

Adres redakcyi i administracyi:

Dr Krajewski, Aleja Jerozolimska N. 66.

Administracya przyjmuje ogłoszenia w języku polskim i francuskim.

„PRZEGLĄD CHIRURGICZNY“

(REVUE DE LA CHIRURGIE POLONAISE)

consacrée exclusivement

à la chirurgie, otologie, laryngologie, accouchements, gynécologie, syphilidologie et dermatologie

paraîtra en livraisons, contenant chacune 150 pages, sans termes fixes (approximativement une fois par trimestre).

Abonnements: Varsovie 10 roubles

„ Union postale 12 roubles

La livraison 2 roubles 50 cop.

Adresser les lettres, journaux et manuscrits à la Rédaction:

Dr Krajewski — Varsovie, Aleja Jerozolimska N. 66.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Opracowali z polecenia Towarzystwa lekar. krak. Prof. Dr. Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski, Stanisław Domański, Leon Kryński, przy współudziale Tow. lek. warsz., Wydziału lek. Tow. przyj. nauk w Poznaniu, oraz wielu lekarzy i przyrodn. pol. Kraków. 1906. Nakładem Tow. lek. krak.

Wielka 16^o, stron X + 762. Cena w Warszawie Rb. 8,50.

W Warszawie skład główny w księgarni E. WENDE i Sp.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: CZ14b - 101



BG 90509/1905/5/4a