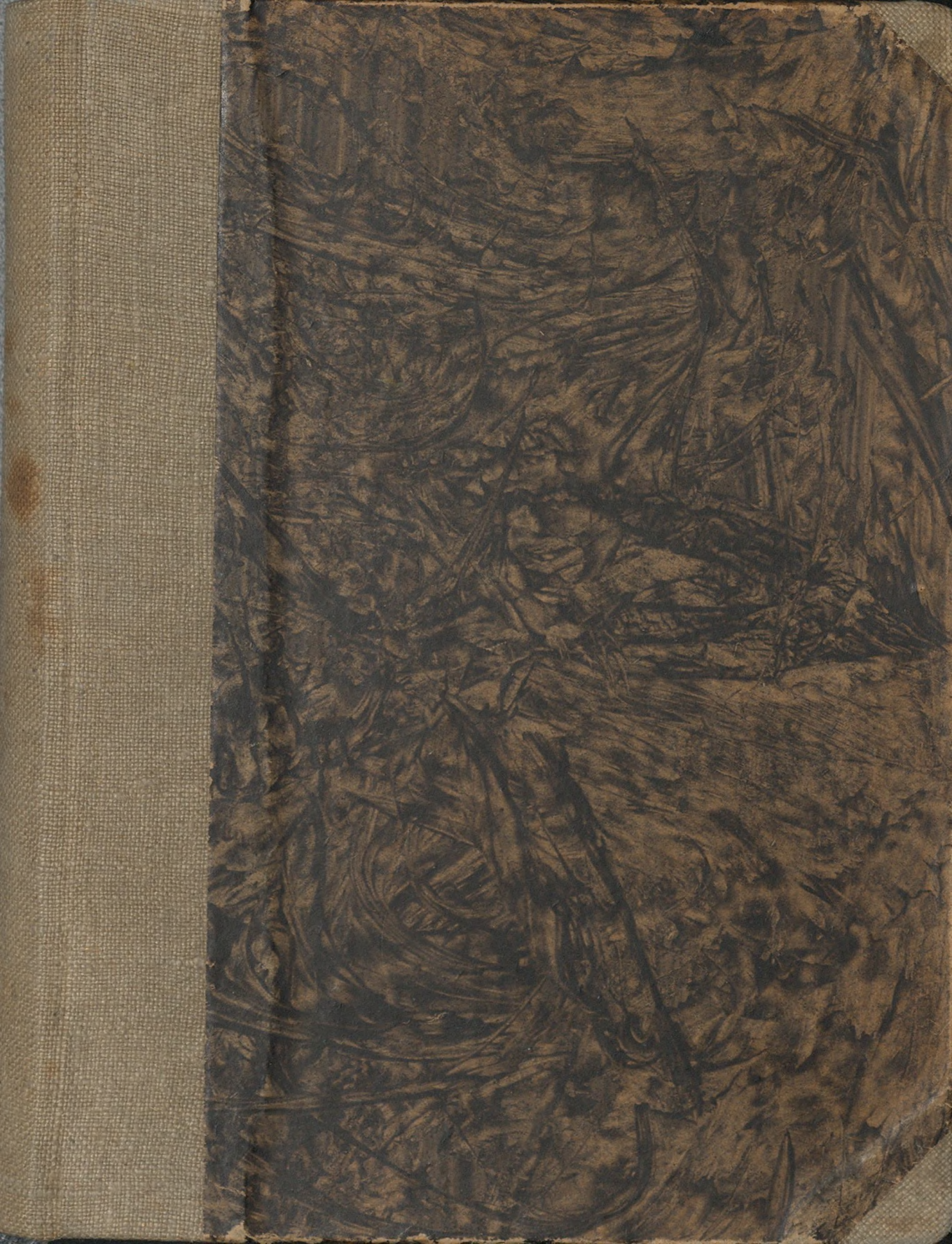




EX·LIBRIS

BIBLIOTEKI
AKADEMII
MEDYCZNEJ

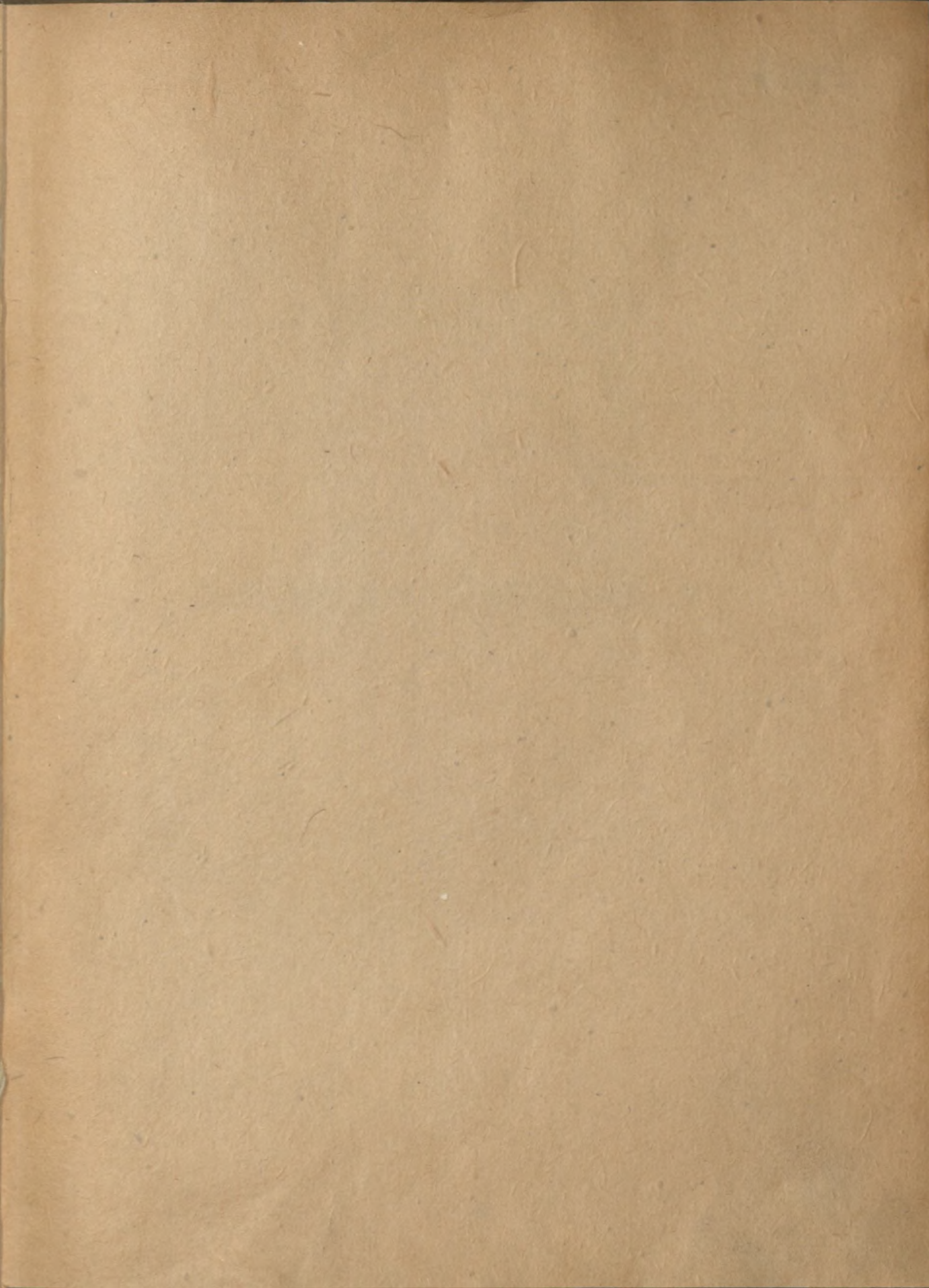
W·LUBLINIE

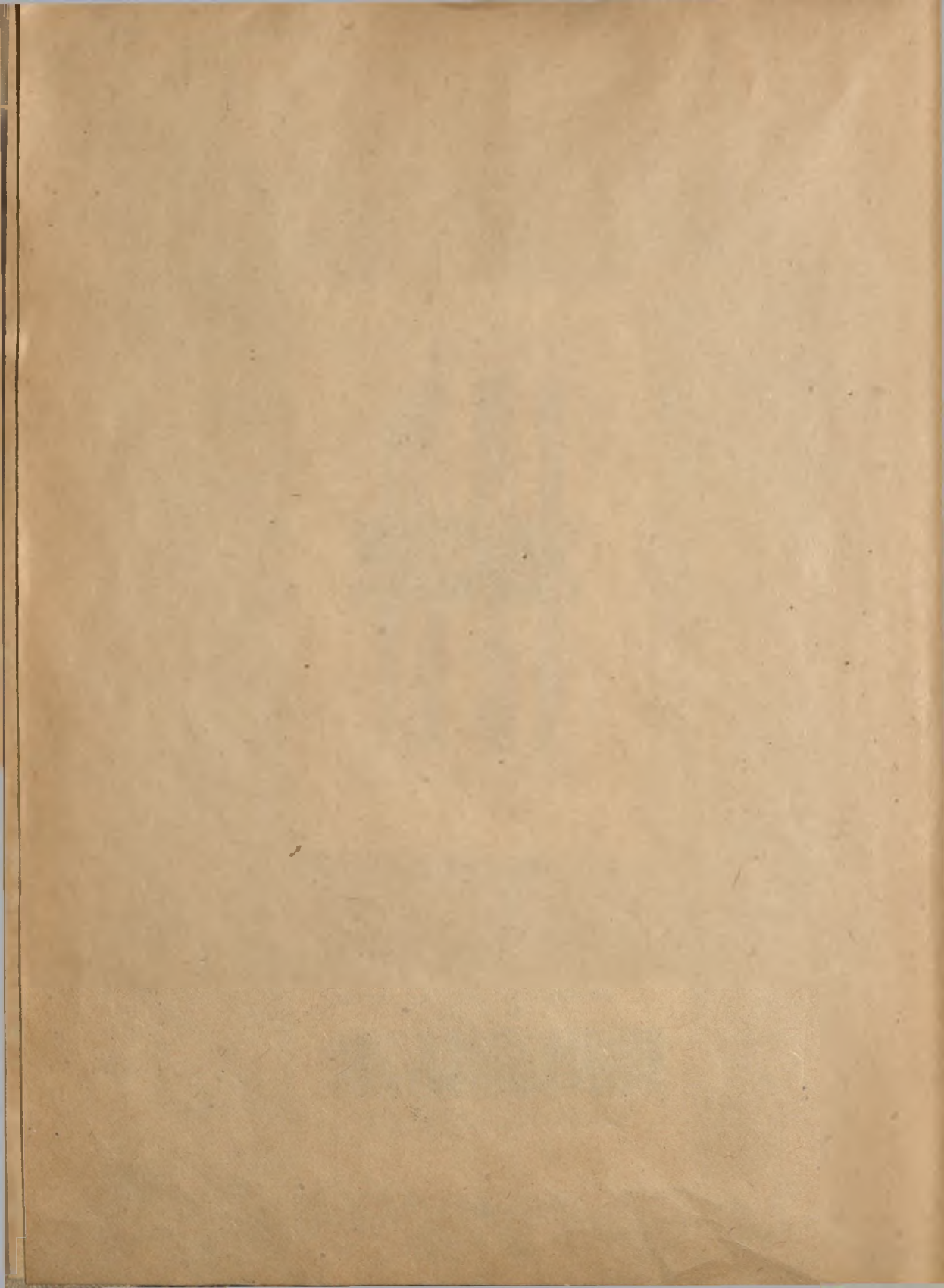
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: CZ14c - 146



BG 90975/1911/5/1-3





90975

PRZEGLĄD
CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

CHICAGO, ILL. 60637
CLIRK 1000

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY I GINEKOLOGICZNY

DWUMIESIĘCZNIK

Pismo jest wydawane przez gremium lekarzy, w którego skład wchodzi:

Antecki Stanisław, Bartkiewicz Br. (Zawiercie), Belżyński Mieczysław, Borsuk Maryan, Boryssowicz Teodor, Borzymowski Jan, Bujalski Władysław (Wilno), prof. Bujwid Odo (Kraków), Bursche Emil, Chodakowski Gustaw, Ciechowski Andrzej, Cykowski Stanisław, Czarkowski Józef, Czerwiński Cz. (Lublin), Dobrucki S. (Lublin), Ehrlich Eugeniusz, Endelman Zygmunt, Filipowicz Władysław, Fiszer Stanisław, Fryszman Aleksander, Gabszewicz Antoni, Garszyński Wacław, Goldberg Oskar, Goldman H. (Łódź), Gromadzki Jan, Groszlik Samuel, Gruszczyński Aleksander, Gurbki Stanisław, Hincz Piotr, Horodyński Witold, Hubicki Stefan, Jakimiak Bolesław, Janczewski Władysław, Jankowski Czesław, Jastrzębski Henryk, Jaworski Józef, Judt Ignacy Maurycy, Kielkewicz Jan, Kijewski Franciszek, Kopczyński Aleksander, Kosicki Franciszek (Radom), Kossowski Roman, Kotowicz (Białystok), Krauze Ludwik, Krąkowski Franciszek, Krusze Alfred (Łódź), prof. Kryński Leon, Laskowski Józef, Lebensbaum Maksymilian, Leśniowski Antoni, Lewenstern Eugeniusz, Lorentowicz Leonard, Łapiński Wacław, Łazarowicz Klemens, Majewski Feliks, Marcinkowski Alfons, Mincer Adam, Mirowski (Bielce g. Bessarabska), Monsiński Zygmunt, Natanson Antoni, Neugebauer Franciszek, Oderfeld Hipolit, Orzeł Kazimierz, Popiel Włodzimierz, Przyborowski Adam, Raum Roch, Ryłko Maryan, Sawicki Bronisław, Sławiński Zdzisław, Smiechowski Antoni, Solman Ignacy, Stankiewicz Czesław, Stankiewicz Władysław, Stanisławski Stanisław (Łowicz), Szybowski Bronisław, Szymański Bronisław, Thieme Apolinary, Tymieniecki Edward, Wertheim Aleksander, Wrześniowski (Częstochowa), Zaborowski Stanisław, Zembruski Ludwik, prof. Ziemacki Józef (Petersburg), Zwejgbaum Maksymilian, Żołędziowski Maksymilian (Dąbrowa Górnicza), Żurakowski Witold.

Redaktor ANTONI LEŚNIEWSKI

Wydawca CZESŁAW STANKIEWICZ

Komitet redakcyjny: CIECHOMSKI, prof. KRYŃSKI, MONSIORSKI, FR. NEUGEBAUER, ODERFELD, BR. SAWICKI, SŁAWIŃSKI, WERTHEIM i ZWEJGBAUM.

TOM V.

Str. 379, cynkotypów 18.

WARSZAWA.

Czcionkami L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.

1911.

SPIS RZECZY

zawartych w tomie V-ym Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego.

I. PRACE ORYGINALNE.

A. PRACE ORYGINALNE CHIRURGICZNE.

Cykowski St.	Torbiele krwiste szyi	257
Dobrucki S.	Przyczynek do chirurgii przewodu wątrobnego . . .	174
Edelszajn Ad.	W sprawie wytwarzania przetoki żołądkowej . . .	141
Goldberg H.	300 przypadków znieczulenia rdzeniowego za pomocą tropakokainy	129
"	Przypadek wgłobienia przepukliny pachwinowej do wodniaka jądra (hernia encystica). Zwyródnienie torbielowate jądra	305
"	Przypadek odjęcia miednicy , ...	310
Krauze L.	Z chirurgii oczodołu pozagałkowego	6
Kryński L. prof.	Gastroenterostomia posterior antecolica	1
Smużyński F.	Zwichnięcie nawykowe w stawie ramiennym . . .	28

B. PRACE ORYGINALNE GINEKOLOGICZNE.

Falgowski W.	O rozpoznaniu, czy rak macicy da się jeszcze operować	300
Groszlik S.	Przypadek ciąży zamacicznej z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebicciem się tegoż do pęcherza moczowego.	278

II. STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Uśpienia złożone, opracował A. Klęsk	56
W sprawie nowoczesnego leczenia tęcza, zestawił J. Drac	194

III. STRESZCZENIA.

A. STRESZCZENIA PRAC Z DZIEDZINY CHIRURGII.

Adrian. Przyczynek do kliniki guzów nadnercza	83
Amrein. Wyniki leczenia operacyjnego stawów rzekomych i złamań sztyftami z kości słoniowej	325
Becker. O przemijającym cukromoczu w sprawach ropnych . . .	316
Bozeman. Przetoka pecherzowo-pochwowa, jej zastosowanie do sztucznego sączkowania pęcherza moczowego	80
Brandes. O stosowaniu trypsyny w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.	210
Burchardt. O uśpieniu śródżylnem	219
Bürker. Nowa teoria uśpienia.. . . .	215
Caird. Rak języka.	56
Calot. Leczenie gruczołów szyjnych	209
Carewen i Basset. O nadżarciu tętnicy biodrowej zewnętrznej w przebiegu ropni okołowyrostkowych.	69
Cassirer i Schmieden. O torbieli mózdzku, wyleczonej operacją. .	332
Czerny i Caan. Doświadczenia ze salwarsanem w guzach złośliwych.	211
Dorsemagen. W sprawie przyczyn, rozpoznania i leczenia głęboko siedzących zwężeń kiszki stolecowej	73
Drüner. Nowa operacja stulejki	79
Esch. O przedoperacyjnem przygotowywaniu chorych z wielką niedokrwistością z pomocą śródmięśniowych wstrzykiwań odwłóknionej krwi ludzkiej.	323
Fabian. Ciało obce w pętli przepuklinowej, jako przyczyna ciężkich powikłań	70
Fischler. O wiotkości kątnicy i stanach pokrewnych	64
Frank. O leczeniu ropniaków klatki piersiowej podług Bülaa . .	341
Frank Alleuet. O botriomikozie, czyli mnogich włókniakach zakaźnych	317
Franke. Operacyjne leczenie podagry	213
Freund. Leczenie wola Roentgenem	335
Friedrich. Statystyczne i zasadnicze uwagi w sprawie wycinania rozległego lub ograniczonego żeber w gruźlicy płuc z jamami i krwotokach.	342
Garré. W sprawie przyczyn powracającego obrzęku surowiczego stawowego nerwobólu.	328
Goebel. W sprawie chirurgicznego leczenia zaparcia stolca . . .	61
Gussio. Przyczynek do kazuistyki i symptomatologii guzów przytarczycowych	329
Heermann. Podwójny wyciąg w złamaniach kości	329
Hertel. Gumitropakokaina do znieczulenia lędźwiowego.	218
Hildebrand. Przyczynek do chirurgii mózgu.	330
Hofmeier. Jodyna w praktyce chirurgicznej.	213

Hohmeier. O nowem postępowaniu w pokrywaniu ubytków tchawicy	340
Jacobaeus. Krótki przegląd moich doświadczeń z laparo- i torakoskopią	321
Jaklin. Przyczynek do doszczętnej operacji przepukliny.	71
Kampmann. Kamień włosiany żołądkowy.	58
Kehr. Ogólne podstawy dla rozpoznania, wskazań i leczenia kamieni żółciowych	76
Klose. Nowsze badania grasicy i ich ważność dla nauki o chorobach dziecięcych	316
Kobyliński. Doświadczenia odnośnie obrażenia moczowodów	82
Koerber. O doświadczeniu z wyciągiem gwoździowym podług Steinmanna	329
König. O powodach trwałych przypadłości, zwłaszcza wskutek zrostów, po wycięciu wyrostka robaczkowego	66
„ O możliwości wpływania na kryzy żołądkowe z pomocą znieczulania w przewodnictwie.	333
Kuhn. Białogiczne leczenie zapalenia otrzewnej	320
Lardennois et J. Okinczyc. O przyrośniętych przepuklinach kiszeki ślepej	72
Läwen. O zastosowaniu nowokainy w roztworze sodu i soli do znieczulenia miejscowego	216
„ Znieczulenie miejscowe w operacjach nerek	217
Läwen i Siewers. W sprawie praktycznego zastosowania wykonywania instrumentalnego sztucznego oddechu na człowieku	340
Lexer. Zastąpienie ubytku cewki moczowej wyrostkiem robaczkowym	345
Lichtenberg i Dietlen. Przedstawienie miedniczki nerkowej i moczowodu w obrazie rentgenowskim po napełnieniu tlenem	345
Lotheisen. Operacja Förstera w kryzach żołądkowych władu	334
Madelung. O uśpieniach mieszanych i kombinowanych	221
Martin. Ustawiczne wlewania soli kuchennej do odbytnicy; „lawatywa kroplowa“ pod kontrolą oka	212
Melville. Rozpoznanie i leczenie chirurgiczne krwotoku mózgowego	331
Meyer. Nowy pawilon dla chirurgii torakalnej w niemieckim szpitalu w Nowym-Yorku	334
Moszkowicz. Postępy chirurgii żołądka i kiszek	56
Müller. W sprawie kliniki stopy płaskiej i zniekształceń palców	327
Pels-Leusden. Leczenie zgrubienia nosa (rhinophyma).	339
Plate. O klinicznych objawach wczesnych okresów zniekształcającego zapalenia kręgow	323
Pürckhauer. Skręcenie kości goleni we wrodzonej stopie szpotawej i leczenie tegoż	327
Quénu et Pierre Duval. Sposób przyszczenia okrężnicy w przypadkach wypadania odbytnicy	73
Rehn. O wynicowaniu pęcherza moczowego	344

Reicher i Lenz. Anemizacja adrenalinowa, jako ochrona skóry w terapii rentgenowskiej	322
Riedel. O protezach po odjęciu uda incl. Gritti	322
Rohrbach. O podskórnych urazowych pęknięciach śledziony . . .	76
Roth. Kombinacyjny aparat Drägera do uspiania złożonego, postępowania przy zwiększonym ciśnieniu i sztucznego oddechu .	344
Schlechtendahl. O zastosowaniu szczypczyków naczyniowych Blunka.	319
Schnitzler. Z rozdziału o zwężeniach kiszek	60
Schüller. Siodłowa trepanacja paliatywna i nakłucie trzeciej komory	332
Schulz. W sprawie operacyjnego leczenia choroby Basedowa .	356
Schuman. O skręceniu się sieci większej	78
Stierlin. Radiografia w rozpoznawaniu gruźlicy ileocekalnej i innych schorzeń jelita grubego	71
Sudeck. O chirurgicznym leczeniu choroby Basedowa	335
Weiseheid. Objawy chorobowe w zależności od umiejscowienia wyrostka robaczkowego	74
Wellstein. Przetoka wyrostkowa	63
Werner i Caan. Elektro- i radioterapia na usługach leczenia guzów złośliwych	211
Wettstein. Operacyjne leczenie świeżych, prostych złamań trzonów kości	325
Wierzejewski. O wypadkach i powikłaniach po operacjach ortopedycznych	321
Wilms. O szmerach metalicznych w kiszkiach i o ich znaczeniu w zamknięciu kiszek	59
„ Nowa metoda zwężania klatki piersiowej w gruźlicy płucnej.	343
Wilms i Kolb. Odmiana operacji Förstera, wycięcie korzeni w stożku rdzeniowym	334
Wolf. Zastąpienie kości palca ręki kością palca stopy	328
Zeller. Uspienie skopolaminowopantoponowe	218

B. STRESZCZENIA PRAC Z DZIEDZINY GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA.

Betrix A. Zachowawcze leczenie raka macicy	228
Gessen A. Pęknięcie wewnątrztrzewnowe torbieli jajnika	221
Luncz J. Leczenie krwawień i włókniaków macicy za pomocą wyciągu gruczołu piersiowego	226
Seitz. Hormony jajnikowe, jako przyczyna wzrostu mięśniaków .	228
Stern. Cięcie cesarskie na umarłej	230

IV. TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

A. Posiedzenia chirurgiczne.

Posiedzenie d. 12 stycznia 1911 r.

- | | |
|---|----|
| 1. Wertheim. Opis przypadku zwężenia cewki, zakończonego śmiercią wskutek ropnego zapalenia otrzewnej | 85 |
| 2. Leśniowski. Uwagi o postępowaniu w przypadkach ran kłutych brzucha z wypadnięciem jelit. | 87 |
| 3. Sławiński. Próba wytworzenia przelyku sposobem Herzena . . | 90 |

Posiedzenie d. 9 lutego 1911 r.

- | | |
|--|----|
| 1. Wertheim. Przyczynę do leczenia przetok metodą Becka. . . | 92 |
| 2. Oderfeld. Przyczynę do wycięcia guzów wątroby | 93 |
| 3. Sławiński. Wpływ krwi na zrastanie się odłamów kostnych . . | 94 |
| 4. Szerszyński. O ropniach podprzeponowych. | 96 |

Posiedzenie d. 9 marca 1911 r.

- | | |
|---|-----|
| 1. Kijewski F. Przypadek bąblowca sterczu | 231 |
| 2. Dobrowolski: a) przypadek niedorozwoju dłoni i stopy;
b) przypadek zwężenia przelyku, leczony utworzeniem przetoki żołądkowej, wykonanem z pewną modyfikacją;
c) przypadek ropienia, wywołanego grzybkami streptotrix (streptotrichosis) | 232 |
| 3. Stabholz. Przypadek raka krtani, leczony preparatem „antituman“ | 233 |
| 4. Stankiewicz Wł. Przypadek guza zapalnego w jamie brzusznej . | 235 |
| 5. Rogoziński. Przypadek martwaka czaszki pochodzenia kiłowego. | 236 |
| 6. Krauze. Przypadek oderwania łankotki zewnętrznej stawu kolanowego | 237 |
| 7. Mintz. Rozszerzenie przelyku z powodu skurczu wpustu . . . | 238 |

Posiedzenie d. 13 kwietnia 1911 r.

- | | |
|--|-----|
| 1. Szerszyński Br. Pokaz chorej z lewostronnym wodniakiem kaletki półbłoniastej (hygroma bursae semimembranosae) i prawostronnym wodniakiem kaletki podkolanowej (hygroma bursae popliteae), obok obustronnego wodniaka stawu kolanowego | 347 |
| 2. Kozicki L.: a) Pokaz okazu uchyłku Meckela
b) Pokaz okazu ciąży jajowodowej. | 347 |

- | | |
|--|-----|
| 3. Stankiewicz Wł. Pokaz okazu raka poprzecznicy, usuniętego drogą operacyjną. | 349 |
| 4. Judt. Pokaz rentgenogramów. | 350 |

Posiedzenie d. 11 maja 1911 r.

- | | |
|--|-----|
| 1. Szerszyński. Przyczynek do sprawy gojenia się zranień chrząstek (pokaz chorego) | 350 |
| 2. Wertheim: a) Pokaz chłopca z rozległymi bliznami po oparzeniu
b) Pokaz chorego z porażeniem wszystkich mięśni ocznych (panophtalmia completa). | 351 |
| 3. Kryński. W sprawie etiologii zapalenia wyrostka robaczkowego (pokaz 2-ch okazów) | 352 |
| 4. Łazarowicz. Pokaz okazu kostniakochrzęstniaka klatki piersiowej. | 354 |
| 5. Kozicki. Pokaz okazu uchyłka Meckela | 354 |
| 6. Stankiewicz Wł. Przypadek periorchitis proliferans (pokaz okazu). | 354 |

B. Posiedzenia ginekologiczne.

Posiedzenie d. 28 października 1910 r.

- | | |
|--|-----|
| 1. Endelman Z. Przedstawienie 2-ch chorych akuszeryjnych . . . | 96 |
| 2. Staniszewski Wł. Przedstawienie chorej z brakiem pochwy i narządów płciowych wewnętrznych | 98 |
| 3. Zaborowski. Przedstawienie chorej ze zwięzieniem pochwy. . . | 98 |
| 4. Stankiewicz Cz. Przedstawienie chorej z marskością sromu . . | 98 |
| 5. Janczewski St. Przedstawienie okazu nowotworu pęcherza moczowego | 99 |
| 6. Szybowski. Przedstawienie potworka z guzem w okolicy pośladków | 101 |
| 7. Lorentowicz. Przedstawienie chorej z marskością dolnej części sromu i krocza | 102 |

Posiedzenie d. 25 listopada 1910 r.

- | | |
|--|-----|
| 1. Huzarski. Przedstawienie okazu pękniętej ciąży jajowodowej. . | 109 |
| 2. Jakowski J. Przedstawienie tamponika do wycierania jamy macicy jodyną. | 110 |
| 3. Neugebauer F. Pokaz przezroczy tętnic macicznych | 110 |
| 4. " Pokaz macicy z wielkim włókniakiem tylnej wargi macicy. | 112 |
| 5. Stankiewicz Cz. Przedstawienie:
a) dwa przypadki ciąży zamacicznej.
b) torbieli skórzastej jajnika,
c) dyżych rozmiarów włókniaka macicy,
d) torbieli wielokomorowej jajnika. | 113 |
| 6. Monslorski. Odczyt o kombinacji nowotworów w sferze płciowej kobiety. | 113 |

Posiedzenie d. 30 grudnia 1910 r.

1. Altkaufner H. Przedstawienie dużych guzów	113
2. Brabander. Pokaz okazu ciąży zamacicznej	116
3. Szybowski. Pokaz puchliny jajowodowej obok włókniaków macicy	118
4. Natanson. Przedstawienie:	
a) włókniaki macicy (7 okazów),	
b) pyosalpinx sinistra,	
c) torbiele skórzaste obu jajników,	
d) graviditas ovarialis destra,	
e) deciduoma malignum,	
f) kawałki ściany macicy po cięciu cesarskiem,	
g) ruptura uteri cervicalis et colpoaporrhesis anterior et dextra	118
5. Natanson. Odczyt o leczeniu oparacyjnem wypadnięcia macicy i pochwy.	120

Posiedzenie d. 27 stycznia 1911 r.

1. Neugebauer F. Przedstawienie okazu carcinoma utriusque tubae et utriusque ovarii	123
2. „ Przedstawienie galaretowatej zawartości jamy brzusznej.	124

Posiedzenie d. 24 lutego 1911 r.

1. Neugebauer F. Przedstawienie chorej ze zniszczoną przegrodą pęcherzowo-pochwową	243
2. Steiner. Przedstawienie chorej z wynicowaną macicą	243
3. Tymieniecki. Przedstawienie chorej po symphysitis porulenta	244
4. Stankiewicz Cz. Przypadek cięcia cesarskiego z powodu mięśniaka podsurowiczego	244
5. „ Pokaz okazu ciąży zamacicznej jajowodowej.	245
6. „ Przedstawienie 3-ch okazów macicy rakowej.	355
7. Leyzerowicz. Przedstawienie okazu dysmenorrhoeae membranaceae.	356
8. Jastrzębski. Przedstawienie okazu płodu 8-io miesięcznego po ciąży zamacicznej	356
9. Brabander. Odczyt p. t.: „Kilka słów w sprawie postępowania w razie wypadnięcia pępowiny“.	359

Posiedzenie d. 31 marca 1911 r.

1. Neugebauer F. Przedstawienie okazu współlistnienia włókniaków macicznych z rakiem trzonu macicy	360
2. Natanson. Przedstawienie okazów:	
1) ciąży jajowodowej i torbieli jajnika z jednej strony;	
2) macicy z płodem, otwartej po stwardnieniu	361

Posiedzenie d. 28 kwietnia 1911 r.

- | | |
|---|-----|
| 1. Slankiewicz Cz. Sprawozdanie ze zjazdu chirurgów w Berlinie | 368 |
| 2. Huzarski. Odczyt p. t.: „Drgawki porodowe i nowe teorye powstawania, jako też nowe metody leczenia“ | 368 |

Posiedzenie d. 26 maja 1911 r.

- | | |
|---|-----|
| 1. Janczewski Wł. Przedstawienie chorej ciężarnej w VIII miesiącu. | 370 |
| 2. Neugebauer F. Przedstawienie 4-ch okazów | 371 |

V. ZJAZDY LEKARSKIE.

I-szy ZJAZD LEKARZY PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO W ŁODZI

dnia 4 i 5 czerwca 1911 r.

Sekcja medycyny chirurgicznej.

I. Wykłady treści chirurgicznej.

- | | |
|--|-----|
| Dobrucki S. Sprawność szpitali prowincjonalnych Królestwa wobec najniezbędniejszych rękoczynów chirurgicznych | 246 |
| Wiszniewski Eug. O gruźlicy chirurgicznej w szpitalu N. M. P. w Siedlcach w ubiegłym dziesięcioleciu. | 247 |
| Zaleski Al. Niektóre błędy w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. | 247 |
| „ Przyczynek do odprowadzania przepuklin. | 249 |
| Goldman. Dezynfekcja rąk i pola operacyjnego. | 249 |
| Goldberg. Praktyka znieczulenia lędźwiowego. | 250 |
| Leyberg. O martwicy tkanki tłuszczowej w patologii skóry ludzkiej. | 251 |
| Tomaszewski. O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy stawu biodrowego | 251 |
| Marx. O stosowaniu metody Biera w praktyce prywatnej. | 251 |

II. Wykłady treści położniczej.

- | | |
|---|-----|
| Czerwiński. Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza praktyka. | 252 |
| Kaufman. Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza praktyka. | 252 |
| Siłkowski. O aseptyce położniczej w praktyce prywatnej na prowincyi | 252 |
| Raszkas. O postępach położnictwa | 253 |
| Tokarzewski. Stan położnictwa w powiecie Włodawskim | 253 |

VI. WIADOMOSCI BIEŻĄCE.

- | | |
|---|-----|
| Zjazd Lekarzy prowincjonalnych w Łodzi | 126 |
| XI Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich w Krakowie | 254 |

VII. NADESŁANO DO REDAKCYI.

W sprawie termometrów lekarskich	121
Zbiór prac Naukowych i Literackich o Ciechocinku	127
Pamiętnik 1-go Zjazdu Lekarzy prowincjonalnych Kr. P.	235

VIII. OGŁOSZENIA.

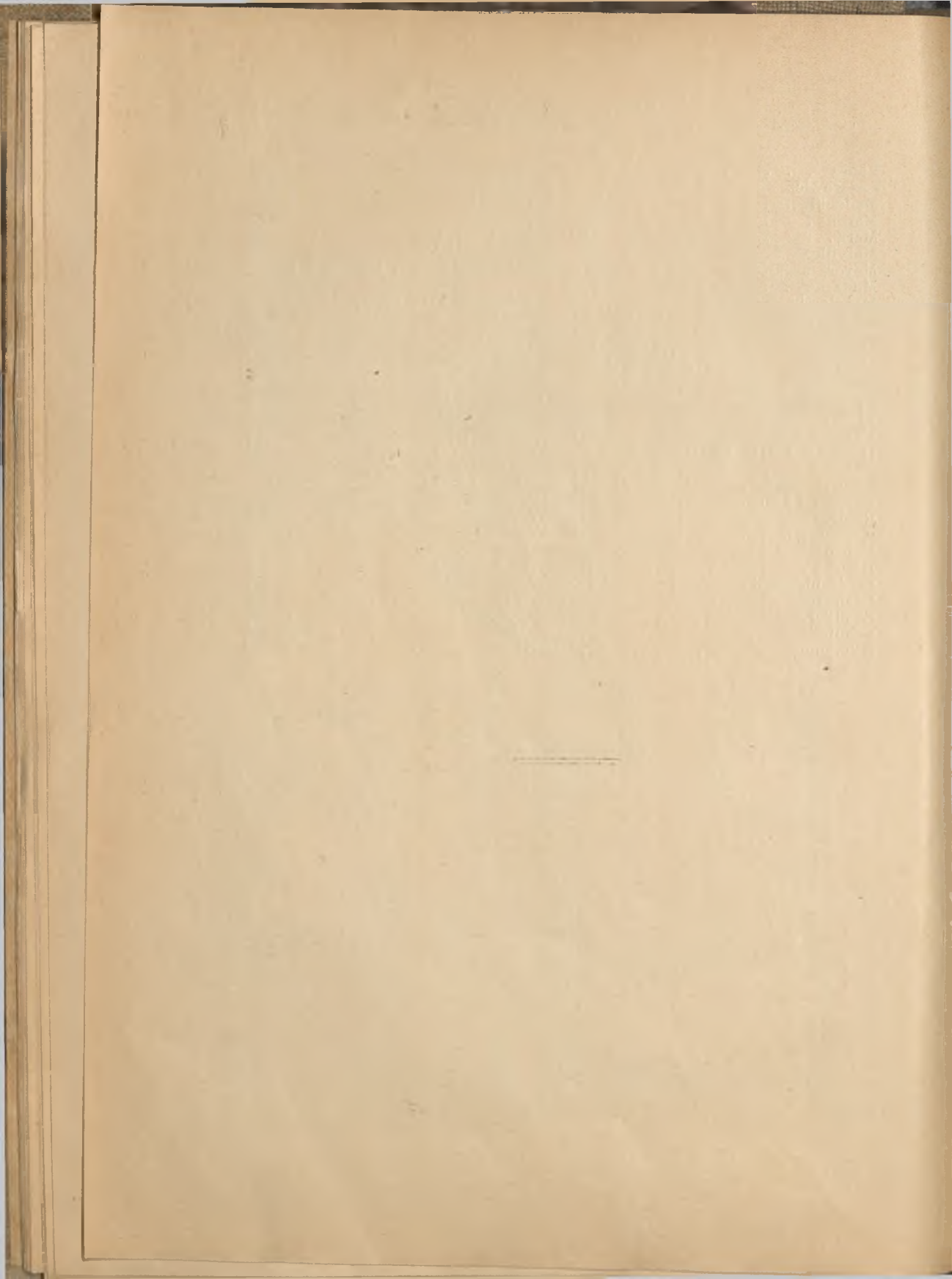
Na okładkach.

Skorowidz autorów.

Liczby, zaopatrzone w gwiazdkę, oznaczają prace oryginalne.

Adrain	83	Groszlik	278*
Amrein	325	Gussio	329
Altkaufert	113	Hermann	329
Becker	316	Hertel	218
Betrix	228	Hildebrand	330
Bozeman	80	Hofmeier	213
Brabander	116, 359	Hohmeier	340
Brandes	210	Huzarski	109, 368
Burchardt	219	Jacobaeus	321
Bürker	215	Jaklin	71
Caird	56	Jakowski J.	110
Calot	209	Janczewski St.	99
Carewen i Basset	69	Janczewski Wl.	370
Cassierer i Schmieden	332	Jastrzębski	356
Cykowski	257*	Judt	350
Czerny i Caan	211	Kampmann	58
Czerwiński	252	Kaufman	252
Dobrowolski	232	Kehr	76
Dobrucki	246, 174*	Kijewski F.	231
Dorsemagen	73	Klęsk	56
Drac	194	Klose	316
Drüner	79	Kobyliński	82
Edelszein	141*	Koerber	329
Endelman	96	König	66, 333
Esch	323	Kozicki	347
Fabian	70	Krauze	6*, 237
Falgowski	300*	Kryński	1, 352
Fischler	64	Kuhn	320
Frank	341	Lardennois i J. Okinczyc	72
Frank Alleut.	317	Läwen	216, 217
Franke	213	Läwen i Siewers	340
Freund	335	Leśniowski	87
Friedrich	342	Lexer	345
Garré	328	Leyberg	251
Gessen	221	Leyzerowicz	356
Goebel	61	Lichtenberg i Dietlen	345
Goldberg	129*, 250, 305*, 310*	Lorentowicz	102
Goldman	249	Lotheisen	334

Luncz	226	Seitz	228
Łazarowicz		Sitkowski	252
Madelung	221	Sławiński	90, 94
Martin	212	Smużyński	28*
Marx	251	Stierlin	71
Melville	331	Staniszewski Wł.	98
Meyer	334	Stankiewicz Cz.	98, 113, 244, 245, 355, 360, 368
Mintz	238	Stankiewicz Wł.	235, 349
Monsiorski	113	Steiner	243
Moszkowicz	56	Stern	230
Müller	327	Sudeck	335
Naranson	118, 120, 361	Szerszyński	96, 347, 350
Neugebauer	112, 123, 243, 371	Szybowski	101, 118
Oderfeld	93	Tokarzewski	253
Pels-Leusden	339	Tomaszewski	251
Plate	323	Tymieniecki	244
Pürckhauer	327	Weisheid	74
Quenu et Pierre Duval	73	Weltstein	63
Raszkas	253	Werner i Caan	211
Rehn	344	Wertheim	85, 92, 351
Reicher i Lenz	322	Wettstein	325
Riedel	322	Wierzejewski	321
Rogoziński	236	Wilms	59, 343
Rohrbach	76	Wilms i Kolb	334
Roth	343	Wiszniewski	247
Schlechtendahl	319	Wolf	328
Schnitzler	60	Zaborowski	98
Schüller	332	Zaleski	247, 249
Schulz	356	Zeller	218
Schuman	78		



PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM V. ZESZYT I. LIPIEC, SIERPIEŃ, 1911.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chirurgicznego szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Gastroenterostomia posterior antecolica

napisał

Prof. Dr. LEON KRYŃSKI.

Z pomiędzy zabiegów operacyjnych na żołądku zespolenie żołądkowojelitowe największe w chirurgii dzisiejszej zyskało uznanie i najczęściej bywa stosowane, przynosząc w wielu sprawach chorobowych znakomitą korzyść operowanym. Przeznaczona początkowo do zapobieżenia zgubnym następstwom zwężenia nowotworowego odźwiernika, operacja ta coraz śmielej rozszerzała swe wskazania, i dziś zakres ich obejmuje już cały szereg cierpień żołądka, poczynając od zmian anatomicznych w jego ścianie i ułożeniu, a kończąc na zaburzeniach w chemizmie jego czynności wydzielniczych.

Teren zatem stosowania zespolenia żołądka z jelitem stanowią: 1) te stany chorobowe, w których prawidłowe przesuwanie się treści żołądka do dwunastnicy napotyka trudności wskutek zmniejszenia drożności okolicy odźwiernika nader różnorodnej natury — nowotwory złośliwe, zwężenie bliznowe, za-

palenie okołożołądkowe (perigastritis et periduodenitis adhaesiva), zwężenia odźwiernika przerostowe, wrodzone u dzieci; 2) te cierpienia, gdzie okolicę odźwiernikową pragniemy ochronić od stykania się z miazgą pokarmową — wrzód okrągły żołądka lub dwunastnicy; 3) wreszcie tam, gdzie przez przyspieszenie opróżnienia żołądka dążymy do poprawy czynności jego błony śluzowej (zaburzenia w chemizmie trawienia), lub warstwy mięśniowej (atonia żołądka, rozszerzenie ostre).

Pierwsze z wymienionego szeregu cierpień, guzy złośliwe odźwiernika, rzadziej w ostatnim dziesięcioleciu dawały pole do stosowania zespolenia żołądka z jelitem, które dzięki postępowi techniki operacyjnej zastąpiono w wielu razach przez zabieg w tem cierpieniu odpowiedniejszy — doszczętne wycięcie odźwiernika. Dziś głównym terenem gastroenterostomii są przypadki wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy, które w kasuistyce tego zabiegu pierwsze liczebnie zajmują miejsce i dają wyniki operacyjne naogół bardzo dodatnie. Po za niebezpieczeństwem bezpośrednim wrzodu żołądka, jakie stanowią krwotoki i przedziurawienie ściany, zespolenie żołądka z jelitem usuwa znakomicie i te ciężkie zaburzenia w czynności chemicznej i mechanicznej żołądka, które występują stale w przebiegu czy następstwie sprawy wrzodziejącej. Niestety, wartość tej operacji i doniosłość otrzymywanych przez nią wyników dotychczas o wiele zamało jest znana i ceniona przez ogół lekarzy naszych, i dotychczas more antiquo lata całe stosuje się cały arsenał leków tam, gdzie zabieg operacyjny daleko szybciej i daleko pewniej może doprowadzić do pomyślnego wyniku.

Pod względem wykonawstwa zabiegu mamy w gastroenterostomii dwa typy postępowania operacyjnego, stosownie do tego, do której powierzchni ściany żołądka, przedniej czy tylnej, przytwierdzamy pętlę jelitową, a więc: zespolenie żołądkowo-jelitowe przednie według pierwotnej myśli Nicoladoniego-Wölflera, i zespolenie tylne, pomysł późniejszy Hackera. O wiele później podał swą odmianę Kocher przyszywania jelita do krzywizny wielkiej żołądka (gastroenterostomia inferior).

Właściwie mamy tu do czynienia z trzema narządami, które wchodzi w grę w wykonywaniu zespolenia żołądka z jelitem: z żołądkiem, jelitem czczem i poprzecznicą, i z wzajem-

nego ich stosunku, jaki wytwarzamy przez operację, wynikają cztery następujące jej odmiany:

1. Gastroenterostomia anterior antecolica Wölflera.
2. Gastroenterostomia posterior retrocolica Hackera.
3. Gastroenterostomia anterior retrocolica.
4. Gastroenterostomia posterior antecolica.

Z pomiędzy nich pierwsza i druga cieszą się ogólnem wśród chirurgów uznaniem i znajdują codzienne zastosowanie, licząc już kazuistykę na tysiące przypadków. Obie najlepiej odpowiadają stosunkom anatomicznym i każda też posiada swoich, niekiedy aż zbyt bezwzględnych, zwolenników. Dyskusję nad operacją zalet jednej nad drugą uważam za zupełnie bezcelową, albowiem zarówno jedna, jak i druga prowadzić powinna do dobrego wyniku, będąc wykonana dobrze i zastosowana odpowiednio, t. j. w odpowiednim dla siebie przypadku, co rozstrzygnąć może chirurg zawsze dopiero po rozejrzeniu się w stosunkach anatomicznych rzeczonych narządów. Zresztą, poglądy nasze na rzekome wady i zalety metody Wölflerowskiej i Hackerowskiej uległy zmianom, odkąd przy pomocy promieni X poznaliśmy prawidłowe ułożenie żołądka i liczne w nim wahania w zależności od okresów czynnościowych — z jednej strony, z drugiej — zyskaliśmy drogą tą możność sprawdzenia w każdym przypadku wartości nowowytworzonych przez operację warunków pod względem anatomicznym i fizyologicznym.

Trzecia z wymienionych odmian tej operacji, gastroenterostomia anterior retrocolica najmniej szczęśliwy przedstawia pomysł pod względem anatomicznym, pętla bowiem jelita czczego musi wykonać dość długą i krętą drogę po przez otwór w krezce poprzecznicy i przez otwór w więzie żołądkowookrężniczym, aby dojść do miejsca przyszycia na powierzchni przedniej żołądka. Przypuszczać więc należy, że posiadać może w stopniu wyższym wady obydwóch poprzednich operacji wraz ze wszystkimi wad tych groźnemi następstwami (zaciśnięcie pętli, circulus vitiosus). Zabieg ten był jednak stosowany w kilku przypadkach (Bramann, Brenner).

Natomiast nie znalazła, zdaje się, dotychczas zastosowania czwarta i ostatnia odmiana — gastroenterostomia posterior ante-

colica, którą Mikulicz w podręczniku swym przytacza, jako możliwą anatomicznie, lecz zapewnia, iż „hat keine Berechtigung“. Sposobu tego użyłem z bardzo dobrym wynikiem w jednym ciężkim przypadku wrzodu okrągłego dwunastnicy i sędzę, że wśród pewnych warunków anatomopatologicznych to właśnie postępowanie najłatwiej da się zastosować i najprościej do celu prowadzić może.

Przypadek ten dotyczył młodzieńca 22-letniego, leczonego na oddziale wewnętrznym d-ra Sokołowskiego w szpitalu Ś-go Ducha, u którego po trwających od roku zaburzeniach żołądkowokiszkowych wystąpiły przed dwoma miesiącami krwawienia z żołądka. W ostatnim tygodniu miał dwa krwotoki tak obfite, że gdy widziałem go po raz pierwszy, przedstawiał objawy ostrej niedokrwistości w wysokim stopniu. Po przeniesieniu chorego do mnie na oddział chirurgiczny wykonałem operację zespolenia żołądkowojelitowego.

Znieczulenie naciekowe płynem Schleicha z dodaniem później odurzenia chloroformowego. Cięcie w smudze w nadbrzuszu. Narządy jamy brzusznej bardzo blade. Żołądek duży, wiotki, opuszcza się brzegiem dolnym do pępka, pozatem żadnych zmian chorobowych wykryć w nim nie można. Odźwiernik drożny prawidłowy, natomiast przednia jego powierzchnia pokryta licznymi zrostami i, idąc ku górze i na prawo, już w obrębie dwunastnicy widać w ścianie jej miejsce sinawe i jakby wciągnięte, będące siedliskiem wrzodu.

Przystąpiłem więc do zrobienia nowego połączenia żołądkowojelitowego. Ze względu na duże rozmiary żołądka i znaczne obniżenie jego krzywizny wielkiej, uważałem za nieodpowiednią gastroenterostomię przednią Wölflera i wolałem wykonać zespolenie tylne pozapoprzecznicze. Tu jednak po uniesieniu ku górze żołądka wraz z siecią i poprzeczną przekonałem się, iż leży ta ostatnia tak blisko tylnej ściany jamy brzusznej wskutek niezwyklej krótkości jej krezki (mesocolon transversum), że zrobienie w niej otworu w celu przeciągnięcia przezeń pętli jelitowej ku żołądkowi wydało mi się niemożliwe bez narażenia tej pętli na zaciśnięcie w tem miejscu. Natomiast nisko opuszczony żołądek i jego tylna ściana, prawie przylegająca do poprzecznicy, zachęcały do przyszycia pętli

jelita do tej właśnie ściany, co też wykonałem po zrobieniu małego otworu w górnej części sieci (lig. gastrocolicum).

Cięcie w ścianie żołądka zrobiłem poprzeczne w stosunku do jego osi dłuższej, równoległe do włókien mięsnych okrężnych, cięcie jelita podłużne; szew 3-piętrowy jedwabny.

Przebieg pooperacyjny wyborny. Chory w ciągu pierwszego tygodnia był odżywiany forsownie lawatywami, w drugim tygodniu zaczął karmić się normalnie. Badanie po trzech tygodniach promieniami X po zjedzeniu kaszki bismutowej wykazało bardzo dobre funkcjonowanie nowoutworzonego połączenia, zdolnego do okresowego zatrzymywania treści żołądkowej. Pod tym względem otwór, zrobiony w żołądku poprzecznie, daje wyniki o wiele lepsze, niż cięcia podłużne, zwykle używane, co potwierdza również najnowsza praca Härtla z kliniki Biera, gdzie takie cięcie ściany żołądka w ostatnich czasach stosują najczęściej w postaci gastroenterostomia retrocolica posterior verticalis.

Zastosowane przezemnie postępowanie operacyjne i dodatni jego wynik w przytoczonym przypadku wrzodu dwunastnicy przemawiają na korzyść tej nieużywanej dotąd odmiany gastroenterostomii, która w pewnych, może być rzadkich warunkach anatomicznych stanowić może zabieg najbardziej celowy. Stwierdzają one nadto słuszność starej zasady hipokratesowej, częstokroć zapominanej, iż wszelkie zabiegi lecznicze, a więc i zabieg operacyjny, przystosowane być winny do właściwości każdego przypadku chorobowego, który w ten tylko sposób korzyść rzetelną odnieść może.

Z oddziału chirurgicznego w szpitalu na Czystem w Warszawie.

Z chirurgii oczodołu pozagałkowego

podał

LUDWIK KRAUZE

Ordynator oddziału.

Rozróżniamy w jamie oczodołu okolicę gałkową i pozagałkową, mieszczącą się między otworem wzrokowym i tylnym obwodem gałki oka. O ile dostęp do okolicy gałkowej jest łatwy, o tyle znów dostęp do okolicy pozagałkowej jest wielce utrudniony, i wszelkie rękoczynny, przedsiębrane w celu doszczętnego wyleczenia cierpienia tej okolicy, natrafiają nieraz na nieprzewyciężone przeszkody, zwłaszcza, jeżeli idzie o usunięcie guza, głęboko w oczodole leżącego. Zależy to od budowy anatomicznej wzmiankowanej okolicy, która, jak wiadomo, nie tylko odznacza się swoją głębokością i nieprawidłowością, ale jest nadto zamknięta tkanką kostną, niepodatną, stanowiącą nie małą przeszkodę do rękoczynów w oczodole. Do czasu więc, dopóki za pomocą różnych operacji osteoplastycznych nie udało się usunąć tej przeszkody i zrobić oczodół bardziej dostępnym dla rękoczynów, każda doszczętna operacja w oczodole poprzedzona była wyluszczeniem gałki bez względu na to, czy oko było zdrowe, czy też utraciło zdolność widzenia.

Usprawiedliwiano ciężki tego rodzaju przedwstępny zabieg tem, że pole operacyjne jest tu bardzo małe, że zachodzi potrzeba przecinać mięśnie, jeżeli operuje się wewnątrz lejka mięśniowego, że w razie ropienia ropa nie ma dostatecznego odpływu, i nareszcie — oko w tym czasie, kiedy już dochodzi do operacji, bardzo mało lub wcale nie widzi. Nic dziwnego, że chirurgia okolicy pozagałkowej postępów nie robiła: trudno było, z jednej strony, choremu zdecydować się na utratę zdrowej gałki, z drugiej strony — i lekarzowi ciężko było zdecydo-

wać się na przedsięwzięcie operacji. Zwlekano więc z operacją jaknajdłużej, tak długo, aż skutek sprawy chorobowej, odbywającej się poza gałką, oko w zupełności uległo zniszczeniu, i wtedy już z czystem sumieniem lekarz przystępował do operacji, albo też ograniczano się do połowicznego operowania na tyle, na ile to było możliwe, naturalnie ze szkodą dla chorego i z małym zadośćuczynieniem wewnętrznem dla operującego.

Lecz już w roku 1816 Scarpa wykonał operację wyluszczenia guza pozagątkowego z zachowaniem gałki. Nie zwracano jednak na to uwagi, i długi jeszcze szereg lat uważano wyluszczenie gałki za konieczne. Dopiero w roku 1874 Knapp wielce zasłużył się chirurgii pozagątkowej ogłoszeniem przypadku, w którym wyluszczył guz, wychodzący z nerwu wzrokowego, z zachowaniem gałki. Metoda Knappa zasadza się na przecięciu łącznicy w miejscu, gdzie usadowił się guz; można też przeciąć skórę górnej lub dolnej powieki i przez tę ranę przeciąć worek łącznicowy, można również przeciąć spojenie zewnętrzne i następnie — łącznicę; otrzymuje się wtedy więcej miejsca; następnie na tępo posuwamy się dalej wgłąb, dochodząc w ten sposób do guza. Niekiedy zachodzi potrzeba przecięcia mięśnia, który w końcu operacji zszywa się ponownie.

Domela-Nieuwenhuis w obszernej swojej pracy przytacza zebrane przez siebie 23 przypadki guzów nerwu wzrokowego, operowane wyżej podanym sposobem z zachowaniem gałki. Z 23 przypadków 2 zakończyły się śmiercią z powodu zapalenia opon mózgowych. Raz jeden trzeba było wyluszczyć gałkę podczas operacji z powodu dużych rozmiarów guza, i raz wyluszczenie gałki okazało się konieczne w 4 godziny po operacji z powodu nieustającego krwotoku pozagątkowego. Z 19 więc przypadków badanie gałki po operacji dało wynik następujący: w 10 przypadkach gałka na zawsze pozostawała wielkości prawidłowej — 52,5%, w 4 przypadkach gałka uległa zmniejszeniu — 21%, w 5 przypadkach nastąpił zupełny zanik gałki — 26,5%. Z 14 przypadków, w których gałka na zawsze została zachowana, 7 razy nastąpiło opadnięcie powiek, lecz wkrótce nastąpiła poprawa, 7 razy wystąpił zez, po większej części zbieżny. Ruchy gałki w 4 przypadkach nie podane, z 10 pozostałych przypadków spostrzegano 3 razy ruchomość prawidłową lub prawie prawi-

dłową, 3 razy zmniejszoną, a 4 razy bardzo ograniczoną. Nie zachodzi tu żaden stosunek między wynikiem pooperacyjnym a wykonaniem zabiegu; zauważyć było można, że w przypadkach, w których mięśnie nie zostały przecięte, wynik był czasem gorszy, niż w przypadkach, w których przecięto mięśnie.

Metoda Knappa pchnęła wprawdzie chirurgię pozagałkową o znaczny krok naprzód, jednakże w największej liczbie przypadków dobrego dostępu nie daje i pozostawia wogóle wiele do życzenia; trzeba mieć na uwadze to, że Knapp użył tej metody wyłącznie w celu operowania nowotworów okolicy pozagałkowej, wychodzących bądź z pochwy nerwu wzrokowego, lub też z samego nerwu wzrokowego. W takich razach wycinamy nowotwór razem z nerwem od otworu wzrokowego aż do wejścia jego do gałki; możemy wtedy gałkę, największą przeszkodę do wykonania rękoczynu w oczodole, znakomicie zwichnąć w jedną, lub w drugą stronę, przez co pole operacyjne powiększa się i doszczętne usunięcie nowotworu staje się możliwem. Inaczej ma się rzecz w przypadkach, w których nowotwór znajduje się na zewnątrz od nerwu wzrokowego lub tylko do niego przylega, i nerw wzrokowy winien być zachowany; wtedy pole operacyjne jest bardzo małe, a wykonanie zabiegu nader utrudnione.

Niedogodności te w zupełności usuwa metoda Krönleina, nazwana przez niego czasowem osteoplastycznym wycięciem zewnętrznej ściany oczodołu. Ze względu na doniosłe znaczenie, jakie słusznie metoda ta ma w chirurgii pozagałkowej, pozwolę sobie opisać ją nieco obszerniej tak, jak ją podaje Domela-Nieuwenhuis. Po przygotowaniu pola operacyjnego w sposób zwykły, prowadzimy cięcie skóry od przedniej okolicy skroniowej łukowato ku dołowi wzdłuż zewnętrznego brzegu oczodołu do środka łuku licowego.

Należy tu zwrócić uwagę na 3 główne punkty: a) punkt początkowy skóry znajduje się tam, gdzie dająca się wyczuć linia półkolista kości czołowej przecina się z linią poziomą, równoległą do brzegu nadoczodołowego, na 1 cm. powyżej; b) punkt średni — leży w środku linii poziomej, która łączy kąt zewnętrzny oka z zewnętrznym brzegiem oczodołu; c) punkt końcowy — leży na łuku licowym w środku linii prostej, która łączy kąt zewnętrzny oka ze skrawkiem ucha. Cięcie więc skóry

powinno te 3 punkty łączyć za pomocą łuku, lekko wypukłego ku przodowi i ku dołowi. Długość cięcia wynosi u dorosłych 6—7 cm., u dzieci zaś długość, według Schreibera, wynosi tylko około 4 cm. Cięcie powinno być wypukłe, aby można było płat kostny odwrócić bez napięcia miękkich części; nie powinno ono przechodzić zanadto nazewnątrz, raczej więcej na wewnątrz od brzegu oczodołu, aby część kostna była dobrze pokryta i mało widoczna. Następnie za pomocą podważki oddzielamy okostną oczodołu od zewnętrznej ściany ku dołowi do szczeliny oczodołowej dolnej, w którą wprowadzamy wąską podważkę, jako wskaziciel, do którego powinny zbiegać się cięcia kostne. Cięcia kostne są trzy: dwa poprzeczne i jedno skośne. Poprzeczne górne przecina wyrostek licowy kości czołowej tuż przy jego podstawie po oddzieleniu okostnej. Cięcie skośne idzie z głębi poprzedniego cięcia poprzecznego w linii prostej poza szew jarzmowoklinowy aż do szczeliny oczodołowej dolnej. Cięcie poprzeczne dolne przechodzi przez wyrostek czołowy kości licowej tuż przy jego podstawie i dochodzi do szczeliny oczodołowej dolnej.

Cięcia kostne powinny być wykonywane w porządku wyżej podanym, a przynajmniej tak, aby cięcie skośne nie było ostatnie, gdyż przy przedłutowaniu wyrostka kości licowej cienka ściana zewnętrzna oczodołu może nadłamać się w miejscu niepożądanem. Demela-Nieuwenhuis, wykonując wielokrotnie operację na trupach, przekonał się, że najlepiej jest cięcie kostne skośne wykonać za pomocą dłutka, cięcia zaś poprzeczne górne i dolne za pomocą wypukłej piłki. Rozmiary wyciętej kości są rozmaite, zwykle mieści 3 cm. wysokości i 2,5 cm. długości; zależy to od większych lub mniejszych wymiarów oczodołu, podlegających, jak wiadomo, rozległym wahaniom.

Wycięty w ten sposób płat skórnokostny odchylamy na zewnątrz, co udaje się z łatwością; baczyć przytem należy, by kość pozostawała w związku z tkankami miękkimi. Przecinamy następnie okostną oczodołu wzdłuż, i mamy przed sobą okolicę pozagałkową, w której wszystkie części składowe doskonale odróżnić możemy. Stosownie do okoliczności zachodzi nie raz potrzeba przecięcia mięśnia prostego zewnętrznego, który w końcu operacji zszywamy; przecinać go należy poprzecznie i blisko przyczepu do twardówki. W razie potrzeby przecina-

my i inne mięśnie, im mniej jednak przecinamy, tem w następstwie ruchy gałki są lepsze. Po operacyi odchylamy płat skórnokostny na miejsce i nakładamy szew.

Jak widzimy, Krönlein dla swojej operacyi posilkował się ścianą zewnętrzną oczodołu. W istocie, jest to odcinek oczodołu, najlepiej nadający się do tej operacyi, gdyż należy on całkowicie do oczodołu, podczas gdy inne ściany graniczą z więcej lub mniej ważnemi jamami: górna — z jamą czaszkową, dolna — z zatoką szczękową, wewnętrzna — z jamą nosową. Jeżeli zaś zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że operacya Krönleina daje doskonały dostęp do oczodołu, lecz przeważnie do zewnętrznego odcinka, do innych zaś odcinków dostęp nie jest tak dobry, to nie będziemy dziwili się, że dążeniem wielu chirurgów było zrobić dostępnymi i inne odcinki oczodołu za pomocą czasowego wycięcia innych ścian tegoż.

Tak Cahen w roku 1897, chcąc wyciąć w oczodole pierwszą gałąź nerwu trójdzielnego, utorował sobie drogę do oczodołu za pomocą czasowego wycięcia ściany górnej. Cięcie prowadzi na brzegu nadoczodołowym poprzecznie, od końca tego cięcia idą 2 prostopadłe ku górze do samej kości, następnie wycina się płat kostnoskórny z podstawą u góry i nadłamuje go, odwracając płat do góry, usuwa resztę kości gąbczastej oraz blaszkę wewnętrzną czaszki na całej długości płata, ostrożnie podnosi mózg i wycina na dużej przestrzeni górną ścianę oczodołu od strony jamy czaszkowej za pomocą małego dłuta i szczypców kostnych. Przecina następnie okostną oczodołu i w ten sposób ma dobry dostęp do oczodołu. W tym przypadku Cahen uniknął otwarcia zatoki czołowej; gdyby się to jednak zdarzyło, to przy teraźniejszym aseptycznem operowaniu niebezpieczeństwa niema. Cahen jest zdania, że metoda ta służyć może nietylko do wycięcia pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego w oczodole, lecz i do usunięcia ciał obcych, znajdujących się powyżej lub z boku gałki, a także do operacyi tętniaków w oczodole.

Dla dotarcia do wnętrza oczodołu od strony wewnętrznej podał 2 metody Gussenbauer w r. 1895, polegające na czasowym wypitowaniu kości nosowych, przyczem otwiera obie jamy oczodołowe, obie zatoki czołowe, sitowe i klinowe. Metoda pierwsza jest następująca: cięcie skórne zaczyna się w we-

wewnętrznej połowie brwi z jednej strony wzdłuż wyrostka nosowego kości czołowej aż do wyrostka nosowego szczęki górnej, następnie przez nos przechodzi na lewą stronę również do wewnętrznej połowy brwi. Następnie z każdej strony za pomocą dłutka przecina wyrostek nosowy szczęki górnej, dalej oba wyrostki nosowe kości czołowej w przedłużeniu przez kość łzową i blaszkę papierową kości sitowej, nareszcie przecina połączenie blaszki pionowej z lemieszem. Tak utworzony kostnoskrny płat unosi się ku górze i wtedy otwarte są oba oczodoły, zatoki czołowe, sitowe i klinowe. Operację tę wykonał Gussenbauer w celu usunięcia nowotworu, który z jednego oczodołu przez zatokę sitową przeszedł do drugiego.

Druga metoda jest tylko ułatwieniem powyższej. Cięcie skóry w okolicy gładziny i na grzbiecie nosa, od gładziny idzie cięcie łukowate wzdłuż brwi z każdej strony; następnie dłutkiem przecinamy średnie połączenie kości nosowych, wyrostek nosowy szczęki górnej z każdej strony, dalej wyrostki nosowe kości czołowej na przedłużeniu z wewnętrzną górną ścianą oczodołu. Oba kostnoskrne płaty, w ten sposób utworzone, odciągamy na zewnątrz. Takim sposobem okolica obu zatok czołowych, wewnętrzne części oczodołu i kość sitowa są uwi-docznione. Gussenbauer radzi przed operacją wypchać muślinem nos, aby krew nie ściekała do krtani.

Operacja, dająca dobry dostęp do oczodołu od strony ściany dolnej, połączona jest zawsze z całkowitem lub częściowym wycięciem szczęki górnej i znajduje zastosowanie tylko wtedy, jeżeli nowotwór szczęki górnej przeszedł do okolicy pozagałkowej. Można wtedy bardzo wygodnie i stamtąd nowotwór usunąć. Również nowotwory pozaszczękowe, które przez szczelinę oczodołową dolną przeszły do oczodołu, mogą być stąd usunięte zapomocą czasowego wycięcia szczęki górnej, proponowanego przez Langenbecka. Są to sposoby operacyjne nietypowe i dla chirurgii pozagałkowej o tyle mają znaczenie, o ile trzeba usunąć guz, który z sąsiedztwa wrósł do oczodołu.

Ze sposobów operacyjnych wspomnieć jeszcze wypada o sposobie Israella, podanym w roku 1902 i wykonanym w celu usunięcia mięsaka oczodołu. Cięcie skóry takie same, jak w sposobie Krönleina, na zewnętrznym brzegu oczodołu; cięcie to

dochodzi odrazu do powierzchni guza. Drugie cięcie idzie prostopadle do pierwszego wzdłuż górnego brzegu oczodołu, następnie oddziela się powiekę bez zranienia mięśnia dźwigacza i odciąga ku wewnątrz, przyczem wielka część guza ukazuje się w ranie. Guz wyłuszczamy na tępo za pomocą podważki i przy pomocy noża. Zdaniem Israela, sposób ten daje dobry dostęp do oczodołu. Dla powiększenia pola operacyjnego można górne cięcie wzdłuż brzegu oczodołu przedłużyć ku wewnątrz; jeżeli dźwigacz powieki górnej stanowi przeszkodę do wyłuszczenia guza, można mięsień ten czasowo przeciąć, jak przecinamy mięsień prosty zewnętrzny w metodzie Krönleina.

Dla wyłuszczenia guzów, znajdujących się w odcinku wewnętrznym i tylnym oczodołu, Franke proponuje czasowe wypiłowanie górnego brzegu oczodołu, który odchyła ku dołowi i w ten sposób toruje sobie drogę do właściwej okolicy oczodołu.

Rozpatrując wszystkie wyżej opisane metody operacyjne, wchodzące w zakres chirurgii pozagałkowej, widzimy, że dążeniem wszystkich chirurgów było za wszelką cenę utrzymać gałkę nie tylko prawidłową lub mało zmienioną z powodu cierpienia, lecz nawet zupełnie ślepą. Oko bowiem naturalne jest estetyczniejsze, więcej ruchome, niż najlepsze sztuczne; nawet w razie zastosowania oka sztucznego obecność jakiegokolwiek gałki jest pożądana.

Wszystkie sposoby operacyjne podzielić można na 2 grupy: 1) bez wycięcia kości (Knapp, Israel) i 2) z wycięciem jednej ze ścian oczodołu (Krönlein, Cahen i t. d.). Sposoby, należące do pierwszej grupy, nie dają dostatecznego dostępu do okolicy pozagałkowej. Nawet sposób Israela, niewątpliwie zasługujący na uwagę choćby z tego względu, że jest bardzo prosty i że, dzięki cięciu podobnemu do cięcia Krönleina, można w każdej chwili, o ile zachodzi ku temu potrzeba podczas operacji, wyciąć zewnętrzną ścianę oczodołu, może być jednak zastosowany tylko w specjalnych przypadkach, mianowicie tam, jak sam Israel powiada, gdzie nowotwór jest duży i przyczynił się do mocnego zwicznienia gałki, następnie, jeżeli guz jest twardy, i można go ująć w szczypczyki, co pozwala kierować nim w miarę potrzeby na wszystkie strony dla łatwiejszego usunięcia.

Druga grupa zawiera w sobie te sposoby, w których należy czasowo wycinać jedną ze ścian oczodołu, aby mózgowi wykonać zabieg. Wszystkie te sposoby, jak widzieliśmy wyżej, mają swoje specjalne wskazania i były obmyślane przez autorów dla konkretnego przypadku, z jakim chirurg spotkał się wówczas. Sposoby, wymagające wycięcia ściany górnej, wewnętrznej lub dolnej są bardzo powikłane i pociągają za sobą otwieranie sąsiednich jam: czaszkowej, nosowej i zatoki szczękowej. Jednakże pomimo zastosowania tak ciężkiego i niebezpiecznego zabiegu wstępnego, dostęp do tych odcinków oczodołu wcale nie jest dobry, manipulowanie narzędziami jest utrudnione, szczególnie, jeżeli zachodzi potrzeba manipulowania w głębi.

Wreszcie strona kosmetyczna po tych operacjach również pozostawia wiele do życzenia. Jedynie tylko operacja Krönleina, polegająca, jak wiadomo, na czasowym wycięciu zewnętrznej ściany oczodołu, ma obszerne zastosowanie i zasługuje na szerokie rozpowszechnienie. Prawda, że najbliższe i największe zastosowanie ma ona dla leczenia cierpień oczodołu, mających swe siedlisko przeważnie w zewnętrznym odcinku oczodołu i nie rozszerzających się bardzo ku dołowi i ku wewnątrz; za to w tych właśnie razach daje ona doskonały dostęp i do części głęboko leżących, pozwala operować pod kontrolą oka, co jest bardzo ważne dla doszczętnego usunięcia cierpienia. Strona kosmetyczna nic nie pozostawia do życzenia. O wszystkich tych zaletach operacji Krönleina miałem sposobność przekonać się osobiście w przypadkach przezemnie spostrzeganych i operowanych, które podaję niżej.

Pomimo tych zalet, jakie przedstawia operacja Krönleina, przez długi jeszcze czas nie cieszyła się ona uznaniem ani okulistów, ani chirurgów. Dość powiedzieć, że jeszcze wtedy po ogłoszeniu i zastosowaniu w mojej będącej operacji z dobrym wynikiem podczas każdej operacji w okolicy pozagałkowej zupełnie zdrowe gałki padały ofiarą rękoczynu. Dopiero w roku 1893 Braunschweig był pierwszym okulistą, który w Niemczech wprowadził tę operację do okulistyki i gorąco zalecał ją nie tylko dla celów leczniczych, lecz także dla celów rozpoznawczych. Po nim już, zachęcani dobrymi wynikami, operowali:

Schreiber, Schuchardt, Franke, Madelung i Bullinger, Axenfeld, Eichel i inni.

We Francyi Panas opisał operację Krönleina w r. 1894, a Valude pierwszy wykonał ją w r. 1889.

W Szwajcaryi sam autor metody, następnie v. Mandach.

W Rosyi Sokołow pierwszy raz wykonał operację w roku 1897, następnie Gołowin w r. 1889.

W Szwecyi wprowadził operację Ahlström w r. 1899.

W Austrii opisał ją w r. 1894 Czermak i rozszerzył wskazania do tej operacji.

U nas pierwszym okulistą, który wprowadził operację Krönleina, był Dr. Zygmunt Kramsztyk, mnie zaś powierzył wykonanie tej operacji w przypadkach, które się do tego nadały, pierwszy raz w roku 1900, za co w tem miejscu składam mu serdeczne podziękowanie *).

Pierwszy przypadek dotyczył 29-letniego chorego, który przybył do oddziału D-ra Kramsztyka w szpitalu Starozak, dnia 24 października 1900 r.; 3 dni temu wbił sobie kościane szydełko w prawe oko. Szydełko przez chwilę pozostawało na miejscu, a po wyciągnięciu spostrzeżono, że brakowało kawałka końcowego, który zatem — prawdopodobnie został w oczodole. Bólów szczególnych nie doznawał. Widzi dobrze.

Badaniem stwierdzono: znaczne wylewy krwawe pod łącznicą gałki w części dolnej i zewnętrznej. Na fałdzie dolnej powieki, bliżej kąta zewnętrznego, znajduje się jakby ślad zranienia, lecz zgłębnikiem do rany wejść nie można. Na rogówce zmian niema, źrenica oddziaływa prawidłowo. Opuszczenie powieki górnej. Ruchy gałki ku górze i ku wewnątrz ograniczone, ku dołowi i zewnątrz zachowane. W moczu ani białka, ani cukru niema.

Rentgenogram wskazywał, jakoby w oczodole znajdowało się ciało obce.

Dnia 26 października źrenica oka prawego rozszerzona, bardzo słabo oddziaływa, wylewy na łącznicy gałki powiększają się, obrzęk powiek. Nicco podnosi powiekę górną.

Dnia 29 października. W nocy nie spał, bredzi, wskazuje na ból głowy w okolicy tylnej.

*) Niewątpliwie operacja Krönleina wykonywana była i przez naszych chirurgów. Z piśmiennictwa, mnie dostępnego, znany mi jest tylko przypadek, operowany przez Leśniowskiego z powodu guza w oczodole z dobrym wynikiem, przedstawiony na posiedzeniu chirurgicznym W. T. L. dnia 27 lutego 1907 r.

Wobec powyższych danych, przypuszczając, że ciało obce znajduje się powierzchownie w oczodole, a przynajmniej nie bardzo głęboko, zrobiłem cięcie poprzeczne na górnej powiece w bliskości brzegu górnego oczodołu, oddzieliłem mięśnie prosty i skośny górny i na tępo usiłowałem dostać się do oczodołu. Ciała obcego nie znalazłem.

Nazajutrz po operacji chory czuł się dobrze, lecz dnia następnego bóle w oku ponowiły się i w ciągu kilku dni następnych powiększały się coraz bardziej.

Dnia 6 listopada w nocy chory miał silne bóle w oku. Zmieniłem opatrunek, zdjąłem szwy, rana zagojona przez rychłozrost. Ruchy gałki wszystkie zniesione. Żrenica nie oddziaływa. Kontury w części zewnętrznej i dolnej brodawki nerwu wzrokowego zatuszowane. Żyły znacznie rozszerzone. Siatkówka naokoło brodawki matowo biała, podniesiona nad powierzchnią brodawki.

Dnia 9 listopada. Obrzmienie spojówki galkowej, brzegi w formie wału, okrążającego rogówkę. Wysadzenie oka. Brodawka bez wyraźnych granic. Żyły rozszerzone. Widzi słabo. Wskazuje na silny ból w oku; w nocy nie spał. Nie gorączkuje.

Wobec pogarszającego się stanu chorego, przypuszczając, że ciało obce znajduje się w głębi oczodołu, dokąd podczas pierwszej operacji z powodu niedostatecznego dostępu dotrzeć nie można było, przystąpiłem tegoż dnia do wykonania operacji sposobem Krönleina. Operację wykonałem w uspieniu chloroformowem, trzymając się ściśle wskazówek autora.

Przekonałem się, że cała zewnętrzna okolica oczodołu, część górna i dolna dostępna jest dla ścisłego badania. Doskonale mogłem obserwować wzmiankowaną okolice oczodołu, lecz ciała obcego nie znalazłem. Ułożyłem więc na właściwym miejscu płat skórnokostny i nałożyłem szew na skórę. Do oczodołu wprowadziłem pasek gazy jodoformowej i nałożyłem opatrunek uciskający.

Okres pooperacyjny przeszedł bez powikłań; chory nie gorączkował, bólów nie doznawał.

Dnia 16 zdjąłem opatrunek i usunąłem szwy. Rana zagojona przez rychłozrost. Ruchy gałki, acz słabe, lecz możliwe ku górze, ku dołowi i ku zewnątrz.

Dnia 20 chory został wypisany ze szpitala.

Stwierdzono wtedy: wszystkie ruchy gałki są możliwe, lekka niedomykalność powiek; po zamknięciu powiek pozostaje wąski pasek rogówki nieprzykryty, w tem miejscu utworzył się wrzód owalny. W kącie wewnętrznym szpary widać łącznicę obrzękłą. Chory mało widzi na to oko. Zniekształcenia okolicy prawego oka niema.

Drugi przypadek dotyczył 58-letniej kobiety, która wstąpiła do szpitala Starozak. dnia 2 lipca 1901 r. Chora opowiada, że przed 5 laty obrzękła jej twarz z lewej strony, zwłaszcza w okolicy oka. Po kilku dniach obrzęk zmniejszył się o tyle, że obejmował tylko okolice oka. Po pewnym czasie chora zauważyła, że lewa gałka wysadza się ku przodowi. Bólu nie doznawała.

Badanie wykazało: w narządach wewnętrznych zmian niema. Lewa gałka silnie wysadzona ku przodowi, sama gałka napozór wygląda prawidłowo, powieki zmian nie przedstawiają. Obmacywanie okolicy oka bólu nie powoduje, skóra prawidłowa, nie obrzękła. Nad dolnym i zewnętrznym brzegiem oczodołu można wymacać guz, idący wgłąb oczodołu, niebolesny, sprężysty, niechlebocący. Ruchy gałki ograniczone, lecz możliwe. Siła widzenia lewego oka zmniejszona; widzi na to oko, jakby przez zasłonę. Brodawka matowa, zarysy niejasne, naczynia zwężone. Żrenica oddziaływa prawidłowo. Lekkie wywiniecie powieki dolnej. Ze strony nerwów czaszkowych zbroczeń niema, bólów głowy — również. Jama ust, nosowogardzielową i nosowa zmian nie przedstawiają. Kość szczęki górnej niezmieniona. Rozpoznano guz w okolicy pozagałkowej lewej, uciskający nerw wzrokowy, i wysadzający gałkę ku przodowi. Co do natury guza — trudno było coś stanowczego powiedzieć, można było tylko z pewnem prawdopodobieństwem wyłączyć jego złośliwość.

Dnia 16 lipca wykonałem operację sposobem Krönleina z czasowem wycięciem ściany zewnętrznej oczodołu. Po odciągnięciu płata, utworzonego z części miękkich i zewnętrznej ściany oczodołu na zewnątrz, można było z łatwością wyczuć palcem guz w głębi oczodołu, nietwardy, sprężysty. Po przecięciu wzdłuż okostnej oczodołu i rozciągnięciu brzegów, ukazał się guz o barwie ciemnosinej, leżący w częściach miękkich między mięśniami. Guz ten pomimo głębokiego położenia, gdyż wierzchołek jego przylegał prawie do otworu wzrokowego, dał się dość łatwo wyluszczyć pod kontrolą oka po większej części na tępo. Podczas operacji dużego krwawienia nie było, podwiązki ani jednej nie nałożono. Płat, czasowo wycięty, ułożyłem na właściwem miejscu i nałożyłem szew na skórę. Do oczodołu wprowadziłem pasek z gazy jodoformowej. Przed nałożeniem opatrunku chora poczęła wymiotować i wtedy nastąpiło dość żywe krwawienie z głębi oczodołu. Opatrunek uciskający, nałożony dość mocno, wystarczył, aby krwawienie ustało. Guz barwy ciemnosinej, kształtu kulistego z wązkim wydłużonym odcinkiem tylnym, wielkości średniego kasztana. Badanie drobnowidzowe wykazało budowę naczyniaka.

Nazajutrz po operacji chora ma się dobrze. Pod okiem na stronie prawej siniaki, wargę górną na stronie lewej obrzękła. Bólów niema. Po zdjęciu opatrunku okazało się: naokoło oka dość duże wylewy krwawe pod skórą, również znaczne wylewy krwawe w łącznicy. Powieki podnosi dobrze. W ciągu kilku dni następnych stan ogólny chorej dobry. Wylewy krwawe zajmują prawie całą lewą połowę twarzy, górną i dolną wargę aż do podbródka na stronie lewej. 7-go dnia po operacji usunięto pasek gazy, wprowadzony do oczodołu, poczem wylała się nieduża ilość krwawej wydzieliny. Wylewy krwawe znacznie zmniejszyły się. Żrenica rozszerzona; chora na oko mało widzi. 9-go dnia po operacji usunięto szwy; rana zagojona przez rychłozrost. Ruchy gałki możliwe, lecz ograniczone. W ciągu kilku dni następnych wylewy krwawe bardzo zmniejszyły się i zajmują bardzo małą przestrzeń; łącznica jeszcze nieco zaczerwieniona. Żrenica prawidłowa, oddziaływa dobrze. Chora widzi na oko tak, jak przed operacją.

Zniekształcenia żadnego niema. Dnia 3 sierpnia chora wypisaną została ze szpitala.

Trzeci przypadek dotyczył 7-letniego chłopca, skierowanego do mnie przez D-ra Zyg. Kramsztyka z adnotacją: exophthalmus, dno oka prawidłowe, siła widzenia prawidłowa. Chory wstąpił do oddziału w szpitalu Starozak. dnia 13 marca 1908 r. Zachorował przed 3 tygodniami na niewielki ból głowy, jednocześnie matka spostrzegła, że lewa gałka oczna więcej wystaje z oczodołu, niż prawa. Dreszczów nie było. Ciepłota ciała nie była zwiększona. Badając chorego, znaleziono: chory miernie rozwinięty, w płucach i sercu nic nieprawidłowego stwierdzić nie daje się. Gałka oczna lewa znacznie wysadzona z oczodołu, zwrócona ku przodowi i ku dołowi, żrenica znacznie rozszerzona (atropina). Naczynia twardówki mocno nastrożnione. Na górnoczewnym brzegu gałki wyczuwa się gruczoł łzowy, wypchnięty razem z gałką. Obmacywanie palcem oczodołu wykazuje, że na wewnątrz od wypukłego gruczołu łzowego wyczuwa się ciało sprężyste. Ruchy gałki ku górze i ku zewnątrz ograniczone, ku dołowi i ku wewnątrz zachowane. Dno oka prawidłowe, krótkowidztwo Siła widzenia $\frac{1}{8}$. W jamie ustnej i nosowej, a także w zatoce szczękowej niema nic nieprawidłowego.

W ciągu czterech dni następnych chory brał jodek potasu bez najmniejszego skutku, przeciwnie, gałka oka z każdym dniem wypukła się coraz więcej. Chory cierpiał wciąż na bóle głowy. W nocy nie sypiał. Badanie nerwów czaszkowych nic nieprawidłowego nie wykryło.

Rozpoznając nowotwór okolicy pozagątkowej natury prawdopodobnie złośliwej, na co wskazywał szybki rozrost guza w ciągu stosunkowo krótkiego czasu, przystąpiłem dnia 18 marca do usunięcia guza sposobem Krönleina. Operację wykonałem w uspieniu chloroformowym. Po wycięciu płata, utworzonego z części miękkich i zewnętrznej ściany oczodołu, i po przecięciu okostnej oczodołu, znalazłem guz, znajdujący się po za gałką i w odcinku zewnętrznym oczodołu. Guz był miękki, rozszerzał się od tyłu oczodołu i siedł ku przodowi i nazewnątrz, od strony wewnętrznej przyrośnięty do gałki, od której dał się oddzielić bądź na tępo, bądź nożem. Guz usunąłem całkowicie wraz z tkanką tłuszczową oczodołu. Krwawienie było dość znaczne, dało się jednak opanować za pomocą ucisku. Po usunięciu guza gałka cofnęła się do oczodołu. Płat, czasowo wycięty, ułożyłem na właściwym miejscu i nałożyłem szew na skórę. Do oczodołu wprowadziłem pasek gazy jodoformowej. Opatrunek uciskający.

Usunięty guz był dość duży, kształtu nieregularnego, miękki, rwący się łatwo. Badanie drobnovidzowe wykazało glejomięsak.

W ciągu dni następnych przebieg pooperacyjny prawidłowy. Zauważyć się tylko dał obrzęk powiek prawego oka, który wkrótce znikł. 3-go dnia po operacji pokazało się niewielkie krwawienie z nosa. 7-go dnia po operacji usunąłem szwy. Rana zagojona przez rychłozrost.

Dnia 30 chory wypisany ze szpitala w dobrym stanie. Rana zagojona zupełnie. Obrzęk powiek znikł. Ruchy gałki prawidłowe w każdym kierunku. Chory widzi dobrze.

Po kilku tygodniach chory pokazał się i można było stwierdzić obrzęk

powiek, naczynia gałki nastrzyknięte, podczas obmacywania oczodołu chory wskazywał na ból. Ogólna apatya, częste bóle głowy. Wkrótce gałka zaczęła występować z oczodołu i było jasne, że nastąpił nawrót. Chory poddany był leczeniu za pomocą radu, lecz bez skutku. O ile później dowiedziałem się z ust kol. Kozerskiego, który zajął się leczeniem, leczenie trwało bardzo krótko z winy chorego.

Zaproponowałem powtórna operację z wyluszczeniem gałki, lecz na razie nie zgodzono się i więcej chorego nie widziałem.

Jak widać z podanego wyżej opisu, we wszystkich przypadkach posiłkowałem się metodą Krönleina, jako przedwstępną operacją do dalszych rękoczynów w oczodole: w pierwszym przypadku właściwie dla celów rozpoznawczych, gdyż, jak się okazało, obcego ciała wcale w oczodole nie było. Podobny przypadek spostrzegał Franke. Chory został zraniony w oko małym kawałkiem żelaza; gdy bóle coraz bardziej wzmaczały się, Franke przypuszczał, iż w oczodole znajduje się ciało obce i wykonał operację sposobem Krönleina. Obcego ciała nie znalazł i ranę zaszył. Bóle następnie ustąpiły, i chory mógł zajmować się swą pracą. Na oko nie widział.

W dwóch następnych przypadkach operacja była wykonana w celu usunięcia nowotworów, leżących w okolicy pozagałkowej. Przekonałem się za każdym razem, że czasowe wycięcie zewnętrznej ściany oczodołu daje doskonały dostęp do głębi oczodołu i daje możność wygodnego manipulowania w oczodole tak, że można operację wykonać doszczętnie pod kontrolą oka.

Aby operacja Krönleina zadość czyniła żądanym wymaganiom, niezbędną jest rzeczą, aby była wykonana ściśle i dokładnie według wskazówek autora. Wycięty płat, wzgl. wycięta część kości ze ściany zewnętrznej oczodołu nie może być za mała. Cięcia kostne powinny zejść się w szczelinie ocznej dolnej; w tym celu jako wskaziciel wprowadzamy do szczeliny podważkę. Zdaniem Knappa, należy tego rękoczynu zaniechać, gdyż można w ten sposób przedziurawić ścianę kostną i wydzieliną mogłaby się dostać do dołu klinowoszczękowego. Jednakże, wobec zachowania pewnej ostrożności, to nie zdarza się, a wobec teraźniejszego aseptycznego operowania wzgl. przedostania się wydzieliny do wspomnianej jamy szkody by nie wyrządziło. Nie należy tylko zbyt uciskać, aby nie

uszkodzić nerwu i nie zranić naczynia. Wycięty kawałek kości powinien cały czas operacji być w połączeniu z miękkimi częściami i z okostną, aby nie uległ zgorzeli. W końcu operacji należy płat dobrze przyłożyć i przypasować.

Sokołow radzi przed wycięciem płata porobić dziurki powyżej i poniżej cięć równoległych, aby mózż kości zeszyć. Jest to jednak zabieg bez wielkiego znaczenia i niepotrzebnie przedłuża operację. Płat ten bez zeszywania dobrze przylega, jak to osobiście mogłem przekonać się. We wszystkich moich przypadkach kość przyrosła prawidłowo i mocno, a blizny były nieznaczne. Köhl również na kość szwu nie nakłada, radzi natomiast młotkiem lekko płat przybić i płat mocno wtedy przylega.

Nie mało kłopotu sprawia krwawienie, które czasem może być bardzo znaczne podczas operacji i następnie po operacji. Po większej części dla zatamowania krwawienia wystarcza ucisk miejsca krwawiącego przez pewien czas, niekiedy jednak zachodzi potrzeba nakładania podwiązek. W przypadku Klingelhöfera, operowanym przez Weissa, krwawienie z powodu pęknięcia torbieli podczas operacji było tak znaczne, że trzeba było operację przerwać, ranę zatamponować, a po dwóch dopiero dniach można było operację zakończyć. Wynik był zupełnie dobry. I po operacji krwotok wtórny może być dość znaczny. Tak w jednym przypadku, przytoczonym w pracy Bullingera, a operowanym przez Schreibera, krwotok wtórny był tak silny, że gałka znów wystąpiła z oczodołu. Braunschweig i Ellinger zalecają w takich razach czasowe zeszywanie obu powiek. Wystarcza jednak opatrunek uciskający, jaki zastosowałem w jednym z moich przypadków z pomyślnym skutkiem.

Dla jeszcze większego dostępu do okolicy pozagałkowej, niż na to pozwala metoda Krönleina, przez różnych autorów były proponowane różne ulepszenia i uzupełnienia w formie cięć dodatkowych bądź pod dolną powieką (Sokołow), bądź wzdłuż górnego brzegu oczodołu, nie dochodząc do kąta wewnętrznego oka na 1 cm. (Schuchardt). Takie cięcia dodatkowe mogą na coś przydać się w specjalnym jakimś przypadku, zazwyczaj jednak pola operacyjnego nie powiększają, a strona kosmetyczna bądź co bądź na tem cierpi.

Odmiana Cermaka różni się od operacji Krönleina tem,

że Czermak, wycinając tak samo czasowo zewnętrzną ścianę oczodołu, wycina całą kość licową. Należy przytem zwracać uwagę, aby nie przecinać gałązek nerwu twarzowego, które idą do dolnej połowy mięśnia okrężnego powiek, co mogłoby pociągnąć za sobą bezwład powieki. Dla uniknięcia tego wycina on czasowo dolną powiekę, która pozostaje w związku z ciałem kości licowej.

Domela-Nieuwenhuis, wykonując operację tę na trupach, przekonał się, że jest to operacja ciężka i bardzo powikłana. Aby nadto przekonać się, o ile operacja Czermaka daje większy dostęp do okolicy pozagałkowej oczodołu, aniżeli operacja Krönleina, wykonał operacje na czaszce, i przekonał się, że wycięta kość według sposobu Czermaka jest tylko o $\frac{1}{10}$ większa, aniżeli kość, wycięta według sposobu Krönleina. Większy lub mniejszy dostęp nie tyle zależy od wielkości wyciętego kawałka kości, ile od szpary, która utworzyła się, t. j. od odstępów w prostej linii wewnętrznego brzegu górnego cięcia kostnego od wewnętrznego brzegu dolnego cięcia kostnego; według Czermaka odstęp ten równa się 35 mm., według Krönleina 33 mm., a więc różnica 2 mm., za mała, aby mogła przyczynić się do powiększenia obszaru oczodołu.

Wszystkie sprawy chorobowe, odgrywające się w okolicy pozagałkowej, dla skutecznego i doszczętnego leczenia wymagają operacji Krönleina. Tu należą: zapalenie tkanki łącznej w oczodole, zapalenie okostnej i kości, oraz skutki tych zapaleń, zgrubienie okostnej, wyrośle kostne, wylewy krwawe po urazie, ciała obce, rany postrzałowe z nabojem w oczodole, a przedewszystkiem nowotwory tak dobrotliwe, jak i złośliwe: torbiele, bąblowiec, guzy nerwu wzrokowego lub pochwy, naczyńki, mięsaki, włókniakomięsaki i t. d.

Czermak proponował jeszcze 3 wskazania do operacji Krönleina:

- 1) W przecięciu tylnem twardówki (sclerotomia posterior) np. dla usunięcia podsiatkówkowego wągra w okolicy plamki żółtej, lub jeszcze bliżej brodawki.

- 2) W przypadku tętniaka w oczodole dla podwiązania naczynia i usunięcia worka.

- 3) W brodawce zastoinowej dla otwarcia pochwy nerwu wzrokowego, gdyby taki rękoczyn mógł okazać się skutecznym.

Braunschweig zwraca uwagę, że operacja Krönleina byłaby wskazana w chorobie Basedowa, gdzie ma miejsce jakoby nadmierny rozwój tkanek w oczodole. Gałka oka, wysadzona z oczodołu, nie może być pokryta powiekami, tworzą się owrzodzenia na rogówce, poczem nastąpić może zanik gałki. Usunięcie w ten sposób części zawartości oczodołu przyczyniłoby się do cofnięcia się gałki i do zabezpieczenia jej od szkodliwych wpływów zewnętrznych. Rękoczyn taki, być może, miałby swoje uzasadnienie, gdyby wysadzenie oka w tych razach rzeczywiście zależało od powiększenia się zawartości oczodołu; w każdym razie znalazłby zastosowanie w tych tylko przypadkach, w których operacja, swoista dla choroby Basedowa, nie mogłaby z jakichkolwiek bądź powodów być wykonana.

Wczesne rozpoznanie cierpienia w oczodole, a co zatem idzie — wczesne leczenie jest niezmiernie ważne wogóle, szczególnie zaś, jeśli mamy do czynienia z nowotworem, który powstaje w głębi oczodołu, i przez długi czas nie daje znać o sobie. Wiemy bowiem dobrze, że nowotwór nie pozostaje bez wpływu ani na cały ustrój, ani na gałkę — stosownie do jego umiejscowienia, rozszerzenia i charakteru. Guz, w miarę wzrostu, uciska nerw wzrokowy, wysadza gałkę, ogranicza jej ruchomość; jeżeli guz znajduje się wewnątrz mięśni, ucisk jest tem większy, guz może wrastać w nerw wzrokowy, w gałkę, może z powodu ucisku i drażnienia wywołać zapalenie siatkówki lub zanik i w końcu doprowadzić do zupełnej ślepoty. Nadto może guz w oczodole rozrastać się w różnych kierunkach, może wnikać do jam sąsiednich, i tam wywołać groźne dla życia objawy.

Rozpoznanie cierpienia w oczodole nie jest łatwe. Jeżeli sprawa jest dość daleko posunięta, głównym objawem jest wysadzenie oka. Wiemy wtedy, że jakaś sprawa odgrywa się w okolicy pozagałkowej, dla rozpoznania jednak, z czym mamy do czynienia, kierujemy się ogólnymi cechami rozpoznawczymi. Znakomite usługi oddaje nieraz rentgenografia, szczególnie tam, gdzie idzie o występ kostny, ciało obce, a nawet nowotwór twardej spójności. Tak za pomocą rentgenografii rozpoznał Lukin kostniak górnej ściany oczodołu, Tobias guz gruczołu

łzowego, a Franke — nowotwór zwarty, znajdujący się po za gałką.

Rokowanie w cierpieniu okolicy pozagałkowej zależy od samego cierpienia i od operacji. Co się tyczy choroby samej, to rokowanie przeważnie bywa pomyślne. Tylko nowotwory złośliwe, i to rozlane, dają rokowanie liche. Zapalenie tkanki łącznej oczodołu (phlegmone orbitae) nie należy do cierpień, w których możnaby rokowanie uważać za dobre, powiem nawet, że jest to cierpienie bardzo ciężkie, i nie rokujące dobrego wyniku. Od czasu dopiero, gdy mamy możliwość operowania sposobem Krönleina, leczenie operacyjne wzmiankowanego cierpienia daje lepsze wyniki; dostęp bowiem jest lepszy, i lepszy jest odpływ ropy. Nie należy tylko płata kostnego przyszyć bezpośrednio po operacji, lecz ranę sączkować, a płat następco przyszyć, gdy ropienie jest już nie duże.

Rokowanie co do samej operacji jest zawsze dobre.

Operacja Krönleina nie należy do częstych; trudno więc z własnego doświadczenia, z kilku własnych przypadków wyprowadzić wnioski odnośnie skutków, jakie operacja ta za sobą pociąga. Pozwolę więc sobie w tym względzie wziąć pod uwagę statystykę Nieuwenhuisa, który do 1900 r. zebrał 45 przypadków, i na ich zasadzie doszedł do wyników, zachęcających do przystępowania do operacji Kr. w każdym przypadku cierpienia pozagałkowego jakiegokolwiek bądź pochodzenia,

Strona kosmetyczna po operacji Kr. nie pozostawia nic do życzenia. Widzimy niewielką linijną bliznę, skóra ruchoma. Czasowo wycięta kość wgaja się dobrze i po mniej więcej dwóch tygodniach następuje zupełne zrośnięcie. Gałka oka zaraz po operacji wraca na miejsce; niekiedy niewielkie wysadzenie oka utrzymuje się jeszcze przez pewien czas, co zależy od zebrania się nieco krwi po za gałką. W niektórych razach spostrzegać się daje oko zapadłe, mianowicie wtedy, gdy prócz guza wycięto jeszcze nieco tkanek po za gałką. W miarę gojenia się rany oko wraca do położenia prawidłowego lub pozostaje zapadłe w niedużym stopniu. Franke spostrzegał przypadek, w którym w 4 miesiące po operacji zauważyć można było oko zapadłe, chociaż nic z oczodołu nie usunięto; nastą-

piło tu, zdaniem jego, kurczenie się tkanek, co spowodowało wciągnięcie gałki wgłąb oczodołu.

Zaraz po operacji zauważyć można gałkę w położeniu zbieżnem, które niekiedy już wkrótce znika. W jednym przypadku, spostrzeganym przez Schreibera, jeszcze w 1½ roku po operacji chory zezował tak, że przypadek z tego powodu kwalifikował się do operacji zezu. Zwykłe położenie zbieżne gałki w niewielkim stopniu choremu nie przeszkadza, może jednak zez być w tak dużym stopniu, że chory widzi podwójnie. Niedomoga mięśniowa, która występuje po operacji na dłuższy lub krótszy czas, objaśnia się uciskiem guza na mięśnie, wskutek czego mięśnie z jednej strony niedostatecznie odżywiają się, z drugiej strony ulegają nadmiernemu rozciągnięciu. Z powodu uszkodzenia podczas operacji mięśnia dźwigacza powieki górnej może nastąpić opadnięcie powieki mniej lub więcej wyraźne. Zwykle po kilku miesiącach stan taki mija.

Ruch gałki oka ku zewnątrz zawsze jest nieco ograniczony wskutek operacji, ku górze mniej, najmniej ku wewnątrz, a jeszcze mniej ku dołowi. Stałe ograniczenie ruchu ku zewnątrz zależy od uszkodzenia mięśnia prostego zewnętrznego i od następnego tworzenia się blizny. Należy więc przecinać okostną oczodołu powyżej, lub poniżej mięśnia, a nie na samym mięśniu, aby go nie zranić; jeżeli zaś mięsień ten przeszkadza podczas operacji, najlepiej jest przeciąć go i następnie nałożyć szew. Odgrywa tu także rolę okoliczność, że, jeżeli przecinamy okostną, mięsień ten później przyrasta do blizny, wskutek czego sprawność mięśnia bywa ograniczona. Franke więc radzi nie oddzielać okostnej od ściany oczodołu, lecz przeciąć razem z kością. Tak zobił 2 razy.

Ze strony spojówki gałki żadna nie zachodzi zmiana po operacji. Zwykle spojówka bywa nastrzyknięta przed operacją z powodu powiększonego ciśnienia pozagałkowego, lub z powodu drażnienia, spowodowanego niezamykaniem oka. Po operacji bardzo szybko zmiany te znikają. W przypadku, operowanym przez Rothschilda z powodu guza w oczodole, natychmiast po operacji wystąpiło silne obrzmienie spojówki gałkowej (chemosis) jako skutek ciężkich zaburzeń w krążeniu krwi w oczodole. Po trzech tygodniach obrzmienie znikło.

Rogówka, wcale nie zmieniona przed operacją, po ope-

racyi w niektórych razach ulega pewnym zmianom. Nieuwenhuis zanotował na 35 przypadków lekki brak nabłonka, raz w przypadku nadmiernie czulej rogówki, raz w przypadku nieczulej, i raz w ropieniu pooperacyjnem. Niewielkie zmętnienie, które wystąpiło w 4 przypadkach, wkrótce znikło. Znieczulenie rogówki zupełne zdarzyło się 6 razy, częściowe 2 razy; w razie znieczulenia miejscowego zawsze zostaje prawidłową część wewnętrzną rogówki. Znieczulenie rogówki po kilku miesiącach w niektórych razach przechodzi zupełnie, niekiedy zaś pozostaje znieczulenie częściowe. Pochodzi ono od przecięcia wszystkich lub wielu nerwów rzęskowych. Żrenica może przed operacją albo wcale nie reagować, albo słabo. Po operacyi żrenica nie reaguje w tych przypadkach, w których nerw wzrokowy został wycięty. Wogóle żrenica z początku bywa rozszerzona, prawdopodobnie z powodu drażnienia zwoju rzęskowego; w krótkim czasie wraca do stanu prawidłowego.

Siła widzenia przed operacją prawie zawsze jest zmniejszona w porównaniu ze zdrowem okiem, a niekiedy jest zupełnie zniesiona. Zależy to od cierpienia samego nerwu wzrokowego, lub od większego lub mniejszego ucisku na nerw. Po operacyi siła widzenia może poprawić się lub też zupełnie wrócić do stanu prawidłowego, jeżeli zmniejszona siła widzenia zależała tylko od ucisku. Jeżeli zaś ucisk był długotrwały i zaszły już jakieś zmiany w nerwie wzrokowym, siła widzenia nie poprawia się; również nie poprawia się siła widzenia, jeżeli podczas operacyi nerw wzrokowy został uszkodzony, co zdarza się w przypadkach, w których guz mocno przylega do nerwu, lub — co gorzej — wychodzi z otoczki nerwu.

Na dnie oka po operacyi często dają się spostrzegać zmiany na lepsze. Nawet znacznie zmieniona brodawka może powrócić do stanu prawidłowego, jeżeli nerw wzrokowy nie był przecięty. W niektórych przypadkach pozostaje brodawka na dłuższy czas nieco zatuszowana i żyły nieco rozszerzone. Jeżeli nerw był przecięty, zmiany w brodawce nie mijają, granica niekiedy tak bywa zatuszowana, że brodawka z trudnością daje się odnaleźć.

Podwójne widzenie prawie zawsze po operacyi znika. Jednakże może po operacyi Krönleina wystąpić podwójne widzenie tam, gdzie przed operacją go nie było; zależy to od

ograniczenia ruchu gałki. Powikłanie to bądź co bądź zdarza się rzadko.

W przypadkach, przeziemnie spostrzeganych, wynik po operacji Krönleina wogóle był dobry. Rana we wszystkich przypadkach zagoiła się przez rychłozrost i pozostawiła nieznaczną liniową bliznę. Płat kostny, pomimo nienakładania szwu, wgoił się dobrze, zupełnie równo. Natychmiast po operacji gałka cofnęła się do oczodołu i zajęła prawidłowe położenie. Tylko w trzecim przypadku, w którym mieliśmy do czynienia z nowotworem złośliwym, po kilku tygodniach gałka znów wysadzona została z oczodołu z powodu nawrotu nowotworu poza gałką.

Ruchy gałki w dwóch przypadkach były prawidłowe w każdym kierunku, w jednym zaś przypadku ruchy były możliwe, lecz ograniczone.

Spojówka we wszystkich trzech przypadkach zaraz po operacji była obrzękła i nastrzyknięta, obrzęk jednak wkrótce zmniejszył się.

W jednym przypadku utworzył się wrzód na rogówce z powodu niepełnego zamykania powiek.

Żrenica po operacji zawsze była rozszerzona, po kilku zaś dniach wróciła do wielkości prawidłowej.

Siła widzenia w jednym przypadku była mała po wypisaniu się chorego ze szpitala; w drugim przypadku chora po operacji widziała tak, jak przed operacją. Ponieważ nowotwór dał się wyłuszczyć bez powikłań, a nerw wzrokowy podczas operacji uszkodzony nie był, przypuszczam, że z biegiem czasu wzrok chorej jeszcze bardziej poprawił się. W trzecim przypadku chory po wypisaniu się ze szpitala widział dobrze.

Opierając się na danych w piśmiennictwie i na przypadkach, przez siebie spostrzeganych, dochodzę do wniosków następujących:

1) We wszystkich cierpieniach oczodołu pozagałkowego należy wykonać przedwstępną operację sposobem Krönleina, polegającym na czasowym wycięciu zewnętrznej ściany oczodołu. Wszystkie inne sposoby są zbyt powikłane i posiadają swe specjalne wskazanie.

2) Operacja Krönleina nie należy do zabiegów ciężkich, daje doskonały dostęp do głębokich części oczodołu, umożliwia

przez to wykonanie operacji doszczętnie pod kierunkiem wzroku z zachowaniem gałki. Wynik daje zawsze dobry pod względem wyleczenia i kosmetycznym.

3) W przypadkach, trudnych do rozpoznania, w których przez długotrwałą chorobę mogłaby być zagrożona gałka, należy wcześniej wykonać operację Krönleina w celach rozpoznawczych.

4) Jeżeli podczas operacji pokazuje się, że nowotwór jest rozlany i doszczętnie usunąć się nie daje, należy usunąć całą zawartość oczodołu. Wykonana przedwstępna operacja Krönleina nie wywoła zniekształcenia, gdyż płat kostny dobrze wgoi się pomimo pozbawienia go okostnej (przypadek Braunschweiga).

5) Dzięki operacji Krönleina, pozwalającej podczas całego przebiegu operacji kontrolować nerw wzrokowy, siła widzenia po operacji znacznie poprawia się, jeżeli nie była ona zupełnie zniesiona przed operacją wskutek długotrwałego ucisku, lub zajęcia samego nerwu. W każdym razie siła widzenia pozostaje taka sama, jaka była przed operacją.

6) Niektóre zmiany gałki ocznej, powstające wskutek samej operacji (chemosis, ulcus corneae) wkrótce przechodzą.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Knapp. Ein Fall von cavernösem Angiom in der Tiefe der Augenhöhle. Entfernt mit Erhaltung des Augapfels. (Arch. f. Augenheilk. 1896)
- 2) Domela-Nieuwenhuis. Ueber die retrobulbäre Chirurgie der Orbita. (Beitr. z klin. Chir. 1900. 27).
- 3) Krönlein. Zur Pathologie und operativen Behandlung der Dermoidcysten der Orbita. (Beitr. z klin. Chir. 1888. I, 4).
- 4) Cahen. Osteoplastische Freilegung der Augenhöhle zur Resection des I Trigeminasastes. (Centralbl. f. Chir. 1897. № 27).
- 5) Israel. Operation eines Orbitalsarcoms mit Erhaltung des Auges. (Centr. f. Augenheilk. 1902. № 4).
- 6) Franke. Die Diagnose und Behandlung retrobulbärer Erkrankungen. (Arch. für Augenheilk. 1903. I, 47).

7) Schuchardt. Osteom der rechten Orbita mit vollkommener Erhaltung des Bulbus. (Berl. kl. Woch. 1897. № 27).

8) Axenfeld u. Busch. Ein Beitrag zur klinischen Symptomatologie und zur Histologie des primären Myxosarcoms und des Sehnerven sowie zur operativen Entfernung desselben nach der Krönlein'schen Methode. (Arch. f. Augenheilk. 1899. T. 39).

9) Eichel. Eine Schussverletzung des linken Gaumens und Auges. (Central. f. Chir. 1899. № 4).

10) Sokołow. Wracz. 1898. № 33.

11) Köhl. Beitrag zur retrobulbären Chirurgie der Orbita. (Beitr. z. klin. Chir. 1906. T. 49).

12) Bullinger. Ueber die Resultate der Exstirpation von retrobulbären Tumoren nach Krönleins Methode. (Beitr. z. kl. Chir. 1897. T. 19).

13) Rotschild. Ein Fall von retrobulbärer teratoider Geschwulst (Kronleinsche Operation). (Deutsche Medic. Wochen. 1907. № 49).

14) Lustig. Ueber einem Fall von Exophthalmus unilateralis. (Deut. Med. Woch. 1909. № 16).

Z oddziału chirurgicznego dr. Gabszewicza w szpitalu św. Rocha.

Zwichnięcie nawykowe w stawie ramiennym ^{*)}

podał

FELIKS SMUŻYŃSKI.

W dniu 12 kwietnia 1910 r. został przyjęty do szpitala do oddziału dr. Gabszewicza chory M. S. wyrobnik l. 30. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że uważa się za chorego mniej więcej od roku; w tym to czasie spadł z wozu i uległ zwichnięciu ręki w prawym stawie ramiennym; natychmiast po wypadku ręka była wprowadzona na miejsce i unieruchomiona. Po trzech tygodniach, kiedy już zaczął pracować, zwichnięcie bez wyraźnego urazu powtórzyło się; z pomocą najbliższego otoczenia udało mu się rękę wprowadzić na miejsce; wypadek ten jednak zmusił go do baczniejszego zwracania uwagi na swe ruchy, i odtąd nie zdarzyło mu się, aby przy pracy powstawało zwichnięcie. Jedynie od czasu do czasu podczas snu po ruchach mimowolnych zwichnięcie występowało i na ogół powtórzyło się około 10 razy. Odprowadzenie ręki na miejsce nie wymagało zwykle fachowej pomocy, a uskuteczniało było przez najbliższe otoczenie. Badanie chorego nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, ani też w układzie nerwowym. Badanie miejscowe chorego stawu wykryło jedynie bolesność od nacisku wyrostka barkowego i wciągnięcie w okolicy przedniego brzegu panewki stawowej. Przeświecenie promieniami Roentgena nie wykazało żadnych zmian w częściach kostnych stawu ramiennego. Podczas okresu przedoperacyjnego w szpitalu zwichnięcie nie powtórzyło się. Opierając się więc jedynie na wywiadach, przystąpiono 3 maja r. b. 1910 do operacji.

Operację wykonał dr. Gabszewicz. W uśpieniu chloroformowo-morfinowem zrobiono cięcie długości 15 ctm. z przodu, poczynając od wyrostka kruczego w kierunku ku zewnątrz; rozdzielono mięsień naramienny

*) Rzecz, wypowiedziana w skróceniu na Zjeździe chirurgicznym w Warszawie d. 6, 7 i 8 października 1910 r.

(m. deltoideus) wzdluż jego włókien i dotarto do torebki stawowej. Wtedy, wykonywując ruchy bierne, można było naocznie przekonać się, że torebka stawowa jest bardzo rozciągnięta i nie utrzymuje w należytem zetknięciu powierzchni stawowych kości. Pomiedzy główkę kości ramiennej i panewkę stawową można było zupełnie swobodnie wprowadzić dwa palce. Okoliczność ta pozwoliła dokładnie zbadać przez ścięńczoną przednią ścianę torebki zawartość stawu, jak również stan powierzchni stawowych.

Badanie nie wykazało żadnych zmian w kościach, ani też obecności ciał obcych w stawie. Wobec tego, jak również opierając się na danych, otrzymanych za pomocą badania promieniami Roentgena, zaniechano otwarcia stawu, a przystąpiono odrazu do zmniejszenia objętości torebki stawowej. W tym celu ujęto przednią jej ścięńczoną ścianę dwoma szczypcami Kochera u góry i u dołu, tworząc tym sposobem fałdę, równoległą do brzegu panewki stawowej. Na fałdę nałożono osiem pojedynczych szwów ze struny, przenikających do stawu. Po zawiązaniu szwów ruchomość w stawie ramiennym znacznie zmniejszyła się. Mięsień zeszyto paru szwami; w dolny koniec rany włożono sącdek gumowy. Ponad tem zeszyto skórę szwami z fil de Florence. Na kończynę nałożono opatrunek unieruchamiający.

Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny. Piątego dnia usunięto sącdek; z głębi rany wylała się niewielka ilość cieczy surowiczokrwawej. Ósmego dnia usunięto szwy. Rana zagojona przez rychłozrost; wydzieliny z miejsca, gdzie był sącdek, nie było żadnej. Czternastego dnia usunięto opatrunek unieruchamiający; miejsce po sączku zagoiło się; zaczęto wykonywać ruchy bierne i mięsienie. Osiemnastego dnia po operacyi chory opuścił szpital. Ruchy w stawie barkowym zachowane w całości; podczas ruchów nie odczuwa żadnego bólu. Najwyższa ciepłota wieczorna w okresie pooperacyjnym wynosiła 37,7°.

Chociaż przypadek nasz należy do kategorii najlżejszych w tego rodzaju cierpieniu, jednak względna rzadkość, jak również brak wzmianki o niem w naszym piśmiennictwie chirurgicznem skłoniły nas do bliższego zastanowienia się nad niem. Cierpienie to, stanowiące, właściwie, jedno z powikłań, powstających po zwichnięciu w stawie ramiennym, dzięki swej uporczywości i znaczeniu dla chorego zdobyło sobie pewną samodzielność. Znane było tak dawno, jak dawno istnieje nauka lekarska, a pewne wskazówki co do jego leczenia spotykamy już u Hipokratesa. Naukowe jednak jego traktowanie, oparte na badaniach zwłok, sięga drugiej połowy zeszłego stulecia.

Roser w 1842 r. zaznacza, że prawie w każdym mieście istnieją osobniki, usposobione do nawykowego zwichnięcia w stawie ramiennym, i wyraża zdziwienie, że dotychczas nie

ogłoszono ani jednego przypadku, badanego po śmierci. Pierwsza praca, w której autor przytacza przypadki, badane pośmiertnie, uznane za życia, jako zwichnięcie nawykowe, ukazała się dopiero w 1880 roku i ogłoszona została przez Joessela. Autor zebrał 9 przypadków, z których u 4 za życia stwierdzono zwichnięcie nawykowe, o istnieniu zaś podobnego cierpienia u 5 pozostałych wnosi ra zasadzie istnienia identycznych zmian anatomicznych.

Pierwsza praca, zawierająca zbiór przypadków operowanych, ogłoszona przez Franckego, pochodzi z roku 1898; zawiera ona 18 przypadków; następna zjawiała się w roku 1904, autor jej Kohlhase zebrał dalsze 18 przypadków; wreszcie w 1907 roku Conrad de Boer wraz z poprzednimi naliczył 53, od roku zaś 1907 znaleźliśmy w piśmiennictwie do obecnej chwili 10 przypadków; są to—ogłoszone przez Dahlgrena (1), Goldmanna (2), Schlangego (1), Biera (1), Willy-Meyera (1), Clairmont i Ehrlicha (2), Ludloff (1), Touberta (1), ogółem więc, doliczając i nasz, 65 przypadki. Liczby tej jednak nie można uważać za zupełnie ścisłą, ponieważ wielu autorów przypadków swych nie ogłasza, a wspomina o nich podczas odpowiednich rozpraw na zjazdach chirurgów. Dla pełnego obrazu danych statystycznych należy dodać, że cierpieniu temu w przeważającej liczbie ulegają mężczyźni, ponieważ na 32 przypadki, w których przez autorów została wskazana płeć, było 28 mężczyzn, a zaledwie 4 kobiety.

Żaden okres życia nie wyłącza możliwości cierpienia, nie oszczędza ono nawet osobników bardzo młodych, o czym świadczą spostrzeżenia Bardenheura, dotyczące dziewczynki 1½ rocznej. W 17 przypadkach, w których chora ręka została oznaczona, 11 przypada na lewą, a 6 na prawą; znane są również przypadki, w których cierpienie dotyczyło obu rąk (Hueter, Ludloff). Aby zrozumieć, jak przykrem może się stać to cierpienie dla chorego, wystarczy wziąć pod uwagę częstość powtarzających się zwichnięć.

W przypadkach lżejszych liczba ta od czasu pierwszego zwichnięcia do chwili szczegółowego badania lub wykonania zabiegu operacyjnego waha się pomiędzy 2 a 40, znane są jednak przypadki, w których lekki ucisk na okolicę stawu ramiennego powodował zwichnięcie (Picqué), lub — jak w przy-

padku Ricarda — każdy żywszy ruch, wreszcie w przypadku Kocha i Joessela chorzy mogli dowolnie wytwarzać zwichnięcie w stawie ramiennym. Szczególnie usposabia do nawrotów zwichnięcie podkrucze (*lux. subcoracoidea*), ponieważ na 10 przypadków, w których rodzaj zwichnięcia jest wskazany, dotyczy ono 7, w 3 zaś pozostałych stwierdzono zwichnięcie kości ramiennej ku tyłowi (*lux. retroglenoidea*).

Istnieją wreszcie czynniki, usposabiające do występowania zwichnięć, i polegające na istnieniu uprzednio pewnych stanów chorobowych. W 12 przypadkach, podanych przez chirurgów, gdzie na to zwrócono uwagę, udało się stwierdzić w 7 padaczkę, w 3 jamistość rdzenia (*syringomyelia*), w 1 przewlekłe zatrucie wysokiem (*alcoholismus*), w 1 napady kurczów podczas miesiączkowania (*Streubel*).

Padaczka, zatrucie wysokiem i miesiączkowanie mają tutaj jedynie to znaczenie, że powodują napady kurczów, polegające na całym szeregu gwałtownych ruchów. Ruchy te, jak przypuszcza Schmidt, powtarzające się przez pewien okres czasu, osłabiają więzy stawowe, a co za tem idzie — pozbawiają torebkę stawową należytego wzmocnienia. Stopniowo torebka rozciąga się i rozwija się stan anatomiczny, jak to zobaczymy dalej, usposabiający do powstawania zwichnięć; to ostatnie powstaje pewnego razu i potem już powtarza się po każdym napadzie kurczów. Na korzyść podobnego przypuszczenia przemawia to, że w żadnym ze znanych przypadków zwichnięcie nie nastąpiło po pierwszym napadzie, a dopiero po pewnym czasie ich trwania.

Podobnych przypadków Schmidt zebrał 29, dotyczących świeżych zwichnięć, powstałych podczas napadu kurczów, Eichhorn—7 obustronnego zwichnięcia, spowodowanego drgawkami w rzucawce i padaczce; Le Fort jeden przypadek zwichnięcia obustronnego podczas drgawek padaczkowych, Richter—1 przypadek, dotyczący żołnierza, u którego nastąpiło zwichnięcie podczas napadu drgawek, Hueter u jednego chorego podczas kurczów obserwował 3 razy zwichnięcie w jednym stawie ramiennym i 9 razy w drugim.

Jak gwałtowne mogą być ruchy podczas tych napadów i jak duże mogą powodować uszkodzenia, świadczy przypadek Larena, w którym podczas napadu nastąpiło oderwanie guzka

większego (*tuberculum majus*). *Syringomielia* jednak stanowi daleko głębszą przyczynę cierpienia; na skutek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym rozwijają się zmiany w stawie. Schrader zebrał z piśmiennictwa 15 przypadków nawykowego zwichnięcia, w których stwierdzono jamistość rdzenia; w niektórych cierpienie układu nerwowego było rozpoznane już przed wystąpieniem zwichnięcia, w kilku zaś zwichnięcie dało dopiero powód do jego stwierdzenia; co się zaś tyczy bezpośredniego momentu, powodującego zwichnięcie, to tylko w 6 przypadkach zaznaczano uraz, w 5 wyraźnie wskazano brak bezpośredniej przyczyny. Pierwsze zwichnięcie zwykle przechodziło w nawykowe, w jednym tylko przypadku Hoffmanna nastąpiło wyleczenie wskutek zeszywnienia stawu.

Na znaczenie *syringomielii* w powstawaniu zwichnięć wskazali Nalbandow, Krönlein, Sokołow; Zesas dodaje, że wiać rdzenia, chociaż w mniejszym stopniu, również może spowodować, wskutek zmian w układzie nerwowym, zwichnięcia nawykowe.

Ogłoszone w tej sprawie dane statystyczne wskazują, że *syringomielia* powoduje cierpienie kończyn górnych daleko częściej, bo w 80—83%, niż kończyn dolnych 17—20% (Schlesinger). Wiać zaś, według Rottera, daje przewagę kończynom dolnym (80%) nad górnymi (20%), wreszcie co do stawów, to *syringomielia* poraża staw ramienny na 90 przypadków w 52, wiać zaś ten sam staw w 38 przypadkach. Należy pamiętać również o mogącym istnieć porażeniu mięśni, otaczających i wzmacniających staw. Hildebrand przytacza przypadek, w którym 20-létnia chora mogła dowolnie wywoływać zwichnięcie i sama napowrót staw nastawiać; w przypadku tym istniało porażenie mięśni, otaczających staw, i stopniowo powstałe rozciągnięcie torebki. Duchenne w przypadkach porażenia mm. nadgrzebieniowego, podgrzebieniowego i obłego przy podnoszeniu ręki przez m. naramienny i zębaty przedni większy stale spostrzegał nadwichnienie w stawie. Wreszcie sprawy wysiękowe w torebce stawowej mogą prowadzić do stałego jej rozciągnięcia i powstawania nawykowego zwichnięcia; dowodzi tego ogłoszony w roku bieżącym przez Brandesa przypadek, w którym rozwinęło się nawykowe zwichnięcie w stawie biodrowym

na skutek wysięku w torebce stawowej, spowodowanego ogólnym zakażeniem.

Aby dokładnie zrozumieć charakter zmian anatomicznych, znalezionych w przypadkach zwichnięć nawykowych, należy przypomnieć sobie stan prawidłowy stawu ramiennego i otaczających go tkanek. Staw ramienny, jak wykazują obliczenia statystyczne i praktyka każdego prawie lekarza, najczęściej ulega zwichnięciu. Istotna przyczyna leży w budowie samego stawu; główka kości ramiennej posiada większą powierzchnię, aniżeli panewka, przeznaczona na jej łożę; kostna powierzchnia panewki powiększona jest przez pierścień chrzęstny, otaczający jej brzegi, różnica bije w oczy, jeżeli spojrzymy na analogiczny staw biodrowy. Powierzchnie stawowe utrzymuje w bezpośrednim zetknięciu torebka stawowa bardzo słaba, której ściany są wzmocnione przez szereg więzów; są to — więz kruczoramienny (lig. coracohumerale) i panewkoworamienny (lig. glenohumerale). Pierwszy przebiega w górnej ścianie torebki, jest szeroki, gruby i bardzo mocny. Drugi wzmacnia przednią jej ścianę, i składa się z trzech części: górnej, średniej i dolnej.

Pomiędzy temi częściami torebka jest osłabiona, szczególnie pomiędzy górną a średnią, tworząc tak zwane foramen ovale — najsłabsze miejsce w przedniej ścianie torebki. Torebka stawowa posiada w okolicy foramen ovale wypuklenie nazewnątr (bursa subscapularis), które niekiedy pozostaje w łączności ze stawem. Inne torebki maziowe, otaczające staw, nie posiadają znaczenia w sprawie, która nas zajmuje. Druga warstwa, wzmacniająca staw, obejmuje mięśnie, przebiegające pomiędzy łopatką a kością ramienną. Bezpośrednio stawu dotyczą u góry mięsień nadgrzebieniowy (m. supraspinatus), u dołu część dłuższa mięśnia trójgłowego (triceps), od tyłu mięsień podgrzebieniowy (m. infraspinatus) i mięsień obły mniejszy (teres minor), wreszcie od przodu mięsień podłopatkowy (m. subscapularis). Mięśnie te tworzą razem jakby więz czynny stawu.

Pitha tak określa ich znaczenie: Trzy mięśnie, odwracające kość ramienną (supraspinatus, infraspinatus i teres minor), ograniczają ruchy główki do przestrzeni wąskiej i płaskiej panewki do tego stopnia, że ona nie może przekroczyć jej brzegu; są

one mocno przyrośnięte do łopatki, dostatecznie krótkie, mocne i niepodatne. Mięśnie, położone jeszcze więcej nazewnątrż od stawu, nie ulegają rozszerzeniu podczas zwichnięć i mniejsze posiadają znaczenie dla utrzymania powierzchni stawowych w zetknięciu.

Zmiany anatomo-patologiczne, powstające w zwichnięciach, mogą dotyczyć części kostnych stawu (główka i panewka) i części, utrzymujących je w zetknięciu (torebka stawowa i mięśnie). Więzy, jako takie, nie mogą być brane w rachubę osobno, ponieważ, znajdując się w ścisłym połączeniu z torebką, ulegają uszkodzeniu wraz z tą ostatnią. Uprzytomniając sobie mechanizm przeciętnego zwichnięcia, przypuszczamy, że w chwili nastąpienia urazu przy odpowiednim ustawieniu kończyny główka, uciskając w pewnym kierunku na torebkę, powoduje jej rozerwanie w miejscu najsłabszym, a wskutek zmiany stosunku anatomicznego pomiędzy powierzchniami stawowymi — następuje zbytnie napięcie otaczających staw mięśni i naderwanie lub też oderwanie zupełne ich przyczepów. W zależności od siły urazu mogą uleść uszkodzeniu i części kostne.

Do chwili ogłoszenia wyników sekcyjnych w przypadkach nawykowego zwichnięcia sądzono, że cierpienie to posiada jakieś swoiste zmiany anatomiczne, różne od znajdujących podczas świeżych zwichnięć. Tymczasem uszkodzenia, powstałe podczas pierwszego zwichnięcia, trwają, a różnica polega jedynie na tem, że mięśnie oderwane przyrosły w niewłaściwym miejscu.

Wyniki sekcyjne w świeżych zwichnięciach znane były na długo przed ogłoszeniem pracy Joessela. Tak np. Reuss, mając możność wykonania oględzin pośmiertnych w 6 świeżych przypadkach, znalazł oderwanie guzka większego wraz z przyczepami mięśni. Powołując się na przypadek Hiltona, wskazuje na możliwość nawrotów w takich przypadkach, jeżeli oderwany guzek większy zajął miejsce pomiędzy główką a panewką i działał, jako mechaniczna przeszkoda.

Busch (1876) robił doświadczenia na trupach i stwierdzał rozerwanie torebki, oderwanie mm. podłopatkowego, nadgrzebieniowego, guzka większego i wraz z nim przyczepów nad i podgrzebieniowego. Oderwanie tych mięśni w zwichnięciu

następuje bardzo często. Pitha już zauważył, że oderwanie mięśni stanowi z małymi wyjątkami powikłanie prawie każdego zupełnego zwichnięcia.

W przypadkach nawykowego zwichnięcia Joessel znalazł te same zmiany. Deuerlich w przypadku, w którym, po trzykrotnem zwichnięciu, wykonał sekcję, znalazł, że tylna powierzchnia tuberculum majus była oderwana i przyrośnięta poniżej, tak że m. podgrzebieniowy został znacznie przemieszczony, a m. nadgrzebieniowy pozostał prawie na miejscu. Gurlt w 30 przypadkach z piśmiennictwa znalazł częściowe lub całkowite oderwanie tuberculum majus. Mięśnie po oderwaniu kurczą się i przyciągają w kierunku panewki stawowej i, zależnie od czasu, ulegają zmianom zanikowym (Dehner, Hilton, Perthes, Joessel).

Zmiany anatomiczne, dotyczące głównie kości ramiennej, polegają na jej zniekształceniu, przeważnie tylnej powierzchni, spowodowanem brakiem kawałków kości, lub też obnażeniem powierzchni z chrząstki (Küster, Kraske, Popke, Löbker, de Tourmestraux). Zmiany te mogły powstać już po pierwszym zwichnięciu, lub też stopniowo. Istnieją trzy przypuszczenia. Jedni (Küster, Volkmann) sądzą, że przyczyną jest uraz—oderwanie, odłupanie, drudzy zaś (Löbker, Riedinger) za przyczynę uważają tarcie. Francke sądzi, że sprawę dostatecznie wyjaśniłoby przypuszczenie rozwijania się po urazie t. z. Osteochondritis dissecans-Königa, polegającego na powstawaniu po urazie stanu zapalnego kości i na tej drodze braku kostnego. Na korzyść pierwszego przypuszczenia przemawiają przypadki, w których znaleziono w stawie wolne odłamy kostne, zupełnie odpowiadające brakowi na główce (Francke, Müller), lub też kilka mniejszych. Ciała obce, powstałe po urazie w stawie, mogą go opuścić podczas prób reponowania, uiech wessaniu, lub też być otoczone przez rozwijającą się tkankę łączną (Cramer). Dwa następne przypuszczenia dotyczyłyby jedynie niektórych przypadków, gdzie w stawie przy istniejących zmianach na główce nic nie znaleziono.

Panewka stawowa, ulegając nieraz uciskowi główki, zostaje uszkodzona u swych brzegów. Uszkodzenia w przeważającej liczbie przypadków ograniczają się do przedniego jej brzegu i polegają na oderwaniu w postaci jednego odłama lub

też kilku mniejszych. Jeżeli torebka nie ulega w tych przypadkach rozerwaniu, to zwichnięcie powstaje wskutek tego, że brzeg panewki po oderwaniu pociąga za sobą okostną przedniej powierzchni szyi łopatki, odwarstwia ją i główka lokuje się w nowowytworzonej jamie, której przednią ścianę stanowi okostna, a tylną — łopatka; na główce wtedy tworzy się z czasem zagłębienie, odpowiadające przedniemu brzegowi panewki; w ten sposób bez rozerwania torebki może powstać jakoby jej rozciągnięcie i główka może opuścić swe miejsce w stawie (Streubel, Kraske, Popke, Bardenheuer, Wiesinger, Perthes, Francke). W pojedynczych przypadkach panewka może uleść i innym zmianom, jak np. w przypadku Löbchera, gdzie znaleziono panewkę rozbitą na dwa odłamy, ustawione w stosunku do siebie na innym poziomie i pod kątem.

Torebka stawowa ulega rozerwaniu podczas pierwszego zwichnięcia; w przypadkach nawykowego zwichnięcia pośmiertnych (Joessel) i operacyjnych znajdowano jedynie rozciągnięcie (Streubel, Küster, Popke, Ricard, Willmann). Rozciągnięcie to powstaje na skutek tego, że rana rozerwanej torebki nie goi się przez bezpośredni zrost jej brzegów, a otaczające tkanki wypełniają brak w torebce. Z przodu może to być m. podłopatkowy lub naramienny. Cramer, Deuerlich, Küster, Wiesinger twierdzą, że nie znaleźli rozerwania torebki, ale twierdzenie to jest błędne, ponieważ po dłuższym czasie wykryć rozerwanie mogłoby tylko badanie mikroskopowe, a nigdy nieuzbrojone oko. Niekiedy torebka odrywa się tuż przy brzegu panewki stawowej i zrasta się z m. podłopatkowym, wtedy wydaje się, że istnieje jedynie rozszerzenie ku przodowi (Hildebrand).

Rozszerzenie torebki może powstać czworaką drogą: a) rozerwanie torebki i otwór w niej zostaje wypełniony przez otaczające tkanki, b) torebka bywa odwarstwiona wraz z okostną od brzegu panewki, c) torebka wydaje się za dużą wskutek zaniku główki (syringomielia), d) może dojść do rozszerzenia istniejącego niekiedy połączenia torebki z bursa subscapularis.

Mikulicz spostrzegł przypadek, w którym z powodu zwiótczenia torebki wytworzył się ku przodowi i ku wewnątrz duży uchyłek, podobny do worka przepuklinowego, w który wchodziła główka (bursa subscapularis?). W kilku przypadkach

znaleziono wysięk w torebce stawowej surowiczy, lub krwawy. Co do częstości każdego rodzaju zmian, to de Boer na 53 przypadki znalazł: oderwanie mięśni w 8, braki w panewce w 14, obce ciała w torebce wolne i otorbione w 6, obce ciała z wysiękiem w 3, połączenie z bursa subscapularis w 2, braki na główce w 16, oderwanie torebki wraz z okostną w 4.

Zmiany anatomiczne w przypadkach syringomielii powstają inaczej. Rozwijając się stopniowo, jak w cierpieniu przewlekłym, doprowadzają do zaniku główki, a przez to do zmiany stosunków anatomicznych w stawie. Zaczyna się przeważnie sprawa od zaniku chrząstki na miejscach największego ucisku, następnie występują zmiany przerostowe jednocześnie z zanikowemi w kości; ilość substancji gąbczastej powiększa się, a przez to zmniejsza się warstwa twardej kości — stąd skłonność do złamań.

W stawie ramiennym przeważa postać zanikowa; główka traci swój połysk, zmniejsza się w wymiarach, tworzą się na niej płaskie powierzchnie, wskutek czego zmienia się jej owal; zmiany zanikowe, posuwając się coraz dalej, doprowadzają do zupełnego zaniku. W panewce znajdowano zanik chrząstki, rozszerzenie jej i pogłębienie (Schrader, Zesas). Wskutek zmian zanikowych prawidłowa torebka staje się zaobszerną, co wraz ze zmianami zanikowemi w mięśniach stwarza warunki, sprzyjające zwichnięciom.

Powstaje obecnie ważne pytanie, dlaczego nie każdy przypadek zwichnięcia przechodzi w zwichnięcie nawykowe, a tylko niektóre przypadki. Otóż w warunkach prawidłowego gojenia się uszkodzeń należy przypuścić, że części oderwane do pewnego stopnia układają się w miejscach poprzednich i tam przygajają się; otwór w torebce stawowej zabliźnia się; wylew ulega stopniowo wessaniu i kończyzna wraca do stanu zdrowia. Perthes prześwietlał 10 przypadków świeżych zwichnięć i w 6 stwierdził uszkodzenie guzka większego; przed nastawieniem znajdowano odłamy blisko na 3 ctm. powyżej ich właściwego miejsca, po odprowadzeniu były znów na właściwym miejscu, jedynie w zmienionej pozycji. Jeżeli jednak sprawa nie idzie tak gładko, oderwane mięśnie od guzka większego wraz z odłamek kurczą się i cofają ku górze, brzegi torebki nie zrastają się bezpośrednio, wtedy siła więzów, utrzymujących staw, słabnie

i kończyła przy pierwszej sposobności ulega zwichnięciu. Rzeczą nader zajmującą byłoby stwierdzenie, jakie czynniki wpływają na zaburzenia w przebiegu gojenia się świeżych zwichnięć, ponieważ te zmiany anatomiczne, które znajdowano już podczas oględzin pośmiertnych lub podczas operacji nawykowych zwichnięć, stanowią jakoby — obraz anatomiczny tego cierpienia.

Pewne wskazówki w tym kierunku, wprowadzie tylko w sferze przypuszczeń, znajdujemy już u dawniejszych autorów. Roser przypuszczał istnienie nieprawidłowego połączenia torebki stawowej z torbą maziową podłopatkową, a więc pewną wadę rozwojową, która w odpowiednich warunkach przyczyniała się do powiększenia torebki, i przez to stwarzała warunki do następnych zwichnięć. Malgaigne, Busch sądzili, że otwór w torebce nie zagaja się, i pozostaje na stałe; Henke, Hartisch — że powstaje ruchomy płat torebki, który, układając się pomiędzy powierzchniami stawowymi, osłabia staw i przeszkadza bezpośredniemu zrośnięciu się brzegów torebki. Istotną przyczynę jednak, przeszkadzającą należytemu zrośnięciu się torebki, zdaje się — należy upatrywać w wylewie krwawym, na co wskazywał już Streubel (1852); do powstawania obfitego wylewu jest aż nadto danych. Skrzep duży wewnątrz stawu i łączący się z zewnętrznym przez otwór w torebce może istotnie przeszkadzać zrośnięciu się bezpośredniemu jej brzegów. Co się zaś tyczy innych uszkodzeń, jak oderwanie się mięśni od przyczepu przy guzku większym, to w wielu przypadkach one nie następują, w innych — powstaje tylko naderwanie, wreszcie zupełne oderwanie mięśni; jeżeli mięśnie, kurcząc się, nie odciągną odłamka kostnego zbyt ku górze od miejsca pierwotnego przyczepu i on tam przyrośnie — wtedy mięśnie do pewnego stopnia mogą wypełniać swe zadanie, w przeciwnym razie staw osłabia się i powstaje czynnik, współdziałający powstawaniu zwichnięć.

Gdy nareszcie rozwinie się obraz, a raczej podłoże anatomiczne, usposabiające do nawrotów, wtedy nowy uraz, a w przypadkach ciężkich — żywszy ruch wystarcza, aby je wywołać. Zastanawiano się również nad tem, który ze składników tego podłoża anatomicznego — rozszerzona torebka, czy też oderwanie się mięśni — ma przewagę. Sprawa ta trudna do roz-

strzygnięcia, ponieważ liczba przypadków sekcyjnych jest zbyt mała, a dane, otrzymywane podczas operacji, nie mogą być uważane za dokładne, mając na względzie trudność ich otrzymania; w zwichnięciach tego rodzaju znajdujemy osłabienie całego więzów stawowego w mniejszym lub większym stopniu zależnie od zmian anatomicznych. Występujące z czasem zmiany na powierzchniach stawowych (starcia, zagłębienia) już przeszkadzają powracaniu główki na właściwe miejsce. Joessel, Löbker sądzą, że czynnikiem, usposabiającym do powtarzania się zwichnięć, jest oderwanie się mięśni, a istniejące rozszerzenie torebki jedynie tylko sprzyja temu. Perthes uważa, że chociaż w większości przypadków rzeczywiście znaleziono rozszerzoną torebkę, nie należy tej zmiany uważać za najważniejszą, a jedynie za ważną; daleko większe znaczenie przypisuje on oderwaniu się mięśni od guzka większego. Opierając się zaś na wynikach, otrzymywanych jedynie po zwężeniu torebki, cały szereg innych autorów w jej rozszerzeniu widzi najważniejszą przyczynę nawrotów.

Rozpoznanie nawykowego zwichnięcia opiera się dotychczas na wywiadach, nie znamy, niestety, ani jednego objawu, któryby pozwolił nam stwierdzić cierpienie bez udziału chorego. W większości przypadków autorowie nie znajdowali żadnych zmian w chorym stawie, a często nawet w uśpieniu chloroformowem nie udawało się wywołać zwichnięcia.

Z opisów dawniejszych znajdujemy dość dokładny, dotyczący przypadku Kocha, którego chory mógł dowolnie wywoływać zwichnięcie. Otóż Koch opisuje, że, gdy chory wytworzył sobie zwichnięcie, on obserwował: 1) ku górze nieznaczne zgrubienie wyrostka barkowego (acromion), 2) panewka była przykryta przez m. naramienny, 3) przez środek panewki przechodziło ścięgno mięśnia dwugłowego. Po odprowadzeniu zwichnięcia znajdował wybitne wciągnięcie miękkich części w kierunku panewki pod wyrostek barkowy, i obniżenie się główki w panewce stawowej w porównaniu ze stroną zdrową. Przypadek dotyczył zwichnięcia ku tyłowi. Burrell i Lorch znaleźli w 6 przypadkach w stanie zaniku mięśnie: kruczoramienny, trójgłowy, naramienny, pod — i nadgrzebieniowy, równoległoboczne, unoszący kąt łopatki i najszerszy grzbietu. Główka na stronie chorej odstawała od wyrostka barkowego więcej, niż

na stronie zdrowej; różnicę tę można było wyrównać przez uniesienie łokcia ku górze. Ricard stwierdził zaburzenia nerwowe i w odżywianiu w okolicy stawu. Routier na radiogramacie znalazł zmianę w konturach główki, Picqué — stare złamanie w szyi anatomicznej, Goldman — brak kostny na miejscu guzka większego i przerwę w ciągłości konturu główki; w 2 przypadkach — pęknięcie wewnętrznego dolnego brzegu panewki. W naszym przypadku stwierdziliśmy wciągnięcie miękkich części w kierunku panewki i wybitną bolesność od ucisku na okolicę wyrostka barkowego. Radiogramat, wykonany przez dr. Judta, nie wykazał żadnych zmian. A więc zmiany, dostępne dla oka, sprowadzają się przeważnie do zmian zanikowych w okolicy barku i uszkodzeń kostnych, które można stwierdzić na radiogramacie; wreszcie — istnienie objawów wymienionych wyżej chorób usposabiających — syringomielia, wiał, padaczka, — pozwalają z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem zrobić rozpoznanie tego cierpienia bez udziału chorego.

Przechodząc teraz do leczenia nawykowego zwichnięcia musimy zaznaczyć, że powinno ono być przede wszystkim zapobiegawcze. Z zasadą tą trzeba się zgodzić, jeżeli weźmiemy pod uwagę wyżej wymienione czynniki, które powodują powstawanie stanu anatomicznego, usposabiającego do zwichnięć. W obecnym stanie wiedzy, tam gdzie to jest możliwe do wykonania, należy za pomocą prześwietlania promieniami Roentgena dokładnie zdać sobie sprawę ze zmian anatomicznych, powstałych podczas pierwszego zwichnięcia. Następnie — odprowadzenie zwichnięcia powinno odbyć się w sposób najmniej obrażający, a więc w razie pierwszego niepowodzenia należy chorego uspić, i dopiero wtedy ponawiać próby; ostrożność ta ma na celu zmniejszenie wylewów krwawych w stawie i jego okolicy. Po odprowadzeniu i nałożeniu opatrunku unieruchamiającego, staw powinien być ponownie prześwietlony w celu przekonania się o prawidłowości stosunków anatomicznych. Opatrunek unieruchamiający należy zachować odpowiedni przeciąg czasu, potrzebny do zagojenia się uszkodzeń; zbyt wczesne ruchy mogą stawić przeszkodę w należytem zrośnięciu się torebki.

Z chwilą ustalenia się cierpienia wchodzą w grę różne proponowane w celu jego usunięcia zabiegi operacyjne. Zabiegi

te podamy w porządku chronologicznym, ponieważ najdawniejsze z nich przeważnie wyszły z użycia. Dla ścisłości historycznej wspomnimy zalecenie Hipocratesa, które polegało na przypalaniu okolicy chorego stawu za pomocą rozpalonego żelaza. Ojciec medycyny rozumował logicznie, że z chwilą wytworzenia się blizn naokół stawu ruchomość jego zostanie znacznie ograniczona. Malgaigne radził podskórne nacięcia. Następnie przez szereg wieków panowało w tem cierpieniu leczenie ortopedyczne z całym szeregiem mniej lub więcej pomysłowych aparatów. Popke (1883) zaleca jedynie leczenie ortopedyczne. Burrell i Loretz, Auvret (1897) zalecają unieruchomienie stawu w ciągu 10 tygodni; jednocześnie mięsienie, ruchy bierne i elektryzacja; dopiero jeżeli to leczenie zawiedzie, radzą krwawą operację. De Boer za pomocą unieruchomienia w jednym przypadku otrzymał pomyślny wynik. Arvingi (1905) zaleca siarczane kąpiele, mięsienie i gimnastykę; po 3—8 tygodniach podobnego leczenia miał pomyślne wyniki. Hartisch (1883) stosował w dwóch przypadkach pod kierunkiem Genzmara wstrzykiwania do stawu nalewki jodowej po 0,5 — 0,75 ctm³ co 3 do 4 dni, po wstrzyknięciu staw unieruchamiał, w całości wykonywał 6—8 wstrzyknięć. Wyniki miał dobre, jednak naśladowców, zdaje się, nie znalazł. Na tem wyczerpują się bezkrwawe sposoby leczenia zwichnięcia nawykowego.

Leczenie krwawe rozpoczęło się od końca zeszłego stulecia i umożliwione zostało jedynie dzięki wynikom, osiągniętym przy stosowaniu antyseptyki i aseptyki. Do tej chwili obawiano się otwierać staw, ponieważ ten zabieg groził choremu nieraz utratą ręki. Pierwszy Hüter wypowiedział propozycję wykonywania wycięcia główki, sam jednak nie miał możliwości wykonania tej operacji z powodu braku odpowiedniego przypadku. Dopiero gdy Cramer (1882) pierwszy raz wykonał ten zabieg przy odpowiedniem wskazaniu, zostały ogłoszone dalsze przypadki przez Bardenheura, Königa, Müllera, Popkego, Volkmanna, Vogta, Routiera, Kraskego, Küstera, Löbkera i wielu innych. Obecnie zabieg ten przeważnie został zaniechany, ponieważ, usuwając cierpienie, pociąga za sobą pewne ograniczenia ruchów w stawie ramiennym. Niektórzy autorowie obecnie (Dahlgren) uznają ten zabieg za właściwy jedynie w przypadkach z daleko posuniętymi zmianami, w razie uporczywych bó-

łów, wreszcie jeżeli istnieją duże braki na główce (Picquè, Sammosch). Ostatnio (1907) wykonał wycięcie Routier.

Od chwili, kiedy przekonano się, że rozszerzenie torebki, jako podłoże anatomiczne, odgrywa ważną rolę w powstawaniu nawrotów, zwrócono na nią uwagę i na nią też skierowano zabiegi chirurgiczne. W 1894 r. Ricard w dwóch przypadkach obnażył torebkę, nie otwierając stawu, i znalazł ją wybitnie ścięńczalą i rozszerzoną. Wobec tego sfałdował torebkę, nakładając szwy zdołu do góry; u dołu przez całą grubość rozciągnął mięśnia podłopatkowego, a u góry przez pozostałą prawidłową część torebki ponad częścią ścięńczalą. Po zawiązaniu szwów powstała mocna fałda, przez którą już więcej główki nie wyczuwało się. Ranę zeszył całkowicie bez sączków. Pomysł Ricarda operowania na torebce znalazł licznych naśladowców i dotychczas jest uważany za najprostszy i najskuteczniejszy. Z czasem, jak to zwykle bywa, został częściowo zmieniony przez wykonawców. Pierwsza odmiana należy do Mikulicza (1895), który otworzył torebkę w miejscu najślabszym, a następnie, zakładając brzeg dośrodkowy na zewnątrz w miejscu osłabionem, zdwoił ścianę torebki i w tem położeniu zeszył ją za pomocą czterech głębokich szwów srebrnych. Ranę wypełnił gazą jodoformową. Otwierając staw, Mikulicz mógł w każdym przypadku sprawdzić stan chorego stawu; założenie brzegów wybitnie wzmacniało słabe miejsce, wreszcie wypełnianie rany gazą gwarantowało wytworzenie się mocnej blizny. Donati (1895) radził fałdować torebkę od tyłu, a Dehner—szczególniej w przypadkach, gdzie istnieje uszkodzenie przedniego brzegu panewki; wskutek tego ma główka jakoby więcej odsuwać się ku tyłowi, ku tylnemu brzegowi panewki, a nie ku uszkodzonemu przedniemu. Dahlgren również od tyłu radzi otwierać i fałdować torebkę w przypadkach zwichnięć ku tyłowi.

Burrel i Lorch (1897) w celu zmniejszenia torebki wycięli z niej kawałki i potem brzegi zeszyli. Donati (1907) wycinał kawałki z tylnej ściany, Albert i Couteaud (1906) wykonali jedynie otwarcie stawu i otrzymali dobry wynik. Wreszcie Werdorff (1907) po zastosowaniu sposobu Mikulicza wzmocnił słabe miejsce torebki, przyszywając ponad niem ścięgno krótsze mięśnia dwugłowego. Podobne wzmocnienie wykonali Bardesen za

pomocą m. kruczoramiennego, Picqué — podłopatkowego i kruczoramiennego, Lardennois ścięgną podłopatkowego. Wykonano więc na torebce następujące operacje: a) sfałdowanie bez otwarcia, b) otwarcie i sfałdowanie, c) otwarcie i tamponada, d) otwarcie i zeszytie po założeniu brzegów jeden na drugi, e) wycięcie kawałka i szew, f) wycięcie kawałka i tamponada, g) wycięcie i sfałdowanie. Nakładanie szwów odbywa się albo w kierunku poziomym (Ricard), albo pionowym (Mikulicz), ostatnio Toubert zalecił połączenie jednego z drugim; nakłada dwa szwy poziome i jeden, najwyżej dwa w kierunku pionowym: pierwsze mają na celu wogóle zmniejszenie objętości torebki, drugi zbliżenie brzegów wspomnianego powyżej foramen ovale, które stanowi najsłabsze miejsce w torebce.

Należy zeszywać najwięcej rozluźnioną część torebki. Dla szwu używano struny, jedwabiu i drutu srebrnego. Z czasem wysunięto na pierwszy plan i zaczęto uwzględniać podczas operacji i inne zmiany anatomiczne, starano się je usuwać, względnie — zmniejszać ich ważność. Hildebrand (1902) w dwóch przypadkach, w których znalazł oderwanie wewnętrznego brzegu panewki, pogłębił tą ostatnią ostrą łyżeczką i zwęził torebkę stawową. Perthes (1906) kładzie nacisk na odtworzenie prawidłowych warunków anatomicznych, a więc między innemi — na umocowanie na miejscu oderwanych mięśni i odłamów kostnych. Myśl tą podał już Bardenheur, Müller próbował ją wykonać w 1898 r., zbliżając jedynie mięśnie do miejsca ich przyczepu, Perthes zaś w swoich przypadkach umocował je na poprzednim miejscu; w tym celu używał igieł zgiętych według wzoru litery U i, przewlekając tę igłę przez oderwany mięsień, ściągał go i umocowywał za pomocą igły na poprzednim miejscu lub też po umocowaniu na miejscu igły do niej przymocowywał mięsień za pomocą jedwabiu sublimatowego. Igła pozostawała na stałe. W podobny sposób umocował oderwany brzeg panewki w jednym przypadku.

Wreszcie na zeszłorocznym zjeździe chirurgów niemieckich Clairmont i Ehrlich podali nader powikłany, lecz, zdaje się, mniej udatny sposób leczenia nawykowego zwichnięcia. Sposób ich ma na celu zbliżenie główki do panewki stawowej, rolę jakoby tej sprężyny, utrzymującej w bliższem zetknięciu się powierzchni stawowe, ma odgrywać płat mięśniowy, obejmujący

zzewnątrz okolicę szyi kości ramiennej. W tym celu wykonywują cięcie skórne z przodu, rozpoczynając na wysokości wyrostka kruczego i idąc wzdłuż osi podłużnej kości ramiennej ku dołowi na 8 ctm. Mięsień naramienny rozdzielają wzdłuż włókien w jego środkowej części, służącej za granicę zagłębienia Mohrenheima aż do leżącego pod nim rozścięgnięcia mięśnia piersiowego. Po rozciągnięciu brzegów mięśnia dostają się do ścięgien mięśnia dwugłowego, pomiędzy którymi idą na tępo wгłęb, nacinając uprzednio rozścięgnięcia mięśnia piersiowego. Wtedy widać na szyi chirurgicznej tętnicę okalającą przednią (arteria circumflexa anterior), która stanowi górną granicę pola operacyjnego, poniżej jej dochodzą do miejsca przyczepu mm. obłego większego i grzbietowego dużego u tylnego grzebienia rowka dla m. dwugłowego i ten przyczep oddzielają na tępo od kości w połowie. Ustawiają następnie rękę w silnej addukcji, i robią drugie cięcie na brzegu tylnym mięśnia naramiennego, poczynając na szerokość dłoni poniżej grzebienia łopatki. Po rozcięciu rozścięgnięcia pomiędzy mm. dwugłowym i naramiennym podnoszą brzeg tylny tego ostatniego aż do dolnego jego przyczepu, oszczędzając naczynia i nerwy. Następnie odcinają od mięśnia naramiennego płat na 3 palce szeroki, który chwytają kleszczykami, wprowadzonymi przez otwór, zrobiony z przodu, i wyciągają go pomiędzy ścięgnięcia mięśnia dwugłowego. Następnie zeszywają rozcięte ścięgno m. piersiowego, a wierzchołek płata umocowują w przedniej ranie mięśnia naramiennego, tak aby ją całą wypełniał. Następnie zeszywają ranę skóry. Autorowie zastosowali swój sposób w dwóch przypadkach i otrzymali wynik pomyślny. O ile wiadomo z piśmiennictwa, oprócz nich nikt dotąd tego sposobu nie stosował. Jak już wyżej nadmieniliśmy, sposób, teoretycznie sądząc, ma jedną słabą stronę — płat mięśniowy, którego przeznaczeniem jest utrzymywać w bliższym zetknięciu powierzchnie stawowe, nie posiada wcale stałego miejsca przyczepu, co wyłącza jego działanie w tym kierunku. Dobry wynik można objaśnić rozległością ran operacyjnych, a co za tem idzie i wytworzeniem się mocnych blizn.

Wracając do poprzednich sposobów operowania na torebce stawowej i najbliższej jej okolicy, pozostaje nam jeszcze wskazać sposób dojścia do stawu, stosowany przez różnych

chirurgów. Odpowiednie wzmianki znajdujemy u Mikulicza, który stosował cięcie Olier-Huetera, Krumm—cięcie Olier'a, Ricard — cięcie podłużne pomiędzy mięśniem piersiowym i naramiennym, i cięcie poziome od górnego przyczepu mięśnia piersiowego wzdłuż obojczyka do przyczepu mięśnia naramiennego i do wyrostka barkowego; Burrel i Lorch — cięcie od wyrostka kruczego wzdłuż brzegu mięśnia naramiennego nazewnątrz po przez $\frac{3}{4}$ górne rozścięgni mięśnia piersiowego dużego; Kuhn—cięcie Langenbecka.

Wyniki operacyjne, otrzymane przez rozmaitych autorów, są przeważnie pomyślne; niestety, spostrzeżenia pooperacyjne nie obejmują dostatecznie długiego czasu, abyśmy mogli użyć je, jako wskaźnik do oceny różnych proponowanych sposobów leczenia. Najdłużej spostrzegane są dwa przypadki Brauna, podane przez de Boera, w których była zwężona torebka; czas spostrzegania trwał 4 i 7 lat bez nawrotów. Przystępując do oceny porównawczej sposobów leczenia, opierać się będziemy jedynie na zdaniu, wypowiedzianem przez chirurgów na korzyść i przeciw.

Przedewszystkiem co dotyczy leczenia nieoperacyjnego, to wskutek swej długotrwałości posiada ono niewielu zwolenników; wchodzi w grę w przypadkach, gdzie chorzy nie zgadzają się na operację; sądząc z ogłoszonych wyników, może być uwiecznione dobrym skutkiem przy odpowiedniej wytrwałości ze strony chorego i lekarza. Wycięcie główki w większości przypadków nie ma już obecnie zastosowania; usuwając zwichnięcie, prowadzi za sobą ograniczenie ruchów w stawie, co wobec do brych wyników czynnościowych, osiągniętych za pomocą innych sposobów, zmniejsza znaczenie tego zabiegu w omawianem cierpieniu. Jedynie mogłaby jeszcze mieć zastosowanie w przypadkach, powikłanych znacznymi uszkodzeniami powierzchni stawowych, lub uporczywych bólów wskutek ucisku na sploty nerwowe.

Pogłębienie panewki stawowej, proponowane w pewnych przypadkach przez Hildebranda, może pociągnąć za sobą ograniczenie ruchów, i to stanowi słabą stronę zabiegu. Zmniejszenie objętości torebki stawowej znalazło największą liczbę zwolenników i, zdaje się, jak dotychczas, stanowi jedyny uzasadniony zabieg w tem cierpieniu. Daje on w znacznej liczbie

przypadków pomyślne wyniki; dopiero niedawno Perthes zaznaczył, że widział po zastosowaniu tego sposobu nawroty po 3 latach; nawroty widzieli również Willmans i Hildebrand; w naszym przypadku nawrot miał powstać po 4 miesiącach; taką wiadomość otrzymaliśmy od krewnego operowanego, który po wyjściu ze szpitala już się więcej nie pokazał.

Różne proponowane odmiany tego sposobu nie posiadają zasadniczego znaczenia, co najwyżej sprawa—czy należy otwierać torebkę stawową, czy też nie. Sprawa ta obecnie może być rozstrzygnięta za pomocą badania promieniami Roentgena. Jeżeli uda się wykryć obecność ciała obcego w stawie, lub też jakiegokolwiek zniekształcenia powierzchni stawowych, którego usunięcie byłoby konieczne — torebkę otwierać należy; należy ją również otwierać, gdy powyższe badanie nie mogło być przeprowadzone.

Wykonane przez Perthesa umocowanie mięśni oderwanych na ich poprzednim miejscu zasługuje na całkowite uznanie, ponieważ odpowiada idealnemu leczeniu. Atoli, pomijając już techniczne trudności, w przypadkach zastarzałych zdaje się nie posiadać wartości, ponieważ mięśnie z czasem, jak to wykazał Samter, ulegają takim zmianom zanikowym, że nie mogą już spełniać swych poprzednich czynności. Wreszcie Perthes w swoich przypadkach zwięźlał również i torebkę, trudno więc sądzić, czy pomyślny wynik zawdzięczać mamy, jak on sądzi, przyszyciu mięśni, czy też—zwięźeniu torebki, które, samo przez się stosowane przez innych, dawało również dodatnie wyniki.

Oprócz Perthesa nie znajdujemy wzmianki o stosowaniu jego zalecenia. Sposób Clairmonta i Ehrlicha, zdaje się, nie znajdzie naśladowców z powodów wyżej przytoczonych. Leczenie pooperacyjne polega na unieruchomieniu ręki na przeciąg 3 tygodni, a następnie — na stosowaniu mięsienia, ruchów biernych i czynnych.

W przypadkach, dotkniętych syringomielią, wykonano według Zesasa w 5 przypadkach wycięcie główki z wynikiem niewiadomym, w jednym tylko przypadku (Czerny) otrzymano szybkie wyzdrowienie ze względnie niebolesnymi rozległymi ruchami; wycięcie należałoby jednak stosować w wyjątkowych przypadkach. Zmienionych naokoło stawu części miękkich prawdopodobnie nie uda się doprowadzić do ich pierwotnej spraw-

ności. Wogóle Bouchard uważa operację za niewskazaną, jedynie możliwym do zastosowania — jest odpowiedni aparat.

Streszczając się, zaznaczamy: a) każdy przypadek nawykowego zwichnięcia powinien być zbadany co do stanu układu nerwowego; b) w celu uniknięcia tego powikłania należy w każdym pierwszym zwichnięciu sprawdzać stan kończyny za pomocą promieni Roentgena, unikać zbyt gwałtownego odprowadzania, i unieruchomić kończynę na odpowiedni przeciąg czasu; c) ze sposobów operacyjnych względnie najprostszy i dający najlepsze wyniki — jest zwężenie torebki; d) pożądane byłoby posiadać dłuższe spostrzeżenia pooperacyjne, aby na ich zasadzie można było ocenić wartość poszczególnych zabiegów.

PIŚMIENNICTWO.

1. L. Testut. Anatomie humaine. V. I.
2. Bardenheuer. Deutsche Chirurgie. Bd. 63.
3. L. Testut et O. Jacob. Traité d'Anatomie topographique. V. II.
4. Carning. Lehrbuch der topographischen Anatomie.
5. G. Reuss. Ueber Humerusluxationen mit Fractur des Tuberculum majus. Arch. f. Klin. Chir. Bd. VII, S. 150.
6. Streubel. Einige Fälle von Luxationen im Scapulo-Humeralgelenke. Jahresber. 1852, S. 68, B. IV.
7. Streubel. Zur Beurtheilung und Behandlung der sogenannten veralteten Luxationen. Jahresbericht. 1868., S. 382, B. II.
8. Hueter. Zur Lehre von der Luxationen. Arch. f. Klin. Chir. Bd. IX, S. 933.
9. Wilh. Koch. Habituelle Verrenkung des linken Humerus nach hinten unter das Akromion. Arch. f. Klin. Chir. Bd. XI, S. 550.
10. Busch. Ueber seltene Humerusluxationen. Arch. f. Klin. Chir. Bd. XIX, S. 400.
11. Küster. Ueber habituelle Schulterluxation. Centr. f. Chir. Bd. IX.
12. Joessel. Ueber die Recidive der Humerusluxationen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XIII.
13. Schmidt. Ueber die Luxation des Humerus im Krampfanfällen. Centr. f. Chir. 1882, S. 452.
14. Cramer. Berlin. Klin. Wochenschr. 1882, № 2.
15. Popke. Luxatio humeri habitualis. Centr. f. Chir. 1883, S. 29.

16. Hartisch. Ueber Kasuistik und Therapie der habituellen Schulter und Unterkieferluxation. Centr. f. Chir. 1883, S. 573.
17. Löbbker. Demonstration einiger Präparate von habitueller Schulterluxation. Arch. f. Klin. Chir. 1887, Bd. 34, S. 658.
18. Ricard. Traitement des luxations recidivantes de l'épaule. Gaz. des hôpitaux. 1894, № 49.
19. Corsi. Lussazione recidivante della spalla curata con l'accorciamento della capsula articolare. Ref. Centr. f. Chir. 1895, № 24, S. 584.
20. Sammosch. Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenkluxation. Beitr. z. Klin. Chir. Bd. XVII, S. 803.
21. Burrel and Lorch. Habitual recurrent dislocation of the shoulder. Jahresber. f. Chir. 1897, 904.
22. Müller. Chirurgenkongress. Centr. f. Chir. 1898, S. 161
23. Franke. Zur pathologischen Anatomie und Therapie der habituellen Schultergelenkluxationen. Deutsch. Zeit. f. Chir. Bd. 48.
24. Sokolow. Schulterluxation und Syringomyelie. Jahresbericht. 1899, S. 796.
25. Schrader. Ueber habituelle Schulterluxation infolge von Syringomyelie. Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 23.
- 25a. Krumm. Ueber habituelle Schulterluxation und ihre Radicaloperation. Münch. med. Wochenschr. 1899, № 30, S. 986.
26. Dehner. Ueber habituelle Schulterluxation. Münch. med. Wochen. 1899, № 5, S. 165.
27. Grothe. Zur Behandlung der habituellen Schulterluxation. Münch. Med. Wochen. 1900, № 19.
28. Parona. Contributo allo studio della lussazioni volontari. Jahresb. f. Chir. 1900, S. 921.
29. Müller. Zur operativen Behandlung der habituellen Schulterluxation. Münch. med. Wochenschr. 1900, № 40.
30. Hildebrand. Zur operativen Behandlung der habituellen Schulterluxation. Arch. f. Klin. Chir. 1902, B. 66.
31. Wolff. Fall von habituellen Schulterluxation. Cent. f. Chir. 1902, № 7, S. 204.
32. Kuhn. Ueber Kapselverengerung bei habitueller Schulterluxation. Jahresber. f. Chir. 1903, S. 928.
33. Nalbandow. Zur Frage von der Schulterverrenkung bei Syringomyelie. Jahresber. f. Chir. 1903, S. 928.
34. Kohlhasse. Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Schulterluxation. Dissert. Rostock. 1904.
35. Monclair. Sur la luxation récidivante de l'épaule. Bull. et mém. de la société de Chir. de Paris. V. XXXI, № 1, p. 10, 1905.
36. Zesas. Ueber syringomyelische Schultergelenkverrenkungen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 80.
37. Couteaud. Luxation récidivante de l'épaule. Bull. de l'acad. de med. 1906, № 27.
38. Perthes. Ueber operationen bei habitueller Schulterluxation. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 85.

39. Werdorff. Zur blütigen Behandlung der habituellen Schultergelenkverrenkung. Jahresb. f. gesam. Med. 1907, II, S. 426.
 40. de Boer. Zur Behandlung der habituellen Schulterluxation. Diss. Goetingen, 1907.
 41. Donati Francesco. Un nuovo methode curatino della lussazione abituale della spalla. Jahresb. f. Chir. 1907, S. 1210.
 42. Routier. Luxation récidivante de l'épaule. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. 1907. 22 Janv.
 43. Picqué. Luxation recidivante de l'épaule. Bull. et mém. de la soc. de Chir. 1907. 868.
 44. Dahlgren. Die habituelle Schultergelenkluxation Jahresb. f. Chir. 1908. 1173.
 45. Willmanns. Zur Frage der habituellen Schultergelenkluxation. Centr. f. Chir. 1909. № 12.
 46. Clairmont und Ehrlich. Ein neues Operationsverfahren zur Behandlung der habituellen Schulterluxation mittels Muskelplastik. Cent. f. Chir. 1909. XXXIII. Chirurgenkong. S. 118.
 47. Willy-Meyer. Luxation habituelle de l'épaule. Arch. général de Chir. 1909, p. 404.
 48. Auvret. Luxations récidivantes de l'épaule. Thèse de Paris. 1908. Arch. général. de Chir. 1908, p. 192.
 49. Ludloff. Ein Fall von operative geheilter doppelseitiger habituellen Schulterluxation. Cent. f. Chir. 1910, № 6, 196.
 50. Toubert. Note sur une modification des procédés classiques de capsulorrhaphie pour luxation récidivante de l'épaule. Rev. de Chir. 1909, V. XL, p. 945.
 51. Max Brandes. Zur Therapie spontaner Hüftgelenkluxationen in Gefolge akuter Erkrankungen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 105, H. 1—2.
-

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Uśpienia złożone

opracował

ADOLF KLĘSK.

Dyrektor Domu samarytańskiego Panien Ekonek w Krakowie.

W ostatnich czasach sprawa udoskonalenia uśpienia i uczynienia go mniej niebezpiecznem weszła znowu na porządek dzienny, dążąc do celu głównie w trzech kierunkach:

1) Przez wprowadzenie dokładnego dawkowania środka usypiającego.

2) Przez zubożnianie zgubnego działania owego środka.

3) Przez odpowiedni dobór środków usypiających, potęgujących nawzajem swe działanie.

Te trzy zaś kierunki domagają się od uśpienia pewnych kombinacji składowych i stąd nazwa: uśpienie złożonych.

Właściwie nie jest to sprawa zupełnie nowa, bo niemal każdy chirurg do uśpienia i dawniej używał rozmaitych kombinacji, czyniących uśpienie zabiegiem złożonym, ale właściwie dopiero ostatnie czasy postawiły omawianą sprawę na porządku naukowym.

Dokładne dawkowanie łączy się też ściśle ze sprawą uśpienia złożonego, a ściśle znajduje ono zastosowanie zwłaszcza w uśpieniu śródżylnem.

Zubożnianie zgubnego działania środka usypiającego, wzgl. zmniejszenie ilości tegoż staramy się osiągnąć, usypiając po zastosowaniu zmniejszonego krążenia podług Klappa, lub też starając się podać usypianemu środek, wiążący niejako w sobie środek usypiający.

Zasadnicze pod tym względem były prace Nerkinga, który, opierając się na teorii Meyer-Overtona, tłumaczącej usypianie wiązaniem środka usypiającego przez lipoidy mózgu, starał się zmniejszyć zgubne działanie owego środka przez podskórne lub śródżylnie wstrzykiwania (1—10%) zawiesiny lecytyny i w doświadczeniach swych na zwierzętach osiągnął rzeczywiście wyraźny skutek, t. j. rychle budzenie się, wzgl. brak wystąpienia głębokiego uśpienia po wczesnem stosowaniu lecytyny.

Najważniejszą atoli okazała się sprawa ostatnia, t. j. stosowanie różnych zespołów środków usypiających, potęgujących swe działanie, zamiast środka jednego. Łączenie rozmaitych leków ze sobą spotykamy w medycynie od niepamiętnych czasów, a działanie wszelkich środków roślinnych polega właśnie na niem. Obecnie, w miarę rozwoju chemii i przemysłu, przeszliśmy do coraz częstszego stosowania preparatów czystych, wzgl. alkaloidów, nie powiem jednak, by ze skutkiem lepszym co do wyniku leczniczego.

Wprawdzie bezwarunkowo przyjemniej jest zapisywać pojedyncze składniki danego preparatu, niż odwar o niepewnym i niejednakowym składzie, ale za to skutek nie zawsze bywa przytem jednaki, gdyż często przy odwarach lepszy. Że bez kombinacyi środków trudno jest się obejść, świadczą o tem i obecnie recepty słynnych nieraz klinicyistów, zawierające litanie środków „pojedynczych“.

To dążenie do kombinowania środków objawia się i w przemyśle przez podawanie sztucznie skombinowanych środków, naśladowujących naturalne, np. pantopon. Kombinacye środków działają nieraz zupełnie inaczej, niż pojedyncze preparaty i to nie tylko dzięki temu, że tworzyć mogą różne połączenia, ale także przez wzajemne potęgowanie swego działania.

Sprawą tą zajął się szczegółowo Bürgi z Berna szwajcarskiego i na mocy licznych doświadczeń na zwierzętach doszedł do przekonania, że z narkotyków potęgują nawzajem swe działanie głównie te, które mają odmienne punkty zaczepne (Angriffspunkte) w ustroju. Np. zwykle bardzo potęgują swe działanie połączenia narkotyków obojętnych ze zasadowymi.

Podobnie osiąga się znacznie silniejsze działanie, jeżeli podaje się lek często, ale w maleńkich dawkach. Tem tłumaczy sobie Bürgi skuteczne działanie leków złożonych, zawierających

w sobie substancje o różnym stopniu wessalności (preparaty roślinne, odwary). Podobnie środki, podane podskórnie, działają wprawdzie wolniej, lecz za to silniej, niż od razu wprowadzone do krwi. Jeżeli podług B. np. weźmiemy połowę usypiającej dawki uretanu (dla królika) i dodamy bodaj ślad skopolaminy, to wywołamy już wybitne uśpienie. Podobnie skopolamina w zamroczeniach bardzo wzmacnia działanie usypiającej morfiny. Takie same potęgujące działanie spostrzegali B. i w środkach moczopędnych.

Natomiast do zupełnie innych poglądów doszedł Fühner, usypiając kombinowanie w biologicznym instytucie na Helgolandzie rybę *Cyclopterus lumpus* L.

Przekonał się on mianowicie, że jedynie u zwierząt zimnokrwistych środki usypiające się sumują, a pozorne potęgowanie u ciepłokrwistych polegać może jedynie na zwiększeniu zdolności rozpuszczalności danego środka, powodowanej środkiem drugim.

Dla nas klinicystów jest ta kalkulacja Fühnera zupełnie obojętna, bo my stwierdzamy fakt potęgowania działania, a jest to już obojętne, czy chemicznie jest on faktyczny, czy tylko pozorny, dość że większe wykorzystanie danego środka musi wywoływać i większe działanie tegoż.

Że takie potęgowanie ma rzeczywiście miejsce—dowodów nie brak.

Być może pierwszy zwrócił na to uwagę jeszcze w roku 1899 Honigmann, stosując razem eter i chloroform do usypiania, przyczem zauważył fakt następujący: jeżeli do uśpienia człowieka potrzeba x ilości eteru lub y chloroformu, to w razie stosowania obu środków na raz uzyskujemy uśpienie przy dawce $\frac{x}{10}$ eteru i $\frac{y}{17}$ chloroformu, a nie $\frac{x}{2}$ eteru i $\frac{y}{2}$ chloroformu, jakby się na pozór wydawało. Podobnie twierdził i Kionka. Natomiast Madelung jest zdania, że próby Honigmann'a co do eteru i chloroformu prowadzone były fałszywie, jakkolwiek sama idea jest zupełnie słuszna, albowiem kombinacja np. skopolaminy — morfiny z gazem rozweselającym (80) i tlenem (20 części) daje długotrwałe, spokojne i pozbawione wszelkich niebezpieczeństw uśpienie, czego, jak wiemy, przy samym gazie rozweselającym osiągnąć nie można. O uśpieniu tem bardzo

korzystnie wyraża się również Gotlieb i Neu. Lotheisen zaleca uśpienie chlorkiem etylu w kombinacyi z tlenem z pomocą zmodyfikowanego przyrządu Roth—Drägera.

Często znów spostrzegać można niekorzystną kombinację środków usypiających. Np. wspomniane dopiero co uśpienie łączyć można z eterowem, natomiast bezwarunkowo nie z chloroformowem, bowiem często przytem występują zapady.

Podobnie Brunn otrzymuje dobre uśpienia za pomocą wstrzykiwania pantoponu, skopolaminy i po zmniejszonym krążeniu, przyczem w cięciach brzucha, celem zwolnienia powłok tegoż, trzeba nieraz dodatku eteru, natomiast chloroform okazał się wtedy szkodliwym. Łączenie tlenu z narkotykami wdechowymi, zalecone przez Wohlgemutha, jest także, zwłaszcza w ostatnich czasach, znowu zwalczane, a Ziegner na mocy swych skrupulatnych doświadczeń twierdzi, że zupełnie tak samo przebiega uśpienie wywołane z tlenem, jak i ze zwykłym powietrzem. Natomiast dodatek bezwodnika kwasu węglowego wywołuje znaczne zaoszczędzanie środka usypiającego.

Uspianie ze zmniejszonym krążeniem powoduje, naturalnie, znaczne zaoszczędzanie środka usypiającego. Tak np. Hörmann z kliniki Döderleina donosi, że zaoszczędza się przytem połowę niemal chloroformu, ewentualnie $\frac{1}{3}$ eteru.

Oszczędza się również bardzo środek usypiający, jeżeli zaczynamy uśpienie u osobnika, którego układ nerwowy i ustrój jest już uspokojony niejako innym środkiem. Z tego powodu już i dawniej przed uśpieniem wstrzykiwano morfinę, względnie podawano środki usypiające przez usta lub w lewatywie. Być może, jeden z pierwszych zwróciłem przed kilku laty uwagę na fakt, że po wstrzyknięciu do rdzenia środka znieczulającego, jeżeli następnie stosujemy uśpienie, osiągnąć można je za pomocą niezmiernie małych dawek chloroformu. Potwierdził to z naszych badaczy Rosner. To samo zaoszczędzenie spostrzegano, usypiając osoby przedtem znieczulane miejscowo, tak że nieraz poprostu usypianie było tylko pozorne.

W całej zaś pełni to zaoszczędzanie środka usypiającego spostrzegamy w modnych obecnie uśpieniach z pomocą wstrzykiwania.

Wstrzykiwania te mają na celu już to pomagać uśpieniu

wdechowemu, już też nawet wywoływać samoistne uśpienia — czy zamroczenia.

Burkhardt znów bardzo zaleca usypianie śródżylne z pomocą 5% wody eterowej.

W ostatnich czasach próbował on i inne środki i bardzo cennem okazało się mu połączenie eteru z isopralem. Zaczyna się uśpienie, wprowadzając rozczyzn isopralu aż do okresu tolerancji, a potem przechodzi się do eteru. Usypiając śródżylnie naprzemian wodą eterową i chloroformową, zużywa się, podług Burckhardta, znacznie mniej płynów, aczkolwiek uśpienie bywa nawet głębsze. Dobrze działa wykonane przedtem jeszcze wstrzyknięcie skopolaminmorfiny. To ostatnie bardzo polecają przed uśpieniem w ostatnich czasach. Tak np. Otto z kliniki Anschütza w Kielonii donosi o bardzo korzystnej kombinacji skopolaminmorfiny z uśpieniem eterowem. Obok tego wieczorem przed operacją dostaje chory jeszcze weronał, a na 1—1½ godziny przed operacją wstrzyknięcie małych dawek, bo 0,01 morfiny i raz lub dwa 0,0003 skopolaminy. Powikłania płucne przytem spotyka się bardzo rzadko.

Także, podług Meyera, morfinskopolamina, wstrzyknięta przed uśpieniem, daje znaczne zaoszczędzenie eteru. Chloroformu przy tej kombinacji radzą autorowie wogóle unikać. Brant przy wspomnianej kombinacji nie spostrzega już prawie zupełnie powikłań płucnych. Sick zaoszczędza przytem prawie ⅓ eteru.

Kümmell ma już 2850 kombinowanych uśpień, i z wyników jest bardzo zadowolony.

Inne kombinacje są już mniej w użyciu. Karłowicz spostrzegał dobre wyniki i zaoszczędzenie ⅓ chloroformu po podaniu na 2—2½ godzin przed operacją 1—2,5 hedonalu.

Lindemann wykazał, że morfina i uretan potęgują swe działanie. Np. uretan wywołuje sen w dawce około 1,5, a morfina podskórnie 0,02, a w kombinacji osiąga się uśpienie po 0,75 urethanu i 0,0025 morfiny. Podobne potęgowanie dla uretanu i skopolaminy wykazał Hauckold. Krawkoff i Fedoroff robili na 1—2 godziny przed operacją lewatywy z 3—4 g. hedonalu. Potem Fedoroff przeszedł do samego uśpienia śródżylnego hedonalem i zaleca ten sposób.

Nerking próbował uśpienie kombinacją uretanu i chloralhydratu, ale tworzyły się przytem często skrzepy.

Jak z tego widzimy, sprawa uśpienia złożonego właściwie zaczyna dopiero stawać na nogi, ale już dotychczasowe wyniki każą o przyszłości tegoż dobrze rokować i kto wie, czy w końcu nie poznamy połączenia, które dozwoli nam łatwo, np. przez wstrzyknięcie podskórne, wywoływać spokojnych uśpień, trwających czas, zależnie od dawki przez nas wybrany, a zupełnie pozbawionych wszelkich niebezpieczeństw i powikłań następowych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Brant. (Terap. Obozr. 1910 № 9).
2. Brüstlein. (Zblt. f. Chir. 1911 № 10).
3. Brunn. (Zblt. f. Chir. 1911 № 3).
4. Burckhardt. (Münch. med. Woch. 1911 № 5).
5. Bürgi. (Deut. med. Woch. 1910 № 1—2, Pos. lek. Berlin. 1911. md. klin. № 8).
6. Delbert i Dupont. (Rev. de chir. Juni 1910).
7. Fedoroff. (Ther. Ber. 1910 № 7).
8. Fühner. (Münch. med. Woch. 1911 № 4).
9. Gottlieb i Madelung. (Pos. lek. Heidelberg 1910).
10. Hauckold. (Zeift. f. exp. Path. u. Ther. VII. 3).
11. Honigmann. (Arch. f. klin. Chir. 58—1999).
12. Hörmann. (Münch. med. Woch. 1909 № 42).
13. Karłowicz. (Deut. Zeift. f. Chir. 105—I—II).
14. Kionka i Krönig. (Arch. f. klin. Chir. T. 75. 1905).
15. Kroenig. (Międzyn. zjazd. Budapeszt 1909).
16. Lotheisen. (Arch. f. klin. Chir. 91—I).
17. Lindemann. (Arch. f. exp. Phat. u. Th. VII. 3).
18. Madelung. (Arch. f. exp. Phat. u. Th. 1910—62).
19. Meyer. (Inaug. Dis. Strassburg).
20. Neu. (Münch. med. Woch. 1910 № 36).
21. Nerking. (Münch. med. Woch. 1909 № 29).
22. Otto. (Mediz. klinik. 1910 № 10).
23. Pick. (Münch. med. Woch. 1910 № 20).
24. Ziegner. (Münch. med. Woch. 1910 № 49).

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Caird. *Rak języka.*

Doświadczenie C. opiera się na 60 przypadkach raka języka.

Jako jeden z wczesnych objawów, podług C., występuje ból, rozpromieniający się do ucha i skroni.

W wywiadach spotykamy często powody, drażniące język, jak ostre zęby, uciskanie przez fajkę, nadużywanie wysokości, a zwłaszcza palenie tytoniu.

Caird postępuje w ten sposób, że usuwa w znieczuleniu miejscowem najpierw chorą połowę języka podług sposobu Syme'a lub Whiteheada, a w kilka dni potem dopiero usuwa gruczoły szyjne doszczętnie, od szczęki aż pod staw obojczykowomostkowy.

Wyniki jednak nie są idealne.

Z 48 operowanych 16 zaledwie żyje, a o 8 nic nie wiadomo.

Jednak i tak nawet nawrót choroby jest lepszy, niż posuwanie się samoistne raka w ustach.

Nawet usuwanie całego języka nie daje wcale operatorom lepszych wyników.

Do znieczulenia używa C. 0,5% kokainy z adrenaliną, i zaczyna znieczulanie od końca języka.

Cięcie tchawicy jest zupełnie zbyteczne w tem postępowaniu.

(*Edinbur. Med. Chirurg. Society. Z. XI. 1910.*)

A. KLĘSK.

Moszkowicz. *Postępy chirurgii żołądka i kiszek.*

Chirurgia przewodu pokarmowego postąpiła w ostatnich czasach znacznie naprzód, a to z kilku powodów. Przede wszystkim nauczyliśmy się lepiej i szybciej operować, a postępy aseptyki i rozpoznawania rozszerzyły znacznie zakres operacji; a dodać do tego jeszcze musimy postępy w znieczuleniu.

Niedawne to jeszcze czasy, kiedy Mikulicz powiedział: każda operacja, trwająca dłużej, niż $2\frac{1}{2}$ godziny, jest nieudana, bo albo wskazanie do niej było mylne, albo też operator nie dorósł do jej wykonania, a odbija się to na operowanym!

Tak np. operujemy obecnie częściej, a ponadto wcześniej, więc i ze skutkiem lepszym zapalenia otrzewnej, zwłaszcza z przedziurawienia.

Dawniej zapalenie ropne otrzewnej uchodziło za cierpienie śmiertelne, obecnie zaś w razie wczesnego operowania osiąga się nieraz wyleczenie. Jednak nie należy operować zaraz po przedziurawieniu, lecz w 6—10 godzinie, przygotowując przedtem chorego do operacji kamforą, infuzjami i t. p.

Polepszyły się też znacznie nasze wyniki operacyjne w niedrożności kiszek. Przez skrupulatne usuwanie treści podczas operacji zapobiegamy następowej atonii. Również i nasze rozpoznawanie postąpiło znacznie naprzód, a to z jednej strony dzięki różnym próbom, a z drugiej przez użycie wzierników i prześwietlań rentgenowskich.

Jeszcze stosunkowo najsmutniejsze są wyniki operacji raka żołądka, a to z powodu, że lekarze rozpoznają cierpienie to nieraz dopiero wtedy, gdy guz jest wyczuwalny, a to równa się już niemożności operowania doszczętnego.

Ale i tak wyniki operacji doszczętnych polepszają się stale. Była chwila, że wogóle chciano zupełnie zarzucić operacje doszczętne, jako dające bardzo złe wyniki, z czasem jednak poprawiły się wyniki, i np. Kocher ma 34,6% śmiertelności bezpośredniej (w ostatnich czasach nawet 9—17%), a 20% trwałych wyleczeń!

Coraz częściej operuje się wrzód żołądka i to nie tylko w razie koniecznej potrzeby, lecz i w przebiegu przewlekłym wobec krwawień, uporczywych bólów, objawów zwężenia i t. p.

Wycina się wrzód, lub też robi zespolenie żołądka z jelitem, które stało się obecnie operacją „modną”; wykonuje się ją i przy zrostach, opadnięciu i niedowładzie żołądka, zwężeniach odźwiernika i t. p.

Wadą jedyną tego zespolenia jest występujący czasem „circulus vitiosus” t. j. ciągłe cofanie się treści do żołądka. Zapobiega się mu w trojaki sposób:

- 1) przez połączenie obu ramion jelita,
- 2) przez połączenie w kształcie litery Y,
- 3) najczęściej obecnie wykonywane: połączenie z pomocą możliwie krótko wziętej pętli tuż przy zgięciu dwunastniczo-czczem.

Odzywają się jednak głosy, by w raku nie męczyć chorych bez potrzeby zespoleniem żołądka z jelitem. Kocher wypowiedział nawet paradoks, że po wycięciu odźwiernika wyniki

bywają lepsze, niż po zwykłej gastroenterostomii—co do trwałości.

Clairmont wykazał np. z kliniki Eiselsberga, że nawet w przypadkach dobrotliwych zaledwo w 52% uzyskuje się wyleczenie, a w 15% poprawę, a reszta operowanych doznaje nadal przypadłości głównie z powodu wrzodów miejsca połączenia lub kiszki częściej, przez wytwarzanie się zrostów i t. p.

Wykonywanie więc z zasady w raku zespolenia nie jest słuszne. Cenne nieraz usługi oddaje nam przetoka żołądkowa, wzgl. —jelitowa, np: po oparzeniach przełyku i żołądka, w rozległym raku żołądka i przełyku, w silnych a częstych krwawieniach z wrzodu, w ciężkich operacjach brzusznych, w niedrożności kiszki i t. p.

Również polepszyły się obecne nasze wyniki operacji na kiszkach grubych.

Przedewszystkiem z pomocą wzierników optycznych oglądać możemy wysokie nawet odcinki kiszki odchodowej i zstępującej i rozpoznawać początkowe raki, wrzody, sprawy zapalne i t. p. Z pomocą utworzenia przetoki leczymy też wiele spraw kiszki grubych np. colitis mucosa i t. p. Także promienie Roentgena oddają tu nieraz usługi.

Obecnie zaniechano jednoczasowego wycinania kiszki grubej, a stosuje się głównie wycinanie dwuczaseowe lub i trójczasowe, t. j. z utworzeniem przedtem sztucznego odbytu.

Także wyniki operacji raków kiszki stolcowej polepszyły się znacznie.

Np. Zinner donosi o 320 przypadkach z kliniki Hoehenegga z bezpośrednią śmiertelnością 13,75%. Trwałych wyleczeń zaś tylko 25% (ale te już po nad lat kilka liczone).

Złe rokowania dają natomiast wysoko usadowione raki kiszki prostej, a to z powodu, że rozpoznaje się je zwykle za późno.

Obecnie z chwilą możliwości badania wziernikiem odbytniczym powinno być lepiej.

(Medizin. Klinik. № 30).

A. KLĘSK.

Kampmann. *Kamień włosiany żołądkowy.*

W piśmiennictwie opisano dotąd 45 przypadków guzów włosowych u człowieka. Z tego w 21 przypadkach usunięto guz przez nacięcie żołądka. Wszystkie przypadki wyzdrowiały. Bez wyjątku kamień włosiany występuje u kobiet. Ze względu na korzystne wyniki operacyjne, a złe (16 śmierci na zapalenie dziurawiące otrzewnej) zachowawcze, należy zawsze namawiać na operację.

Zwykle cechuje cierpienie wychudzenie przy dużem łaknieniu.

Przypadek autora dotyczył 10-letniej dziewczynki. W wywiadach — łkanie włosów, guz w żołądku wyczuwalny, więc rozpoznanie wobec wychudzenia, wymiotów i znalezienia włosów w stolcu łatwe. Cięcie żołądka, wyjęcie guza, wyleczenie.

Guz był niejako odlewem żołądka: długość 17 cm., szerokość 13 cm., obwód 23 cm.

W razie braku wywiadów dodatnich, przypadłości żołądkowych i guza, rozpoznanie może być bardzo trudne i z 21 przypadków wyżej wspomnianych zaledwo też w 4 rozpoznano cierpienie dobrze.

(*Munch. med. Woch.* № 8).

A. KLĘSK.

Wilms. *O szmerach metalicznych w kiszkiach i o ich znaczeniu w zamknięciu kiszki.*

Autor opisuje szereg objawów wysłuchowych w kiszkiach, które mają znaczenie w rozpoznaniu zawężenia kiszki. W pierwszym rzędzie wspomina o tak zwanem przelewaniu się. Zjawisko te polega na tem, że po ustaniu skurczu, powodującego zwężenie światła, zawartość kiszki wraca do pustych, rozszerzających się odcinków kiszki, zabiera ze sobą gazy i powoduje odgłos, podobny do tego, który powstaje przy wylewaniu wody z butelek. Objaw ten towarzyszy zawsze zawężeniu kiszki i zjawia się w kilka godzin po zamknięciu światła, lub też w kilka dni. Z tego względu objaw ten nie ma wielkiego znaczenia dla wczesnego rozpoznawania zawężenia.

Gdy naprzykład w obrębie kiszki cienkiej występuje jakaś zapora, to ponad nią gromadzi się płyn i gazy, które rozdymają kiszki, podczas ruchów robaczkowych następuje pomieszanie gazów z płynem. Albo pęcherzyki gazu dostają się do płynu, albo też spadają krople cieczy.

W razie odpowiedniego napięcia napętnionych kiszki posiadają powstające od pękania pęcherzyków szmery odgłos wyraźnie metaliczny. Odgłos ten daje się wysłuchać o wiele wcześniej, niż przelewanie się.

Nie wpływa na to zupełnie grubość powłok brzusznych, u najbardziej nawet otyłych osób daje się on wysłuchać wyraźnie.

Inne objawy wysłuchowe w kiszkiach, naprzykład burczenie, pojawiające się głównie w ogólnem opuszczeniu się kiszki, nie daje nigdy metalicznego odgłosu.

Rozdęcie zaś brzucha jest zwykle połączone ze zwolnionym ruchem robaczkowym, a więc, pomimo warunków, sprzyjających poniekąd powstawaniu odgłosów metalicznych, tego ostatniego nie daje.

W wielu przypadkach objaw ten posiada nader ważne zna-

czenie dla wczesnego rozpoznania zawężenia kiszek, a także do wyłączenia możliwości tego ostatniego. Przy rozdzięciu kiszek, powikłanym stanem zapalnym po dokonaniu zabiegu, objaw ten, zdaniem autora, nie może rozstrzygać na korzyść takiego zawężenia, które musiałoby być leczone operacyjnie.

(*Münch. med. Woch. № 5. 1910*).

F. POŻARYSKA.

Schnitzler. *Z rozdziału o zwężeniach kiszek.*

Podzielić sobie zwężenia kiszek szematycznie np. na powstałe ostro, nagle, lub przewlekłe dość trudno, bo często właśnie przy przyczynie przewlekłej powstaje niedrożność lub zwężenie nagle, a naodwrot, przy nagle powstałej przyczynie np. skręcenie, zaciśnięcie, objawy zwężenia występują zwolna na jaw.

Również np. niedokładny jest podział niedrożności kiszek na różne rodzaje. Ileus obturatorius przy kamykach żółciowych powstaje nie dlatego, by kamyk zatykał światło, bo na to zwykle jest za mały, lecz chodzi tu zwykle o zagięcie jelita pod wpływem ciężaru kamyka lub o skurcz światła. Najczęściej sumuje się tu kilka przyczyn. Autora w niniejszej pracy zajmuje przeważnie jednak niedrożność kiszek, jako objaw, czy też powikłanie zapalenia otrzewnej.

Czy mamy pewny objaw, pozwalający na odróżnienie tej niejako odruchowej niedrożności od zwykłej mechanicznej?

Porażenie kiszki powstać może i zaraz po urazie np. brucha, i wtedy odnosimy je do kwawień i krwiałaków podsurowicznych, wzgl. do podrażnienia otrzewnej. Najczęściej niedrożność przewodu pokarmowego np. pooperacyjna wskutek zapalenia otrzewnej ma za przyczynę czysto miejscowe porażenie pewnej części jelita.

Objawy rozpoznawcze niedrożności otrzewnej nie są bardzo typowe. Według Nothnagla, w niedrożności zwykłej stawiają się kiszki, w otrzewnej brak jest wszelkiego ruchu robaczkowego. Wilms zwrócił znów uwagę na metaliczne szmery rozszerzonej pętli, zjawiające się w niedrożnościach ostrych.

Co do leczenia, to nie należy nigdy zadługo wyczekiwać, względnie czekać na wystąpienie jakiegoś groźnego objawu, lecz jaknajszybciej przystąpić do operacji, która jednak znów powinna być jaknajmniejsza, bo na dużą siłę chory niema. Tak zwane wysokie lewatywy uważa autor za rzecz zupełnie nieskuteczną i dawno je już zarzucił.

W niedrożności otrzewnowej, jak na to zwrócił uwagę autor i Heidenhain, znakomite usługi oddaje założenie przetoki jelitowej. Czasem należy jednak wykonać otworów po kolei kilka. O ile możności staramy się wykonać otwór Witzla i po-

przestajemy na tem, o ile nie znajdziemy wybitnej przyczyny do innego zabiegu, jak np. zgorzeliowy wyrostek robaczkowy i t. p.

Natomiast uważa autor za zupełnie bezsensowne, bo bezcelowe, rozdzielanie zrostów, łączenie kieszek i t. p. Na to nie ma nigdy czasu, ani też odpowiednich sił u chorego.

Rozdzielanie zrostów niema racji bytu, bo utworzą się one zaraz z powrotem względnie obok, a niedrożności nie usunie to tak dobrze, jak przetoka jelitowa, która potem zagaja się szybko. Ponadto doświadczenie uczy nas, że z czasem zrosty te znikają bez śladu, o ile i przyczyna choroby ustąpi.

Znaną np. jest rzeczą, że nieraz guzy, nie nadające się zrazu do operacji, w pewien czas po wykonanej colostomii wskutek zniknięcia zrostów stają się zdadnymi do operacji.

Mylne jest zdanie, że ruch kieszek chroni od zrostów. Autor jest zdania, że właśnie ruch wywołuje podrażnienie i jest pobudką do tworzenia zlepow, a spokój kieszek (np. po enterostomii) wpływa korzystnie na znikanie tychże.

Niestety chirurdzy popadają w dwie ostateczności: albo czekają i nic nie robią, lub też skłaniają się do operacji i robią zawiele, zamiast kontentować się na razie enterostomią i przez to ratować życie chorych w danej choć chwili. Zwłaszcza zadawałniać się należy przetoką jelitową w ostrej niedrożności po operacjach, powstałej w pierwszym po nich tygodniu.

Natomiast unikać należy zawsze rozległych ewentracji i wciskania z powrotem wzdętych pętli bez opróżnienia.

Z operacją nie należy zbyt długo czekać. S. kończy pracę zdaniem:

Wolę operować w odpowiedniej porze choćby ze złem rozpoznaniem, niż doczekawszy się dokładnego rozpoznania operować zapóźno.

(*Medizin. Klinik. № 11—12. 1911*).

A. KLĘSK.

Goebell. W sprawie chirurgicznego leczenia zaparcia stolca.

W rachubę w niniejszem cierpieniu wchodzą przypadki uporczywego, nieraz wrodzonego zaparcia stolca, mające za przyczynę chorobę Hirschsprunga, dalej—nieprawidłowości w położeniu jelita grubego, ruchome jelito ślepe, a nawet wstępujące, dalej – to znany kurcz trzeciego zwieracza odbytu, a wreszcie tworzenie się klap i zastawek w kieszce stolcowej i na granicy zagięcia esowatego. Widzimy z tego, że przyczyn tych może być wiele, a dokładne zbadanie możliwe jest tylko z pomocą promieni Röntgena lub wziernika odbytniczoesicowego (proktosigmoidoskopii) i sondowania. Podług G. najczęstszą jednak

przyczyną zaparcia przewlekłego są nieprawidłowe kłapy w kiszce stolcowej. W ostatnich dwóch latach, odkąd autor zwraca baczniejszą uwagę na to, spostrzegł 5 podobnych przypadków. W warunkach prawidłowych spotykamy na 6—8 cm. powyżej odbytu klapę, opisaną przez Cloqueta, Morganiego, Portala, a zwłaszcza Houstona. Tenże autor twierdzi, że prawidłowo kłap tych jest trzy, a nawet i więcej. Powinny jednak być półksiężycowate i zajmować najwyżej $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ światła jelita. Co do usadowienia, to jedna z kłap leży na przedniej ścianie kiszki stolcowej, naprzeciwko podstawy pęcherza, druga nieco wyżej na ścianie lewej, trzecia powyżej — na prawej. Bardzo często spotykamy też klapę na 3 ctm. powyżej odbytu.

Kohlrasch opisał półksiężycowatą klapę na 6—8 ctm. powyżej odbytu i nazwał ją: fałdą poprzeczną odbytnicy. Według Martina 90% ludzi ma trzy kłapy. Najwyższa z nich leży na granicy zagięcia esowatego na stronie lewej.

Samuel Goodwin Gant zrobił odlewy parafinowe kłap i twierdzi, że zwykle jest ich 3, rzadko więcej (do 7). I on twierdzi, że górna kłapa leży po stronie lewej, inne zaś niżej ułożone śrubowato.

W razie, jeżeli te kłapy są zbyt grube, niepodatne i duże i leżą za blisko siebie, mogą łatwo prowadzić do zaparcia stolca, gdyż masy kałowe poprostu przyciskają jeszcze więcej jedną klapę do drugiej.

Zwykle wziernik odbytniczy udaje się łatwo wprowadzać, zwłaszcza idąc po ścianie tylnej. Natomiast nieraz trzeba manewrować jedynie z pomocą lampki i omijać kłapy na różne strony a kiszka odchodowa wygląda, jakby się składała z kilku zamkniętych komór. Podobny obraz, ale dający się zmieniać w prawidłowy przez wyciąganie jelita, spotykamy przy opadnięciu trzew.

Amerykanie Martin i Goodwin Gant podali jeszcze w r. 1899 walwoidotomię t.j. przedzielenie tych kłap. Zabieg ten nie znalazł jednak naśladowców a nawet uważano go za amerykański humbug, tymczasem, jak to autor się przekonał, jest on zupełnie uprawniony a nawet i wdzięczną operacją. Kłapy przedziela się z pomocą galwanokaustyki, lub — co lepiej — z pomocą zalecanych przez Ganta klamerek 3 ctm. długich, które wprowadza się na kłapy odpowiednimi kleszczykami i tamże zostawia aż do wywołania zgorzeli kłapy, co trwa zwykle 4—6 dni. Klamry działają pewniej i unika się przedziurawienia jelita, co po przepalaniu wydarzyć się może, albowiem po klamrach tworzą się zrosty, nim zgorzel wystąpi.

Dla zobrazowania przytacza autor rysunki i historye chorób 6 odpowiednich przypadków.

Wynik w przypadkach nadmiernych kłap Houstona bywa

znakomity i chorzy, którzy od urodzenia nie mogli oddać stolca bez sztucznych sposobów, oddają go potem co dzień lekko.

W razie ruchomości jelita ślepego i wstępującego stosujemy umocowanie na otrzewnej ściennej, w razie makro—i megakolii wycięcie. Czasem powodować mogą zaparcie wrodzone, a nie prawidłowe więzadła lub pasy, kreskowe zdwojenia. Wtedy poprzeczne przecięcie tychże i podłużne zeszyte leczy sprawę. Często też powodować mogą zaparcie zrosty otrzewnowe, zwłaszcza w zagięciu śledzionowem, co nieraz po durze brzuszny ma miejsce.

Operować powinno się chorych z przewlekłym zaparciem raz dla samej istoty cierpienia, a dalej — celem zapobieżenia wystąpieniu częstych potem zapaleń wyrostka robaczkowego.

Wycinając, postępuje autor zawsze dwu — a nawet kilku czasowo, a zwłaszcza u dzieci należy najpierw daną pętlę anteponować, potem oddzielić, następnie ostrogę traktować zgniataczem Mikulicza i w końcu przetokę zaszyć.

(*Medizinische Klinik. № 45 1910.*)

A. KLĘSK.

Weltstein. *Przetoka wyrostkowa.*

Utarło się między chirurgami zapatrywanie, że wyrostek robaczkowy jest organem zupełnie niepotrzebnym i dlatego należy go, o ile możliwości, usuwać. Nieliczna natomiast garstka walczy o to, by wyrostek zachowywać, albowiem jest on organem potrzebnym.

Keetley idzie nawet tak daleko, że żąda zachowywania wyrostka nawet w schorzeniu tegoż.

W r. 1902 Weir w celach leczniczych zastosował po raz pierwszy operację, która obecnie, podług Meyera, zowie się: appendikostomia, a rozumiemy przez nią założenie krócej lub dłużej trwającej przetoki w powłokach brzusznych przez umocowanie tamże wyrostka. Operacja ta już znajduje, zwłaszcza w Anglii i Ameryce, szerokie zastosowanie. Technika jest bardzo prosta: cięcie małe, wyszukanie wyrostka i podciągnięcie takowego przez umocowanie podstawy do otrzewnej ściennej. Jedni podwiązują kreseczkę, inni nie.

W pewien czas odcięcie zbytecznej części wyrostka, wzgl. usunięcie cewnika na kilka dni, poczem zwykle przetoka goi się doskonale sama.

Wskazania do operacji wspomnianej:

1) zamiast odbytu sztucznego, zwłaszcza celem uwolnienia jelit cienkich od zastoju a także przed operacjami na kiszce grubej i odchodowej.

Ze względu na to, że nie nacina się przytem kiszki i sprawa goi się sama, przetoka wyrostkowa może konkurować w zapaleniu otrzewnej z przetoką jelitową.

2) Celem pobudzania ruchu robaczkowego, a to mianowicie przez wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej w większych ilościach, co zarazem działa krzepiąco i odżywczo i np. u dzieci ze względów technicznych zastępuje dzielnie wlewania śródżylne.

3) Celem odżywiania chorych. Bennet przekłada nawet przetokę wyrostkową nad żołądkową. Może być, że będzie miało to odżywianie rację bytu, skoro stosować kiedyś będziemy białka głęboko rozłożone podług badań Abderhaldena t. j. odpowiadające naturalnym procesom w kiszkaach.

4) Przetokę wyrostkową stosuje się najczęściej w przewlekłych cierpieniach kiszki grubych: zaparcia, owrzodzenia durowe, czerwone przewlekłe, colitis (mucosa, membranacea). Stosuje się wtedy przepłukiwania kiszki grubej z pomocą roztworów soli kuchennej, łapisu, tanniny i t. p., stosując je 2—3 razy dziennie; że przepłukiwania te mają rację bytu, świadczą liczne przypadki wyleczeń, jakoteż każdorazowe pogorszenia sprawy w razie przerywania przepłukiwań.

Nawet próbowano leczyć w ten sposób i owrzodzenia gruźlicze, wszczepiając wolny koniec wyrostka do kiszki cienkiej, by mózdz płukać równocześnie kiszki: grubą i cienką.

5) Stosuje się zabieg wspomniany w padaczce z przypadłościami kiszkowemi.

6) W celach plastyki w operacjach wynicowania pęcherza moczowego. Jelito ślepe oddziela się, wszczepia do niego moczowody, a wyrostek używa, jako cewki, odprowadzającej mocz przez powłokę na zewnątrz. W ten sposób postąpili już Makkas i Verhoogen w raku pęcherza mocz.

Nowy pęcherz ma pojemność nieraz do 200,0, a otwór wyrostka zatyka się koreczkiem. Dotąd ogółem opisano w piśmiennictwie około 100 przetok wyrostkowych.

Do zastąpienia odbytu sztucznego zabieg ten nie nadaje się, bo daje za mały otwór.

Natomiast jest on nieraz nieoceniony celem pobudzenia ruchu robaczkowego, odżywiania chorych, a zwłaszcza leczenia przewlekłych cierpień kiszki grubych.

(*Medizin. Klinik. № 10, 1911*).

A. KLĘSK.

Fischler. *O wiotkości kątnicy i stanach pokrewnych.*

(*Przewlekłe zapalenie wyrostka, coecum mobile, Typhlectasia, nawykowe skrócenie się jelita ślepego*).

Jak już tytuł wskazuje, wiele spraw chorobowych bierzemy jedno za drugie, a raczej, wyrażając się lepiej, pewną grupę objawów odnoszą badacze do różnych cierpień.

Wilms między innymi zwrócił uwagę na nierzadkie przy-

padki „appendicitis chronica“, w których po operacji nie osiąga się żadnego wyniku, a to z powodu, że napady nie pochodzą od wyrostka, lecz od zaruchomej kątnicy tak, że dopiero umocowanie tejże leczy chorobę właściwą.

Zwykle przypadłości cechujące są:

1) Bóle, nieraz napadowe, w okolicy jelita ślepego, występujące samoistnie, lub przy obmacywaniu.

2) W tejże okolicy nieraz wyczuwalny guz poduszkowaty, nieraz wrażliwy i kruczący.

3) Nieregularności stolca, zwłaszcza zaparcia naprzemian z biegunkami.

Jedni twierdzą, że przyczyną tych cierpień jest wadliwa, wrodzona naturalnie, budowa kątnicy, inni odnoszą to do zaparcia, jako sprawy pierwotnej, a wielu uważa przypadłości te za wyraz nawykowych skręceń kątnicy. Natomiast Fischler twierdzi stanowczo, że tu jedynie chodzi o t. zw. wiotkość kątnicy (dilatatio coeci), jako samoistny obraz chorobowy.

Że t. zw. kątnica ruchoma nie jest główną przyczyną choroby, nie trudno wykazać. Przedewszystkiem ruchome jelito ślepe jest nader częste, a przypadłości wspomniane w stosunku do tego niezmiernie rzadkie.

Jeżeli Wilms osiąga dobre wyniki przez zresztą nie objętne dla ustroju nadal umocowanie jelita, to Hofmeister na odwrót osiąga również dobre wyniki przez jeszcze większe uruchomienie z pomocą rozdzielenia wszelkich zrostów!

Wynika z tego, że raczej nie operacje, jako takie, lecz towarzyszące im pożywienie, spokój, dbanie o wypróżnienia i t. p. wpływa korzystnie.

Dlatego też na ostatnim kongresie chirurgów większość oświadczyła się przeciwko unieruchomieniu kątnicy.

Natomiast leczyć należy główną zwykle przyczynę choroby, t. j. nieżyt kątnicy, powodujący ruchowy niedowład kątnicy w następstwie zwiotczenia tejże.

Do tego celu służą zaś:

1) Odpowiednie pożywienie.

2) Mięsienie w kierunku ruchu robaczkowego i ćwiczenia fizyczne.

3) Unikanie silnych środków przeczyszczających, a podawanie od czasu do czasu:

Rp. Bism. subnitr.

Mag. ustae

aa 15,0

Bism. subsalicyl.

Pul. Rad. Rhei

aa 10,0.

S. 3 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ — 1 łyżeczki
w wodzie po jedzeniu.

- 4) Okłady wilgotne na noc.
- 5) Pouczenie chorych o sposobie odżywiania się.

(Münch. mediz. Woch. № 23. 1911).

A. KLĘSK.

König. *O powodach trwałych przypadłości, zwłaszcza wskutek zrostów, po wycięciu wyrostka robaczkowego.*

Bardzo często po operacyi wyrostka robaczkowego, nawet na zimno wykonanej, pozostają jeszcze dolegliwości.

Nie rzadko przyczyny ich szukać należy w niedostatecznem postawieniu wskazań, względnie samej operacyi. Tak np. u cierpiącego na przewlekłe zajęcie wyrostka przypadłości prócz tego pochodzić mogą ze schorzenia innych organów, a nawet wyrostek czasem mimo „pewnego“ rozpoznania znajdujemy przy operacyi zdrowy.

Bardzo często znów przypadłości pochodzą z dróg żółciowych, narządów rodnych kobiecych, opadnięcia organów a nawet neurastenii. Nic dziwnego, że wtedy samo usunięcie wyrostka sprawy głównej nie uleczy. Prócz tego druga sprawa wchodzi w rachubę, mianowicie zrosty.

W niektórych przypadkach skłonność do zrostów jest bardzo wielka i wtedy wynik każdej operacyi brzusznej staje się, co do trwałego skutku, wątpliwym. Nie brak przecież takich, którzy twierdzą, że nieraz w zapaleniu wyrostka zrosty są sprawą pierwotną, wywołującą „niedrożność“ wyrostka.

Na szczęście mamy obecnie już kilka sposobów unikania zrostów. Przedewszystkiem, o ile możności unikać należy szerokiej tamponady, względnie—dużego cięcia. W następstwie dbać należy bardzo o wczesne ruchy kiszki (leczenie gorącym powietrzem po operacyi, ławatywy z gliceryny, atropina, wczesne wstawanie i t. p.).

W zrostach, względnie skłonności do tychże, poleca Ebstein kuracyę oliwową per os i per clysmę, a dalej mięsienie brzucha, obracanie się w łóżku, przyjmowanie pozycyi kolanowo-łokciowej i wczesne wstawanie.

Im operujemy wyrostek wcześniej, tem zrostów spotykamy mniej i dlatego też sprawa poruszona jest zarazem zachętą do jaknajszybszego operowania zapalenia wyrostka robaczkowego.

(Medizin. Klinik. № 23. 1911).

A. KLĘSK.

O leczeniu operacyjnem ropnego zapalenia żył w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Główne niebezpieczeństwo ropnego zapalenia żył tkwi, jak wiadomo, w zatorach septycznych, roznoszących zapalenie po

ustroju w postaci ognisk ropnych. Dlatego też uzasadnione są dążenia do zapobiegania tym zatorom przez przewiązanie lub przecięcie żyły po za ogniskiem zakaźnym. Zabieg ten, aczkolwiek teoretycznie uprawniony, nie znalazł dotychczas tak szerokiego zastosowania, na jakie zasługuje.

W ostatnim czasie, zwłaszcza w Niemczech, pod wpływem Trendelenburga próbowano podwiązywać żyły jajnikowe i maciczne w pewnych postaciach zakażenia pępowego, w których główną rolę odgrywa gnilne zapalenie żył. W ten sposób niekiedy udawało się otrzymać wynik pomyślny, ale częściej jeszcze metoda zawodziła. Bądź co bądź, myśl ta godna jest uwagi.

Niedawno Wilms zaproponował stosowanie tej metody w ropnem zapaleniu żył wyrostka robaczkowego i kątnicy, zależnem od ciężkich postaci zapalenia wyrostka. W przypadkach tych zakażenie żył powyższych, należących do systemu żyły wrotnej, sprzyja, jak wiadomo, powstawaniu ropni w wątrobie, ropni licznych, małych, dla noża chirurga niedostępnych i dlatego dających rokowanie jaknajgorsze.

Zrozumiałą jest przeto korzyść podwiązki żyłnej, która mogłaby wyodrębnić ognisko wyrostkowe i zapobiedz zakrzepom gnilnym. Jednakże skuteczność zabiegu tego zależy od wczesnego wykonania, poprzedzającego wystąpienie objawów wątrobowych i żółtaczk. Najbardziej znamienym wczesnym objawem zapalenia żył — po otwarciu ogniska wyrostkowego — są, zdaniem Wilmsa, powtarzające się gwałtowne dreszcze z podniesieniem ciepłoty. Objaw ten zazwyczaj poprzedza zakażenie wątrobowych rozgałęzień żyły wrotnej.

Pierwszą tego rodzaju operację, uwieńczoną wynikiem pomyślnym, wykonał przed dwoma laty Wilms. Chodziło o chorego, operowanego z powodu rozległego ropnia wyrostkowego, który rozwinął się w ciągu 10 dni. Bezpośrednio po operacji ciepłota spadła do wysokości prawidłowej, ale po upływie 48 g. wystąpiły dreszcze z gorączką, dochodzącą do 39°. W ciągu 2 dni następnych dreszcze i ciepłota do 40° ponowiły się. Wówczas Wilms postanowił interweniować po raz drugi, mając z początku zamiar usunąć ognisko gnilne doszczętnie przez wycięcie kątnicy wraz z przylegającym końcowym odcinkiem jelita cienkiego i odnośną częścią krezki. Jednakże, wobec ciężkiego stanu, ograniczył się do podwiązania wszystkich żył, wychodzących z okolicy kiszki ślepej.

Zabieg nie był trudny. Kątnicę obnażono za pomocą cięcia poziomego, na wysokości kolca biodrowego przedniego górnego. Następnie od tyłu i od zewnątrz odłuszczone kątnicę i koniec jelita krętego od tylnej ściany brzusznej wraz z ich krezką. Wówczas uwidoczniły się doskonale naczynia tej okolicy; tętnice oddzielono, a żyły podwiązano.

Wynik zabiegu był doskonały; dreszcze od razu ustąpiły, ciepłota opadła do 37–37,5°; chory wyzdrowiał.

Wilms znalazł naśladowcę dopiero w tym roku w osobie Sprengla, którego przypadek jednakże nie usprawiedliwił nadziei, pokładanych w operacyi Wilmsa. Dotyczył on chorego, operowanego w 36 g. po wystąpieniu pierwszych wyraźnych objawów zapalenia wyrostka. Znalezione cuchnący ropień i usunięto wyrostek, dotknięty zgorzelą. Na razie przebieg choroby był prawidłowy; na 4-ty dzień wystąpiły dreszcze przy 39°, następnych dni dreszcze powtarzały się kilkakrotnie w ciągu dnia, ciepłota dochodziła do 40°. W przerwach pomiędzy napadami stan ogólny był dobry, brzuch miękki, żółtaczkę nie było. Rozpoznano zapalenie żyły wrotnej, i na 13 dzień po I-ej operacyi wykonano zabieg Wilmsa. Ranę operacyjną rozszerzono w kierunku poprzecznym, przecinając mięsień prosty. Odłuszczenie okrężnicy wstępującej i kątnicy, ściśle przylegających do tylnej ściany brzusznej, połączone było ze znacznymi trudnościami, a obfitość tłuszczu podotrzewnowego uniemożliwiła dokładne wyodrębnienie naczyń krezkowych. Skutkiem tego ograniczono się do podwiązania w kilku porcyach krezki kątnicy i końca jelita krętego.

Na razie po operacyi dreszcze ustały, ale po kilku dniach utworzyła się przetoka kałowa, wystąpiła żółtaczką, krwawienie z rany i w 3 tygodnie chory zmarł wskutek posocznicy.

Ogłędziny pośmiertne wykazały zapalenie obu żył krezkowych, górnej i dolnej i zapalenie najdrobniejszych rozgałęzień żyły wrotnej w wątrobie, ponadto liczne teże ropnie. Badając okolice podwiązki, przekonano się, że nie objęła ona wszystkich żył okolicy chorej.

Wyniku niepomyślnego w danym przypadku Spr. bynajmniej nie uważa za argument przeciwko pomysłowi Wilmsa, który, wobec niepomyślnego rokowania w tych przypadkach, posiada bezsporną wartość. Uważa on tylko, że zabieg do łatwych i prostych nie należy.

Wilms szczęśliwie natrafił na osobnika z dobrze rozwiniętą, ubogą w tłuszcz krezką, słowem na t. z. coecum mobile, dzięki któremu udało się dobrze odchylić okrężnicę wstępującą wraz z krezką kąta krętniczokątniczego, co znowu umożliwiło dokładne podwiązanie naczyń i wyodrębnienie tętnic; dzięki temu udało się W. uniknąć zgorzeli ściany kiszki.

Jeżeli jednak, jak to miało miejsce w przypadku Spr., brak wyraźnej krezki okrężnicy wstępującej i całej okolicy, wówczas odszukanie naczyń w tkance pozaotrzewnowej należy do zadań bardzo trudnych. Dlatego to S. uważa operacyę Wilmsa za niezupełnie pewną, aczkolwiek pomyślaną logicznie i wobec

grozy położenia — niewątpliwie zasługującą na szczególną uwagę.

(Zentralbl. f. Chir. 1909 i 1911).

A. WERTHEIM.

Carewen i Basset. *O nadżarciu tętnicy biodrowej zewnętrznej w przebiegu ropni okołowyrostkowych.*

Przypadek, do którego autorowie nawiązują uwagi swoje, dotyczył chorego, u którego na 5 dzień po otwarciu ropnia okołowyrostkowego wystąpił gwałtowny krwotok z rany. Krwawienie zatamowano, przekonawszy się, że powodem jego było nadżarcie tętnicy biodrowej zewnętrznej przez sączi gumowe, krzyżujące się w tem miejscu. Nadżarcie znajdowało się na przedniej powierzchni naczynia, i mierzyło 8 mm. długości. Wyjęte sączi miały kształt charakterystyczny, mianowicie litery S; wypukłość górna, skierowana na zewnątrz, odpowiada wewnętrznemu brzegowi rany brzusznej, dolna zaś, skierowana ku wewnątrz, znajduje się na poziomie wejścia do małej miednicy.

Przypadki powyższe nie są częste. Autorowie cytują trzy przypadki analogiczne—Guinarda, Lanyego i Savariauda, w których przyczyną nadżarcia i krwotoku były sączi gumowe, oraz jeden — Polaillona, gdzie krwotok z tętnicy nastąpił po otwarciu dużego ropnia, do którego jamy nie wprowadzono sączka.

Że we wszystkich przypadkach powyższych, z wyjątkiem ostatniego, powodem nadżarcia był przeważnie ucisk mechaniczny, dowodzą badania mikroskopowe kilku tętnic, wykazujące ubytek błony zewnętrznej i środkowej i wypuklenie i pęknięcie wewnętrznej. Nigdzie nie spostrzegano nacieczenia zapalnego.

Co się tyczy okresu, w którym występuje to powikłanie, tragiczne, wahał się on pomiędzy 5 a 6 dniem po operacye. Krwawienie bywa już to zewnętrzne, już też wewnętrzne, do jamy otrzewnej; to ostatnie o tyle jest groźniejsze, że później bywa spostrzegane.

Nadżarcia mechaniczne t. biodrowej zewnętrznej znajdują się zawsze na przedniej, lub wewnętrznej ścianie, długość ich wynosi zwykle od 3 — 8 mm.

Postępowanie w tych przypadkach powinno, rzecz prosta, polegać na podwiązaniu naczynia powyżej i poniżej przedziurawienia.

Autorowie radzą docierać do źródła krwawienia po przez ranę operacyjną, możliwie nie przekraczając granic jamy ropnej, i nie otwierając wolnej jamy brzusznej.

Objawów ubocznych ze strony kończyny dolnej nie spostrzegano.

W wyniku ostatecznym autorowie doradzają dużą ostrożność w stosowaniu sączków gumowych, które, o ile wogóle wchodzi w grę, powinny być bardzo grube i bardzo krótkie, i nigdy nie przekraczać kresy bezimiennej miednicy *).

(*Revue de Chirurgie. № 12. 1910.*)

A. WERTHEIM.

Fabian. *Ciało obce w pętli przepuklinowej, jako przyczyna ciężkich powikłań.*

Do 35 opisanych w piśmiennictwie przypadków ciał obcych w przepuklinie dodaje autor jeszcze jeden z kliniki Garrego w Bonn. Rozchodziło się mianowicie o 17-letnie dziecko, u którego nagle przepuklina pępkowa nie dała się odprowadzić. Rozpoznano uwięźnięcie i przystąpiono zaraz do operacji, podczas której znaleziono przedziurawienie pętli przez pestkę od śliwki. Najczęściej dotąd znajdowano w przepuklinach kości (18 razy) i pestki owoców (8 razy), dalej szpilki (5 razy), raz kubek od jaj, kamyk żółciowy, kamyk kałowy i sztuczne zęby.

Najczęściej obce ciała znajdowano w jelicie cienkim w przepuklinie pachwinowej. Operowano 29 razy, 5 chorych zmarło. Zwykle jelito znajdowano już w stanie zgorzeli i przedziurawienia. Należy też w razie podejrzenia ciała obcego przystąpić zaraz do operacji i żadną miarą nie próbować odprowadzeń.

Ciało obce od czasu połknięcia ukazać się może w przepuklinie w 1—15 dni.

Zwykle uderza fakt objawów zapalnych przepukliny wobec braku ropienia i przy zachowanej drożności jelit. Czasem jednak są typowe objawy uwięźnięcia.

Ciepłota zwykle naturalnie jest zwiększona. Zapobiegawczo u osób cierpiących na przepuklinę, należy w razie połknięcia ciała obcego takową pilnie zatrzymywać w głębi aż do odejścia połkniętego przedmiotu.

(*Münch. med. Wochenschr. № 25. 1910.*)

A. KLĘSK.

*) Przypadek analogiczny spostrzegł niedawno kol. Sławiński. Po otwarciu ropnia okołowyrostkowego na mięśniu biodrowym, utworzyły się zatoki, które opróżniono za pomocą przeciwotworów w okolicy lędźwiowej i nad więzmem pachwinowym. Ponadto po dwóch tygodniach otwarto ropień podprzeponowy. W trzy tygodnie po pierwszej operacji wystąpił nagle gwałtowny krwotok z rany pierwotnej. Okazało się, iż krwawiła jedna z gałęzi t. podbrzuszej — art. epigastr. inf. lub circumflexa ilium prof.; gałąź tę podwiązano tuż przy pniu i opanowano krwawienie; pomimo to chorą nie udało się uratować. Sączków gumowych w przypadku tym nie stosowano.

(*Przyp. ref.*).

Jaklin. *Przyczynek do doszczętnej operacji przepukliny.*

Jaklin w swoim sanatorium obecnie operuje i przyjmuje tylko przypadki aseptyczne i wskutek tego ma teraz znakomite wyniki, a zakażenia należą do wielkich wyjątków. Jest to pewniejsze, niż najdokładniejsze odkażania. Prócz tego uważa też J., że oddzielanie w jednym zakładzie od siebie przypadków jałowych od septycznych jest tylko łudzące. Natomiast, jeżeli można przyjmować przypadki tylko czyste, odpada wiele niepotrzebnych rzeczy w aseptyce, a wystarcza zupełnie sterylizator dla narzędzi, bielizny i opatrunków, jakoteż jałowy materiał do szycia. Co do przepuklin, to przeważnie operuje takowe J. w znieczuleniu miejscowym, z pomocą roztworu Salvina.

U dzieci przepukliny pachwinowe operuje sposobem Czernego, u starszych—Kochera lub Girarda, przepukliny brzuszne i pępkowe sposobem Championniera, używając przeważnie drutu złotego.

Dzieci poniżej 4 lat nie operuje, bo liczy na względne samoistne wyleczenie.

Ogółem w sanatorium operował J. 1786 przepuklin: 1763 wolnych, 23 uwięzionych. Nie operuje przy wadach serca nieskompensowanych, przy powikłaniach ze strony płuc, wątroby i nerek.

O ile dawniej przy przyjmowaniu i septycznego materiału zakażenia występowały w 4,9%, to obecnie przy operacjach tylko jałowych w 0,59%, w co wlicza się i zwykłe ropienia szwów.

Względne nawroty przy szwie złotym ma tylko około 2%.

(Pilsen. № 7. 1910).

A. KLĘSK.

Stierlin. *Radiografia w rozpoznawaniu gruczlicy ileocekalnej i innych schorzeń jelita grubego.*

Gruczę okołicy jelita ślepego trudno nieraz rozpoznać, względnie odróżnić, zwłaszcza w początkach, od innych cierpień. W razie objawów zwężenia zwykle nie udaje się takowych radiograficznie stwierdzić, bo albo są nieznaczne, i w takim razie bizmut przez nie przejdzie, lub gdy są wielkie, wtedy nie możemy podać bizmutu. Natomiast S. zwraca uwagę na inny bardzo nieraz cechujący obraz w gruczlicy okołicy jelita ślepego, mianowicie badamy seryami obraz rentgenowski, t. j. w kilka godzin; a pierwszy raz zwykle w 5—6 godzin po spożyciu bizmutu.

Otóż w razie nacieków, zeszytniających ściany, lub owrzodzeń tej okołicy, spotykamy w 5—6 godzin bardzo zajmujący obraz, bo brak zupełny cienia okołicy jelita ślepego, a więc spotykamy zarys jelit cienkich a potem zwykle zaraz poprzecznice.

W 8 przypadkach udało się to dokładnie wykonać, a operacje potwierdziły rozpoznanie rentgenowskie.

Objaw ten, brak cienia, pochodzi właśnie z tego, że przez sztywną rurę zostaje miazga przepchnięta zaraz i nie przebywa w niej, zwłaszcza wobec braku wypukleń (haustra).

Podobnie zupełnie dzieje się w owrzodzeniach. Pokarmy przechodzą przez te odcinki tak szybko, że bizmut się nie gromadzi. Pod względem rozpoznawczym ma to ogromne znaczenie.

(Münch. med. Wochenschr. № 23. 1911).

A. KLĘSK.

Lardennois et J. Okinczyc. *O przyrośniętych przepuklinach kiszek ślepej.*

Na podstawie zabiegu, wykonanego na trupie, autorowie podają nowy sposób operowania przyrośniętych przepuklin kiszek ślepej. Nieodzownym warunkiem ostatecznego i skutecznego uleczenia takiej przepukliny jest rozerwanie zrostów pętli przepuklinowej i uwolnienie worka. Po otwarciu tego ostatniego, staramy się przede wszystkim określić objętość i granice zrostu, który łączy kiszkę z workiem. Głównym warunkiem dobrego i skutecznego wyniku jest nadanie kieszce ruchomości w celu ich łatwego i zupełnego wprowadzenia na miejsce; a także wyswobodzenie worka, umożliwiające jego wycięcie. Należy też starać się o zmianę istniejących stosunków, dzięki którym, wobec nadmiernej długości pętli kieszkowej, możliwe jest wytworzenie się nowej przepukliny; wtedy dopiero będzie nasz zabieg istotnie skuteczny. Zewnętrzne wyswobodzenie worka ma miejsce w tkance dookoławorkowej w mosznie z przedłużeniem bezpośrednim przez kanał pachwinowy w powięzi właściwej brzucha. Wyosobnienie kiszek ślepej i pętli jelita cienkiego ma miejsce wewnątrz worka. Zrosty te są tej samej natury, co połączenie okrężnicy z otrzewną ścienną tylną, ponieważ są one tylko dalszym ciągiem tej ostatniej, więc palec, podczas ich rozłączania, dostawać się powinien aż do jamy brzusznej, do ich początku. Umieszczenie pętli kieszkowej we właściwym miejscu możliwe jest tylko wtedy, gdy rozrywanie zrostów przedłuża się aż do jamy otrzewnej. W celu wykonania tego konieczne jest cięcie brzucha. Jeżeli jednak pozostanie dosyć długa i ruchoma pętla, nie zostaje zupełnie wyłączona możliwość nawrotu. W tym celu autorowie proponują przemieszczenie całej uruchomionej pętli pod otrzewną ścienną, uwolnioną zupełnie przez rozerwanie zrostów. W ten sposób wydłużona pętla kieszek będzie umocowana w położeniu podniesionem daleko od otworów, przez które mogłaby wystąpić przepuklina.

Zabieg ten jest bardzo łatwo wykonalny pod warunkiem, że operuje się zgodnie z budową anatomiczną i rozdziela się zrosty we właściwej płaszczyźnie.

(*La presse médicale*. 15/I 1910).

F. P.

Dorsemağen. *W sprawie przyczyn, rozpoznania i leczenia głęboko siedzących zwężeń kiszki stolcowej.*

Zwężenie kiszki stolcowej występuje najczęściej na tle kiły lub wiewióra, rzadziej są one następstwem zwykłych niezżytów, gruźlicy, duru, czerwonki lub odleżyny (kałowa, porodowa od główki). Najczęściej zwężenia występują dość nisko nad zwieraczem i to przeważnie u kobiet (sąsiedztwo pochwy, zropienia gruczołów Bartholiniego, komunikacje naczyń krwionośnych). Przy badaniu palcem spotyka się zwykle typowy obraz: dolny odcinek kiszki stolcowej zamieniony jest w twardy bliznowy cylinder, lub okazuje podłużne twarde smugi, lub okrężne zaciśnięcia. Przy badaniu wziernikiem spotyka się w kile blizny razem z tkanką ziarninową, rozlane; w tryprze zaś blizny, ostro odcinające się od otoczenia, silnie białe.

Klinicznie towarzyszy zwężeniom zwykle silne wychudzenie, nieraz nawet charłactwo, odchody ze stolca są śluzoworopne, a nieraz krwawe.

Jedynie więc badanie miejscowe może odróżnić nieraz zwężenie od raka. W wysokich zwężeniach badamy zgłębnikami (ew. żołądkowymi lub Callenanna, Alinghama i t. p.).

Leczenie doszczętne chirurgiczne zwykle ze względu na zrosty, kruchość tkanek, ew. okoliczne ropienia napotyka na znaczne trudności, a więc daje złe rokowanie tak, że pozostaje rozszerzanie mechaniczne (świecek Crédé — Koerte, Allingham), leczenie specyficzne, ew. przy nędznieniu założenie żyłki sztucznej.

(*Medizin. Klinik*. № 9. 1911).

A. KLĘSK.

E. Quénu et Pierre Duval. *Sposób przyszycia okrężnicy w przypadkach wypadania odbytnicy.*

Wskazania do przyszycia okrężnicy, jako środka leczniczego w wypadnięciu odbytnicy mnożą się coraz bardziej; statystyka jednak wykazuje dosyć liche wyniki tego zabiegu. Zdaniem autorów, winą tego jest zła technika. Pomijając zabiegi chirurgiczne ze strony krocza, główne momenty metody autorów tak się przedstawiają: Zamknięcie zatoki Douglasa jednym lub dwoma szwami kapciuchowymi aż do sklepienia pochwy u kobiety, u mężczyzny zaś aż do górnego brzegu gruczołu krokowego; przymocowanie okrężnicy esowatej do narządów małej miednicy

w linii prostej; nacięcie otrzewnej ściennej dołu biodrowego i przyszycie krezki okrężnicy i samej okrężnicy do ścięgu mięśnia lędźwiowoudowego małego, wreszcie, w razie zbytnej długości okrężnicy, zszycie jej pętli z zewnętrznym brzegiem naciętej otrzewnej ściennej. Autorowie szczegółowo opisują i rysunkami bardzo poglądowo objaśniają tę metodę, której wyższość nad dotychczas uprawianymi sposobami ma polegać na tem, że okrężnica esowata zostaje przymocowana do płaszczyn odpornych, i nie jest wystawiana na napór ze strony narządów jamy brzusznej.

(*Revue de Chirurgie*. N° 2. 1910).

B. WEISBERG-BISZOWSKA.

Walscheid. *Objawy chorobowe w zależności od umiejscowienia wyrostka robaczkowego.*

Autor utrzymuje, że w zapaleniu wyrostka robaczkowego, zależnie od położenia tegoż i jego stosunku anatomicznego do otaczających narządów, występują pewne objawy charakterystyczne. Wyrostek rob. może znajdować się w różnych położeniach, zwracając w różnych kierunkach swój wierzchołek; przybiera on położenie w zależności od ślepej kiszki, która może znajdować się to wyżej, to niżej, to ku wewnątrz, to nazewnątrz pewnego stałego punktu. Idąc więc w ślad za ślepą kiską, wyrostek rob. może leżeć głęboko w jamie miednicy, w dole biodrowym, w okolicy lędźwiowej, pod wątrobą i nakoniec w bliskości linii środkowej brzucha, wisząc swobodnie w jamie brzusznej.

Wyrostki zapalne, skierowane ku małej miednicy, przedstawiają objawy charakterystyczne, zależnie od zajęcia pęcherza moczowego, lub odbytnicy. U kobiet przydatki także mogą być dotknięte. Objawy pęcherzowe i ze strony odbytnicy mogą wystąpić na samym początku napadu i utrudnić rozpoznanie.

Jeżeli wyrostek zapalny skierowuje się w stronę dołu biodrowego, to nacieczenie otrzewnej ściennej z zajęciem powięzi i mięśnia biodrowolędźwiowego nabiera ważności dla rozpoznania umiejscowienia sprawy. Wskutek podrażnienia zapalnego wytwarza się sztywność mięśnia i bolesność od poruszenia prawej nogi. Klinicznie objaw ten może być otrzymany przez zginanie i wyciąganie uda. W badaniu tym ostatnim sposobem autor upatruje trzy stopnie: 1) lekki ruch zginający i wyciągający uda i nogi; 2) Zginanie uda do połowy całkowitej możliwości i wyciąganie nogi przed siebie; 3) całkowite zgięcie uda nad brzuchem, przywrócenie uda do położenia, tworzącego kąt prosty z brzuchem, i wyciągnięcie nogi. Jeżeli wyrostek jest umiejscowiony nad lub obok mięśnia lędźwiowego, to postępowanie takie wywoła ból: można wywnioskować,

że wyrostek jest skierowany ku dołowi i nawewnątrz, lub też ku kanałowi pachwinowemu. Autor podaje tu parę spostrzeżeń, które stwierdzają jego zapatrywanie.

Jeżeli położenie wyrostka jest górnozewnątrznotylnie z końcem, zwróconym ku okolicy lędźwiowej, to ognisko najsilniejszego bólu jest umiejscowione w krzyżu. Szczególnie jest to wyraźne w odmianie podostrej lub przewlekłej, i wtedy to czasami błędnie rozpoznaje się postrzał.

Jeżeli wyrostek jest skierowany ku górze, nazewnątrz i w tył, lub też ku górze i nawewnątrz pod wątrobę, wtedy objaw bólu jest w zależności od ruchów oddechowych. Podczas głębokiego oddechania wątroba jest odpychana ku dołowi, wtedy na wyrostek rob. jest wywierany ucisk, który powoduje ostry ból pod wątrobą. Przy stopniowaniu głębokości oddechania można wykryć siedlisko największego bólu.

Ból na początku napadu nie jest umiejscowiony, a rozlany. W miarę postępu choroby występują objawy miejscowe, co zwykle zdarza się po 24-ch godzinach. Z umiejscowienia bólu trzeba wnioskować, że sprawa zapalna już dosięgła otrzewnej. Bywają z tego jednak wyjątki, a mianowicie, kiedy położenie wyrostka jest wewnętrzne i bliskie środkowej linii: w tych przypadkach ból pozostaje ogólny. Ta odmiana należy do postaci ostrych i poważnych danej choroby.

Kiedy wyrostek jest położony zewnętrznie lub w jamie biodrowej, ból nie bywa tak ostry, jak w innych położeniach.

Bolesność, jak widzimy, jest wielką pomocą w rozpoznawaniu umiejscowienia, zarówno jak w określaniu rozległości sprawy zapalnej. „Rozciągłość zapalenia może być mierzona podług stopnia bólu, wywoływanego obmacywaniem“.

W ostatecznych wnioskach autor powiada, że dla rozpoznania umiejscowienia w zapaleniu wyrostka robaczkowego należy przede wszystkim przyjąć pod uwagę wywiady; po drugie — własności bólu pod względem ogólności lub umiejscowienia; po trzecie — obecność zaburzeń żołądkowych i ruchów robaczkowych; po czwarte — obecność objawów pęcherzowych, odbytnicowych, nożnych, lędźwiowych lub oddechowych; po piąte — stopień i kierunek bolesności wraz z dokładnem określaniem punktów największego natężenia bólu; po szóste — liczbę ciałek białych, ciepłotę i tętno.

Przy pomocy tych danych rozpoznanie umiejscowienia i rokowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego mogą być dokładnie zrobione w większości przypadków.

(International Journal of Surgery. tom 24. № 4. 1911).

B. WEISBERG-BISZOF-SWERDEROWA.

Rohrbach. *O podskórnych urazowych pęknięciach śledziony.*

Pęknięcia śledziony wydarzają się głównie u robotników i dzieci, prawie zaś połowa dotyczy śledzion zmienionych chorobowo, głównie przez zimnicę. Śledziona zmieniona chorobowo pęknąć może nawet bez widocznej zewnętrznej przyczyny, niejako — samoistnie. Natomiast do wystąpienia pęknięcia śledziony zdrowej potrzeba już bardzo wielkiej siły. Po wypadku chory zwykle jest przytomny, a nawet zwykle z początku wybitnych objawów nie ma, rozwijają się one dopiero z czasem, a mianowicie: blady i pełen bojaźni wyraz twarzy, tętno drobne i częste, oddech nasilony, jakgdyby bolesny, niepokój, chory leży z przyciągniętymi kolanami, przyczem odczuwa silne bóle, nasilające się przy silnym wdechu. Powłoki brzuszne są przy tem napięte, zwłaszcza na stronie lewej, w napięciu tem, co ma być bardzo cechujące, bierze udział także dźwiganiec jądra, tak że jądra stoją bardzo wysoko.

Prócz tego występują i inne objawy, jak wymioty, bledość błon śluzowych, zimny pot, pragnienie, duszność i t. p., ew. miejscowo stłumienie na stronie lewej, dowodzące dużego krwotoku. Bardzo często zjawia się rychło podniesienie ciepłoty i to wysokie: do 39° i wyżej.

Rozpoznanie czasem jest bardzo trudne — a to z powodu, że silny uraz powoduje i inne uszkodzenia, występujące więcej na jaw, jak kiszek, nerek, żeber i t. p.

Wskazaniami do zabiegu są: bardzo silne bóle, silne napięcie powłok wobec objawów otrzewnych lub krwotoku wewnętrznego i t. p. Samoistnie leczą się pęknięcia śledziony niezmiernie rzadko, a zwykle jedynie cięcie brzucha, i to z wycięciem śledziony połączone, leczy całą sprawę.

(Wien. klin. Rundschau T. 24. № 16—20).

A. KLĘSK.

Kehr. *Ogólne podstawy dla rozpoznania, wskazań i leczenia kamieni żółciowych.*

Aby lekarz mógł dokładnie zdawać sobie sprawę z cierpienia tak powikłanego, jak kamica żółciowa, powinien bezwzględnie być obecny przy kilku typowych operacjach. Chorzy nasi zadają nam zwykle przy kamicy 4 typowe pytania:

- 1) Czy są kamienie?
- 2) Czy się je czuje?
- 3) Czy operacja jest nieodzowna?
- 4) Czy operacja jest niebezpieczna?

Odpowiedź na te pytania nie zawsze jest łatwa. Tak np. na pewno rozpoznać kamienie pod przysięgą nie łatwo. Promienie rentgenowskie zawodzą także, a możemy twierdzić o ka-

mieniach, że są, tylko wtedy, gdy je zobaczymy, ew. w stolcu wymiocinach i t. p.

Kolka żółciowa wcale obecności kamieni nie dowodzi, bo po pierwsze, występuje ona i bez kamieni w innych cierpieniach np. zrostach, a powtórę—pochodzi ona nie—jak to przypuszcza się—od zaklinowania się kamieni, bo to zaklinowanie spotyka się nieraz bez kolki, ale od zatkania dróg żółciowych, rozciągania woreczka i przewodu żółciowego i zakaźnych spraw zapalnych w ścianach. Dlatego też z czasem, gdy ściany zgrubieją, znikają też i kolki mimo to, że kamienie są większe i liczniejsze. Gdyby każdy kamień sprawiał ból, w Niemczech rozlegały by się tylko jęki, bo prawie 2 miliony Niemców cierpi na kamicę. Dlatego też trzeba być ostrożnym z rozpoznaniem, bo nic tak nie zraza chorych, jak np. dowiedzenie, że podczas operacji, zresztą — naturalnie — bardzo potrzebnej, nie znaleziono kamieni, lecz „tylko“ ropę i zrosty.

Kehr bardzo też rzadko rozpoznaje wprost „kamienie“, lecz ostrożnej: zapalenie dróg żółciowych, zakażenie, zajęcie woreczka i t. p. Co do pytania: czy czuje się kamienie, to Kehr odpowiedzieć musi, że zdarza się to niezmiernie rzadko, tak np. na 4000 badanych chorych czuł K. kamienie być może w 2—3 przypadkach. Kamienie wyczuć można jedynie w razie korzystnych warunków, t. j. cienkich powłok, wielkiej ich ilości i braku wszelkich objawów zapalnych, a właśnie w razie braku tychże chorzy do lekarza nie zjawiają się.

Co do pytania trzeciego: czy operacja jest nieodzowna, to odpowiadać musimy różnie. Są wskazania bezwzględne: ropa, zatkania przewlekłe przewodu żółciowego, podejrzenia raka, i względne, a nawet socyalne.

Żadna terapia wewnętrzna (chologen Glasera, Karlsbad i t. p.) nie może wywołać absolutnego wyleczenia, co najwyżej przyciszenie się objawów chorobowych. Natomiast nie zapobiegnie to leczenie tworzeniu się powikłań, raka, zakażeń i zdolności do ciężkiej pracy nie przywróci.

Przy przewlekłym zatkaniu przewodu żółciowego nie należy dłużej czekać z operacją nad 2—3 miesiące, bo potem już jest zapóźno. Co do kwestyi ostatniej, t. j. czy operacja jest niebezpieczna, to Kehr co do siebie w przypadkach nie zadanionych odpowiada spokojnie przecząco.

W końcu omawia K. swoją statystykę operacji, dokonanych już w Berlinie po przeniesieniu się z Halberstadtu w liczbie 50, jakoteż broni się przeciwko zarzutowi, który go już spotkał w Berlinie, że pracuje jednostronnie i „zanadto jest już specjalistą“.

Operacje na wątrobie dają sposobność chirurgowi, jeżeli

o to chodzi, pracować bardzo wielostronnie, bo musi przytem często operować i żołądek, kiszki, a nawet płuca i t. p.

(Münch. med. Wochenschr. № 12 1911).

A. KLĘSK.

Schüman. O skręceniu się sieci większej.

Nieraz wydarza się, że chirurg, wobec objawów „ileus“, przystąpić musi do operacyi bez pewnego rozpoznania, i nieraz nawet po otwarciu brzucha na pierwszy rzut oka nie spotyka się przyczyny cierpienia, dopiero pewne specjalne znaki zwracają uwagę. Tak np. liczne zgorzele tkanki tłuszczowej naprowadzają uwagę na schorzenie trzustki, niezwykle śluzoworopny wysięk na cierpienie jajowodu i t. p. Także operator względnie powinien myśleć o rzadkich przepuklinach i t. d. Do takich także rzadkich schorzeń, które bardzo trudno rozpoznać przed operacją, należy bez wątpienia skręcenie się sieci większej. Na cierpienie to zwrócił pierwszy uwagę Oberst w roku 1882. Obecnie opisano już przeszło 80 przypadków.

Ze względu na stosunki anatomiczne rozróżniamy 3 niejako rodzaje skręcenia:

1) skręcenia w przepuklinach sieci całej, lub też miejscowe;

2) skręcenia śródbrzuszne, ale w łączności z przepukliną;

3) skręcenia śródbrzuszne bez związku z przepukliną.

Pierwsza grupa jest najczęstsza i obejmuje 90% schorzeń. Mechanizm skręcenia bywa różny. Zwykle skręca się wolny koniec sieci jak śruba, lub też, gdy jest umocowany, skręca się podobnie, jak serweta, trzymana za przeciwległe końce palcami i obracana. Powstaje przytem 1—6 skrętów, które zwykle nie są widoczne w worku przepuklinowym, gdzie też właściwego zaciśnięcia niema.

Guz, utworzony przez sieć skręconą, może być czasem ogromny i ważyć przeszło kilo (Barącz). W następstwie tworzą się w żyłach infarkty, zakrzepy, wzgl. zgorzel i t. p. Ta ostatnia na większej przestrzeni występuje, na szczęście, nader rzadko. Wskutek skręcenia się może przyjść nawet do oddzielenia się częściowego lub i zupełnego sieci od przyczepu. Najczęściej sieć stoi w związku z prawostronną przepukliną pachwinową i wtedy skręca się (obserwując od dołu) w kierunku ruchu zegara, rzadziej już w przepuklinie lewostronnej, i wtedy skręca się w stronę przeciwną.

Przyczyn występowania skręcania się dokładnie nie znamy. Jedni obwiniają o to zmiany w sieci, inni ruchy kiszek i t. p. Bardzo prawdopodobną jest teoria, upatrująca przyczynę skręcania się w skłonności naczyń żylnych przy zastoju do skręcania się śrubowatego około tętnic.

Często skręcenie się występuje w następstwie dźwigania ciężaru, przy forsownym ruchu, po uderzeniu i t. p.

Objawy skrętu sieci przypominają niedrożność samego przewodu pokarmowego.

Często zjawiają się objawy zwolna, nieraz wprost przelekłe, zaczynając się od przypadłości żołądkowych, a dopiero w końcu zjawiają się wymioty, wzdęcie, bóle, przesięk lub wysięk. Wtedy też dopiero udaje się wyczuć, zwykle na stronie prawej w okolicy jelita ślepego lub i koło wątroby guz, o powierzchni nierównej, dający nad sobą wypukłostkę. Przepuklina zaś mimo tych objawów jest wolna. W razie jeżeli przedtem były próby odprowadzenia, rozpoznaje się repositio en bloc.

Bez wątpienia można też wywołać skręt przez odprowadzanie treści przepukliny (Hochenegg).

Bardzo często spotyka się przytem, zwłaszcza w grupie pierwszej i drugiej, kryptorchismus (także w przypadku autora).

Rozpoznanie w postaci trzeciej jest bardzo trudne, nieraz wprost niemożliwe.

Skręt powstaje wskutek zrostów z innymi organami, często w zapaleniu wyrostka robaczkowego, lub przy skręcie innego organu, np. torbieli jajnikowych.

Leczenie jedynie chirurgiczne, oddzielenie skręconej części.

S. spostrzegł też przypadek skrętu sieci w związku z przepukliną. Sieć skręcona była 4 razy około swej osi.

Wycięcie sieci. Wyzdrowienie.

(*Medizin. Klinik.* № 28. 1910).

A. KLĘSK.

Drüner. Nowa operacja stulejki.

Operacja, podana przez autora, daje kosmetyczny wynik dobry, zachowując przesuwalny napletek.

Dokonuje się jej w sposób następujący:

Z listka zewnętrznego, po rozciągnięciu napletka między dwoma kleszczykami, wycina się od przodu i tyłu dwa prostokąty, sięgające aż do brzegu. Potem rozchyla się zewnętrzny listek, obecnie rozpadły na dwa płaty, a potem przecina listek wewnętrzny po obu bokach aż do nasady.

Obecnie mamy 4 płaty: dwa boczne listka zewnętrznego i dwa z listka wewnętrznego—jeden przedni, drugi tylny.

Teraz następuje szew. Płaty listka wewnętrznego wszywamy w miejsce wyciętych prostokątów a płatki zewnętrzne łączymy potem z przyszytymi wewnętrznymi.

Ilustracje w pracy ułatwiają znacznie zrozumienie toku operacji.

Podobną operację z pewnemi modyfikacyami zastosować można z korzyścią także w świeżej parafimozie.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 47, 1910).

A. KLĘSK.

Bozeman. *Przetoka pęcherzowopochwowa, jej zastosowanie do sztucznego sączkowania pęcherza moczowego.*

Autor uważa, że w pewnych przypadkach nieżyty przewlekłego pęcherza moczowego można otrzymać pomyślny wynik przez utworzenie sztucznej przetoki pęcherzowopochwowej celem przemywania i sączkowania pęcherza i moczowodów.

Po raz pierwszy metoda ta została zastosowana przez Simsa w 1858 r. Następnie Emmet w swoim podręczniku opisuje tę metodę, ulepszoną przez Bozemaną, jako wypróbowany sposób leczenia przewlekłych zapaleń pęcherza. W 1887 roku Bozeman opisał swoją metodę wykonywania sztucznej przetoki i wskazał, że należy ją umieszczać u podstawy pęcherza, żeby mieć łatwy dostęp do moczowodów, względnie — do miedniczek nerkowych, które tą drogą przemywał i sączkował. Autor artykułu podaje opis swojego przyrządu dla stałego przemywania i sączkowania pęcherza.

Leczył on tą metodą około stu przypadków z pomyślnym wynikiem. W niniejszym artykule autor opisuje dla przykładu dwa przydadki.

I. Chorej wykonano przetokę pęcherzową z powodu owrzodzenia gruzliczego ściany pęcherza moczowego. Potem utworzył się ropień i otworzył się do blizny. Przez ten otwór zaczął sączyć się mocz i w dodatku utworzyła się tutaj przetoka kiszkowa.

Chorej utworzono sztuczną przetokę pęcherzowopochwową, by ulżyć chorej w cierpieniach, miała ona bowiem ciągłe parcie, zarazem usunięto pewną ilość narośli adenoidalnych. Ciągłe przemywanie pęcherza i pochwy było wykonywane przy pomocy przyrządu autora w ciągu 10-iu dni, i wtedy wprowadzono sączek pochwowy. Odtąd pacjentka nie cierpiała więcej na objawy pęcherzowe, i nie doznawała przykrości ciągłego gubienia moczu kroplami właśnie dzięki zastosowaniu na stałe sączka pochwowego. W tym przypadku nie można było dokonać zaszycia przetoki, gdyż chora umarła wkrótce na gruzlicę płuc. W każdym razie ulga dla chorej była znaczna: kał i mocz przestały wydzielać się przez górny otwór.

II. Druga chora miała ropień w okolicy pachwinowej. Ropień ten opróżnił się do pęcherza moczowego, poczem przez cewkę moczową zaczęła wydzielać się ropa, kał, gazy. Ból wzmógł się, nastąpiły wymioty, gorączka, częste parcie na mocz.

Stwierdzono przyrośnięty guz jajnikowy z lewej strony i połączenie między pęcherzem i kiszka.

Wykonano cięcie brzucha, i znaleziono zrosty między kiszka a pęcherzem. Zrosty podwiązano i oddzielono. Pacjentka po tej operacji wyzdrowiała, lecz badanie moczu wykazało, że pęcherz łączył się jeszcze z kiszka. Stan ogólny pogarszał się: silne dreszcze, wysoka gorączka i ból w prawej okolicy lędźwiowej, gdzie stopniowo wyrastał guz: była to miedniczka nerki, rozciągnięta przez mocz i płyn ropny w niej zawarte. Przecięcie guza byłoby konieczne; autor postanowił jednak zrobić otwór w pęcherzu, przez który mógłby wprowadzić cewnik do moczowodu, widocznie zatkanego.

Utworzono tedy sztuczną przetokę pęcherzowopochwową. Cewnik, wprowadzony na 10 cali do moczowodu, napotkał przeszkodę, którą przezwyciężono i wydostano z miedniczki płyn krwaworopny. Otwór przetoki pęcherzowokiszkowej znajdował się obok otworu moczowodu. Cewnik pozostawiono na miejscu 12 godzin. Guz zmalał, a objawy osłabły. Stan ogólny pacjentki szybko poprawił się; ani gaz, ani kał nie przedostawały się więcej do pęcherza moczowego, a mocz stał się czysty.

Chora następnie w ciągu 6-iu lat używała wciąż tego sączka pochwowego, nie przerywając zajęć pielęgniarstwa; w końcu tego okresu przetoka zarosła.

III. Trzecia pacjentka miała uwięzioną przepuklinę pachwinową; w niej był uwięziony i pęcherz moczowy. Wytworzył się ropień, który trzeba było otworzyć. Duża ilość moczu wydostała się, przyczem stwierdzono, że ściana pęcherza w miejscu uwięźnienia została zupełnie zniszczona i przedstawiała otwór $1\frac{1}{2}$ cala średnicy. Wkrótce usiłowano ten otwór zaszyć, wstawiając cewnik na stałe, lecz wynik był niepomyślny. Autor wytworzył sztuczną przetokę pęcherzowopochwową i wtedy z wielką trudnością oddzielił pęcherz moczowy od stwardniałych brzegów otworu nadłonowego, zamykając go ciągłym szwem ze struny.

Przyrząd do stałego przemywania został nałożony w celu ciągłego odprowadzania moczu, sączącego się do pochwy. W pęcherzu nie mogło więc powstawać nagromadzenie się moczu, odpoczynek fizyologiczny otrzymano, i otwór nadłonowy zrósł się; w 10 dni potem przyrząd do sączkowania został dopasowany. Dziesięć tygodni potem sztuczną przetokę pęcherzowopochwową zeszyto.

(International Journal of Surgery. Tom 24, № 1, 1911).

WEISBERG-BISZOWSKA-SWERDEROWA.

Kobyliński. *Doświadczenia odnośnie obrażenia moczowodów.*

Większości zabiegów operacyjnych na moczowodach, a zwłaszcza wszczepieniu i łączeniu ich, towarzyszy obnażanie tego narządu na mniejszej, lub większej przestrzeni; również i usuwanie rozmaitych guzów jamy brzusznej zniewala niekiedy chirurga do wyosobienia moczowodu z tkanki pozaotrzewnowej lub otrzewnej.

Mimowoli nasuwa się pytanie, czy takie obnażanie tego organu nie wpływa ujemnie na czynność jego i odpowiedniej nerki. Odpowiedzi na nie udzielić może jedynie doświadczenie na zwierzęciu. Piśmiennictwo danego przedmiotu jest ubogie i sprawy bynajmniej nie wyczerpuje. Dlatego autor wykonał szereg doświadczeń, mających na celu sprawę powyższą wyjaśnić. Do doświadczeń użyto cztery koty i dwa psy. We wszystkich przypadkach do moczowodów docierano przez jamę otrzewnej. Moczowód obnażano przeważnie na całym przebiegu; tylko dwa razy wyosobienie było częściowe, i obejmowało 12—15 cm. Samo obnażanie wykonywano przy pomocy szczypczyków anatomicznych, odsuwając na tępo otrzewną, naciętą na niewielkiej przestrzeni. Ścianę brzucha zaszywano, a zwierzęta zabijano po upływie 5 dni do 2½ miesięcy. Do badania mikroskopowego brano w każdym przypadku kawałki obu nerek i obu moczowodów, które badano na rozmaitej wysokości.

Wyniki badania anatomicznego były następujące. Obnażone moczowody we wszystkich przypadkach posiadały powłokę otrzewnową. Badanie makroskopowe i mikroskopowe moczowodów i nerek nie wykazało namacalnych różnic pomiędzy obnażonym moczowodem i nerką odpowiednią, a tymiż organami drugiej strony. Również i próby czynnościowe przy pomocy indygokarminu nie wykazały żadnego zakłócenia czynności tych narządów. Te pomyślne wyniki wyosobniania narządu tak czułego, jak moczowód, przypisać należy, zdaniem autora, obfitemu unaczynieniu ich, oraz unerwieniu. Wiadomo, że w unaczynieniu moczowodów uczestniczą tętnice nerkowe, nasienne, podbrzuszne, maciczne i pęcherzowe, które w błonie zewnętrznej moczowodów tworzą liczne połączenia.

Co się tyczy unerwienia tego narządu, to i tutaj warunki są nader pomyślne, albowiem moczowody, oprócz rozgałęzień splotów, odpowiadających wymienionym wyżej tętnicom, posiadają w swojej ścianie samoistne zwoje nerwowe, dzięki którym nawet w razie obnażenia moczowodu na znacznej przestrzeni dynamika tego narządu zakłóceniu nie ulega.

Adrian. Przyczynek do kliniki guzów nadnercza.

Za podstawę pracy swojej autor wziął przypadek następujący.

U 39 letniego robotnika wystąpił na $3\frac{1}{2}$ lata przed zapisaniem się do szpitala pierwszy krwiomocz, któremu nie towarzyszyły zgoła żadne objawy podmiotowe ze strony pęcherza, nerek i cewki. Kwiomocz powtórzył się kilkakrotnie, a po upływie roku przy pomocy wziernika pęcherzowego stwierdzono brak zmian w pęcherzu — i krwawienie z lewej nerki. Wówczas rozpoznano nowotwór nerki lewej, ale chory nie zgodził się na zabieg operacyjny. Po upływie dwóch lat chory ponownie zapisał się do kliniki, tym razem w stanie wybitnego charłactwa. W okolicy lewej nerki wyczuwa się duży guz, chory gorączkuje i miewa rozwolnienie. Nadto na powierzchniach zgięciowych obu przedramion znajdują się liczne niewielkie, płaskie plamy barwnikowe. Chory wkrótce życie zakończył, a oględziny pośmiertne wykazały duży nowotwór złośliwy lewego nadnercza, który zniszczył prawie całkowicie lewą nerkę. Badanie mikroskopowe wykazało, że był to rak.

Omówiwszy szczegółowo rozpoznanie kliniczne, sprawę pigmentacji w chorobach nadnercza oraz rozpoznanie różniczkowe, autor dochodzi do wniosków następujących.

1. Istnieją zmiany barwnikowe skóry, zależne od pewnych cierpień nadnerczy i nerek, a różniące się od podobnych zmian, towarzyszących innym cierpieniom.

2. Z pośród chorób nadnerczy plamy barwnikowe skóry spotykamy w pierwotnej gruźlicy tego organu, w zwykłym rozroście i raku. Co się tyczy chorób nerek, to plamy powyższe spostrzegano wyłącznie w przypadkach guzów nerki, zależnych od zabłąkania się tkanki zarodkowej nadnercza — a więc t. z. nadnerczaków, czyli guzów Grawitza. Dla tych przypadków zabarwienie owo posiada wprost znaczenie patognomoniczne.

3. W cierpieniach powyższych spostrzegamy niekiedy obok plam, wyżej opisanych, rozlane, ciemne zabarwienie skóry, właściwe chorobie Addisona. Z tego powodu oba te rodzaje zabarwienia, występujące w przypadkach gruźlicy i nowotworów nadnercza oraz nadnerczakach, należy uważać za równoznaczne pod względem genetycznym.

4. Ponieważ zabarwienia skóry nie spotykamy w cierpieniach nerek, z wyjątkiem nadnerczaków, zależnych od zabłąkania tkanki zarodkowej nadnercza, przeto pod względem klinicznym istnieje szereg analogii pomiędzy cierpieniami nadnercza a nadnerczakami.

5. Powstawanie plam barwnikowych w chorobach nadnercza do chwili obecnej należycie wyjaśnione jeszcze nie zostało; naogół biorąc, czynią je zależnem od zakłócenia czynności nadnerczy.

6. Co się tyczy wartości rozpoznawczej plam barwnikowych, to w stanie dzisiejszym wiedzy naszej nie można uważać ich za wczesny objaw ukrytego cierpienia nadnercza lub nerki.

(*Zeitschr. f. Urologie. T. IV. Z. 2*).

A. WERTHEIM.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 12 stycznia 1911 r.

1. *Wertheim.* Opis przypadku zwężenia cewki, zakończonego śmiercią wskutek ropnego zapalenia otrzewnej.
2. *Leśniowski.* Uwagi o postępowaniu w przypadkach ran kłutych brzucha z wypadnięciem jelit.
3. *Sławiński.* Próba wytworzenia przełyku sposobem Herzena.

1. *Wertheim.* 44 letni chory, który podobno nigdy rzeżączki nie przechodził i przed chorobą obecną jakoby prawidłowo oddawał moczu, przed rokiem zauważył ropień na mosznie przy lewej pachwinie. Ropień ten otworzono, poczem utworzyła się przetoka, z której sączył się mocz, tak że chory drogą naturalną moczu nie oddawał. Później chory poddał się operacyi, którą wykonano na kroczu. Jednakże stan jego po zabiegu tym nie poprawił się zupełnie.

Badanie wykazało zwężenie cewki przedniej; nie przepuszczała ona cienkiej świeczki włosowatej. Kilka razy z rzędu próbowano wykonać wewnętrzne przecięcie zwężenia cewki w znieczuleniu miejscowem — za każdym razem bezskutecznie. Wobec tego W. zdecydował się wykonać zewnętrzne nacięcie cewki na kroczu w połączeniu ze wstecznem zgłębnikowaniem cewki. Poprowadziwszy cięcie wzdłuż szwu moszny aż na krocze, W. dotarł w części na tępo aż do gruczołu krokowego, część błoniastą cewki wyczuł palcem na spojeniu łonowem i wyłonił nazewnątrz za pomocą zakrzywionego zgłębnika. Udostępniwszy sobie w ten sposób cewkę, nacisnął ją, i przez otwór wprowadził zgłębnik Beniqué do odcinka obwodowego cewki. Taki sam zgłębnik wprowadzono przez przednią cewkę aż do miejsca zwężenia, poczem okazało się, że to ostatnie ma długości mniej więcej 1 ctm. W miejscu tem pomiędzy końcami obu zgłębników powoli przecięto tkankę bliznową, zajmującą prawie cały obwód cewki i przywrócono drożność kanału, wprowadzając do pęcherza cewnik na stałe. Rany nie zaszyto.

W ciągu pierwszych dni po zabiegu stan chorego był zadawalający. Na 4-ty dzień ciepłota podniosła się do 40°, gdy zaś nazajutrz spadek nie nastąpił, cewnik usunięto. Po dwóch dniach wprowadzono go ponownie pod kierunkiem palca w ranie na kroczu. W parę dni później do rany opróżnił

się ropień okołocewkowy i ciepłota spadła do wysokości prawidłowej. Teraz, t. j. na 13-y dzień po operacji, a więc dość późno, usunięto cewnik zupełnie i zaczęto wprowadzać do cewki zgłębnik metalowy Beniqué. Dodać trzeba, że manipulacja ta połączona była z wielkimi trudnościami: wprowadzając zgłębnik powoli, trzeba było ciągle kontrolować koniec jego palcem, zwłaszcza w chwili, gdy mijał otwór w części błoniastej; tylko w ten sposób można było uniknąć uwikłania się jego w tkankach, otaczających cewkę, i wytworzenia się jakiejś drogi fałszywej. Mimo to, jak się przekonamy później, zabieg ten, stosowany wszystkiego trzy razy, w skutkach okazał się fatalny. Już na drugi dzień po pierwszym zgłębnikowaniu chory osłabł, przestał przyjmować pokarmy, stał się apatyczny, tętno doszło do 110 ud. na minutę, a nazajutrz, czyli 17-go dnia po operacji, chory zmarł.

Ogledziny pośmiertne wykazały, jako bezpośrednią przyczynę śmierci, ropne zapalenie otrzewnej malej miednicy. Wyraźnej drogi, łączącej jamę brzuszną z raną na kroczu, nie udało się stwierdzić.

Przypadek powyższy nasunąć musi kilka uwag odnośnie postępowania następczego po cięciu cewki moczowej. Ogólnie przyjęta jest zasada, utrzymana zresztą i przez Albarrana w podręczniku urologii operacyjnej, że po usunięciu cewnika, t. j. na 5-ty lub 7-y dzień, należy przystąpić do rozszerzenia miejsca zwężenia zgłębnikiem metalowym.

Pozostaje jednak pytanie, czy postępowanie takie stosować należy we wszystkich przypadkach, nawet w tych, gdzie wprowadzenie zgłębnika napotyka na znaczne trudności. W przypadku naszym zapalenie otrzewnej powstało niewątpliwie wskutek uszkodzenia dna miednicy wskutek manipulacji zgłębnikiem.

Wobec tego należałoby, zdaniem Wertheima, w przypadkach takich wstrzymać się od rozszerzania cewki aż do chwili, gdy ranę pokryje tego, wyraźna ziarnina, a zwłaszcza, gdy rana na poziomie części błoniastej zmniejszy się, a dno jej o tyle zbliży się do powierzchni skóry, że wprowadzenie zgłębnika będzie mogło odbywać się pod kontrolą oka.

Faytt. Zabieg operacyjny cięcia zewnętrznego cewki w bliznowem jej zwężeniu jest zbyt ryzykowny ze względu na odszukiwanie cewki. Po odnalezieniu jej i otwarciu w miejscu blizny należało ograniczyć się do zostawienia cewnika na stałe.

Wprowadzenie Beniqué na 7-y dzień dla rozszerzenia cewki było zabiegiem bardzo ryzykownym.

Leśniowski zapytuje W., czy zwrócił uwagę, jak zachowywał się w danym razie pęcherz moczowy, moczowody i nerki. L. spostrzegł w oddziale Sawickiego przypadek b. dużego zwężenia cewki po urazie u chłopaka kilkunastoletniego, u którego przed operacją wymacywano ponad spojeniem pęcherz moczowy mocno rozciągnięty, od niego szedł na prawo twór kielbasowaty — prawdopodobnie rozszerzony prawy moczowód i w okolicy prawej nerki duży twór — wodonercze. Gdy udało się w czasie operacji (Sawicki) wprowadzić do pęcherza moczowego cewnik, mocz płynął b. długo, i wtedy w miarę wypływania moczu powoli pozniakały owe twory.

Co do odszukania cewki powyżej zwężenia, to w razie dużych tru-

dnosci można po otworzeniu pęcherza moczowego od góry cewnikować od tyłu.

L. Zembruski zapytuje, dlaczego W. nie wyciął tkanki bliznowej, oddzielającej 2 odcinki cewki, i czy odległość obu odcinków była tak wielka, że o szwie tych ostatnich nie można było myśleć. W przypadkach, gdy wskutek odległości odcinków zeszytie ich napotykałoby na trudności, należałoby spróbować wszycie między odcinki kawałka żyły (np. v. saphena) podł. Lexera i innych.

Fryszman jest przeciwnikiem forsownego rozszerzania cewki po cięciu tejże za pomocą metalowych zgłębników i sądzi, że w takich razach odpowiedniejsze byłoby wprowadzenie zgłębników sprężystych, lub metalowych przy pomocy bougie filiforme conductrice, aby tym sposobem uchronić cewkę od uszkodzenia.

Kryński. Przebieg kliniczny przypadku W. przedstawia dość zwykły obraz zakażenia moczoworopnego wskutek uczynionych przez zgłębnikowanie dróg rzekomych. Przebieg takiej sprawy bywa zwykle dość typowy i, sądząc z zachowania się ciepłoty i objawów miejscowych, można prawie zawsze przewidzieć wynik. K. wyraża przeto zdziwienie, że w tym przypadku zejście śmiertelne wskutek zakażenia stanowiło pewną niespodziankę dla operatora.

Oderfeld przed 10-ciu laty spostrzegał chorego, który przybył do szpitala z kolosalnie rozciągniętym pęcherzem moczowym, z cewki wydzielaly się od czasu do czasu krople moczu. Był to chory, który kilkanaście razy przechodził rzeżączkę. Badaniem stwierdzono duże zwężenie cewki w części błoniastej — tak, że nie udało się przejść najcieńszym zgłębnikiem. Na razie zrobiono przekłucie pęcherza, a po 5-ciu dniach — wycięcie zwężonej części cewki na przestrzeni 2 ctm. z zeszytciem pozostałych odcinków cewki. Zostawiono cewnik na stałe. Chory wyzdrowiał zupełnie i O. widział przed miesiącem chorego w stanie zadowolającym.

Wertheim odpowiada Zembruskiemu, że całej tkanki bliznowej na poziomie zwężenia nie wycięto okólnie dlatego, że pozostał jeszcze wązki pasek ściany prawidłowej na przednim obwodzie cewki. Krynskiemu; ciężkie objawy wystąpiły dopiero bezpośrednio po wprowadzeniu cewnika Beniqué. Objawów wyraźnie otrzewnowych nie było, z wyjątkiem tętna częstego. Chory zmarł 17-go dnia po operacji.

2. *Leśniowski* opowiedział następujący przypadek zranienia ściany brzucha z wypadnięciem jelit. 23 grudnia 1910 r. zawezwano go o godz. 8-iej wiecz. do oddziału do chorego z raną brzucha. Tam zastał młodego, b. mocno zbudowanego mężczyznę, od którego dowiedział się, że przed mniej więcej dwiema godzinami otrzymał pchnięcie nożem w brzuch. Zawezwany lekarz Pogotowia opatrzył ranę i odwiózł zranionego do szpitala. Parę razy zwymiotował.

Stan chorego ciężki. Chory niespokojny, głośno jęczy, narzeka na mdłości, od czasu do czasu wymiotuje. Skóra zimna, nieco sinicowa. Tętno przyspieszone, miarowe. Na prawej stronie brzucha leży serweta, z pod której zwiesza się pętla jelita cienkiego. Po usunięciu serwety widać w dol-

nej części prawej połowy brzucha leżącą na skórze pętlę jelita cienkiego, długości conajmniej 2 mtr. Skóra na brzuchu brudna. Na pętli wyraźne objawy sprawy zapalnej. Ściana kiszki obrzęknięta, mocno przekrwiona, pokryta krzepnącym wysiękiem. Wraz z pętlą jelita wypadł duży kawał krezki, która była w danym przypadku, prawdopodobnie, b. długa. I krezka mocno zmieniona zapalnie podobnie, jak kiszka. Na zewnętrznym brzegu jednej z pętllic widać ranę ciętą długości około 1 cm., drażącą, z niej sterczy nazewnątrz mocno przekrwiona śluzówka, obok tej rany — kilka mniejszych, leżących jedna od drugiej w odległości kilku cm., powierzchownych, niedrażących. Wypadnięte jelita owinięto w serwety, skórę brzucha starannie dwukrotnie wyjodynowano. Ranę drażącą w kieszce zaszyto dwupiętrowym szwem kapciuchowym strunowym, rany niedrażące — jednowarstwowym.

Ponieważ niepodobna było odprowadzić mocno obrzmiałych jelit przez ranę, która obecnie w stosunku do wypadłych jelit odgrywała poniekąd rolę pierścienia przepuklinowego, przedłużono ją cięciem ku górze o tyle, że bez zastosowania dużej siły udało się odprowadzić wypadłe trzewa do jamy otrzewnej. Po przekonaniu się, że w jamie otrzewnej niema krwawienia, otwór w ścianie brzucha zaszyto szwem trzypiętrowym. Podskórnie wstrzyknięto około 1000 c. s. roztworu NaCl, zalecono wstrzykiwanie kamfory.

Już nazajutrz — stan gorączkowy, tętno ledwo wyczuwalne, objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Zastosowano wstrzykiwanie podskórne roztworu NaCl, kamfory. Objawy zapalenia otrzewnej tego samego natężenia trwały 9 dni. Od 10-go dnia — było widoczne, że mocny ustrój chorego zaczyna powoli zwyciężać sprawę chorobową: wymioty ustały, tętno zaczęło poprawiać się, był w stanie spożywać płynne pokarmy, zaczął oddawać wiatry, po wlewaniu zaś nastąpiło b. obfite wypróżnienie.

11-go dnia znaleziono ropienie w ranie ściany brzucha; po rozpruciu jej — zobaczono, że na dnie zropiałej rany leży przyrosła pętla jelita cienkiego. Nazajutrz w pętli tej znaleziono otwór, z którego wypływał kał. Stan ogólny widocznie polepszał się. 13-go dnia z rana — stan b. ciężki, objawy rozlanego zapalenia płuc, sinica, tętno niewyczuwalne. Pomimo b. energicznego zastosowania leków podniecających chory w kilkanaście godzin potem zmarł.

Przypadek niniejszy przytoczył L. z powodu następującego:

Jelito wypadłe przedstawiało b. wyraźne objawy zapalne, niezawodnie było mocno zakażone. Sprawa zakaźna niewątpliwie szerzyła się już i do jamy otrzewnej. Chodzi o to, co w takim przypadku z jelitem począć. W przypadku opisanym L. zrobił to, co robi się zazwyczaj w podobnych przypadkach — odprowadził pętlę do jamy otrzewnej. Otwór w ścianie brzucha zaszył całkowicie, a nie włożył muslinu dlatego, że tu pętla wypadnięta była b. duża, a zatem, po odprowadzeniu jej do jamy otrzewnej, ułożyła się niewątpliwie po całej owej jamie, liczyć więc na to, że możemy włożeniem jednego, a bodaj nawet i kilku kawałków muslinu do jamy otrzewnej — wpłynąć na zmniejszenie sprawy zakaźnej, było niepodobna. Pozostało więc liczyć na siły odporne młodego, mocnego, nieużytego ustroju chorego. Jak widziliśmy z przebiegu, wyrachowanie to było słuszne, gdyż ustrój chorego już

wyraźnie zaczął zwycięzać sprawę zakaźną, dobiło go — nieprzewidziane powikłanie w postaci zapalenia płuc. Pozatem jednak przychodziła L. do głowy myśl, czy nie lepiej było wyciąć całą wypadniętą pętlę, gdyż wobec panujących obecnie poglądów — musimy rozstać się z nadzieją możliwości odkażenia tkanek. W danym przypadku powstrzymał się L. od tego jedynie dlatego, że wypadnięta pętla była b. duża — przeszło 2 mtr., pozatem należałoby również wyciąć b. duży kawał krezki, co wszystko wzięte razem wobec b. ciężkiego stanu chorego mogło narazić go na większe niebezpieczeństwo, niż nawet odprowadzenie do otrzewnej zakażonego jelita. W innym jednak przypadku — być może takie wycięcie mocno zakażonej pętli byłoby bardziej usprawiedliwione, niż odprowadzenie jej do jamy brzusznej.

Kryński stanowczo nie zgadza się z myślą, poruszoną przez L., czyby nie trzeba było wycinać całą pętlę wypadłego jelita. Jest to postępowanie sprzeczne z ogólnie przyjętymi przez nas zasadami patologii, aby usuwać cały narząd, względnie część jego, w którym może się rozwinąć zapalenie. Ponadto dodałoby się nowy a ciężki zabieg, nieobojętny dla chorego, szczególnie wobec jego stanu ciężkiego. Największym już zabiegiem zapobiegawczym byłoby pozostawienie całej pętli podejrzanej poza jamą otrzewnej. W ten sposób postąpił Kr. w kilku analogicznych przypadkach i otrzymał wyniki dobre. W każdym razie w takich przypadkach jest rzeczą konieczną niezaszywanie jamy brzusznej, lecz wprowadzenie worka Mikulicza, który rzeczywiście wyborne usługi nam oddaje. Szkoda, że w przypadku tym nie postąpił tak L., a możeby wówczas wynik jego zabiegu był pomyślny.

Gliksman nie przypuszcza, ażeby zanieczyszczona pętla kiszek była powodem zapalenia otrzewnej, boć wiemy, jak często duża ilość jelit wypadniętych, a zanieczyszczonych piaskiem, błotem, nawozem stajennym, o ile to wszystko czysto mechanicznie zostanie zmyte, nie wywołuje po wprawieniu do brzucha zapalenia otrzewnej. W danym przypadku L., zdaniem G., słabo zabezpieczył się od zakażenia otrzewnej ze strony szwu kiszowego, który mimo najlepszego założenia mógł puścić i stąd mogło powstać zapalenie otrzewnej. Najlepiej w danym razie byłoby postąpić tak, jak to się robi przy wpuszczaniu do brzucha podejrzanej kiszek po operacji uwięzionej przepukliny: przeprowadziwszy nitkę przez kreskę w miejscu zranienia kiszek, ew. szwu, wprowadzić tę część na ostatku, utrzymać podejrzaną pętlę w brzuchu u samego wylotu rany, obłożywszy ją uprzednio gazą. W ten sposób zabezpieczyłby się, być może, dało całą otrzewną od zakażenia z miejsca szwu kiszowego.

Ciechomski. Kiszka uległa przedziurawieniu w jamie brzusznej, a dopiero później wypadła nazewnątrż. Jeżeli otrzewna uległa zakażeniu już w chwili zranienia kiszek, to nie może mieć żadnego wpływu na dalszy przebieg takie lub inne postępowanie z wypadniętymi trzewami. Zatem nie jesteśmy w stanie przewidzieć, jaki będzie wynik w danym przypadku, gdy zeszytą kishkę wraz z resztą trzew obmytych wprowadzimy za pomocą gazy. Doświadczenie poucza, że część przypadków podobnych kończy się pomyślnie, a pewna część niepomyślnie.

Smużyński zapytuje, dlaczego L. nie sączywał jamy brzusznej?

Sławiński. W przypadku L. jest szczegół, nieuwzględniony należyćie w dalszych przemówieniach, mianowicie ten, że już przed zabiegiem uwydatniały się u chorego niewątpliwe objawy ostrego zajęcia otrzewnej. Ten jeden wzgląd, zdaniem S., powinien był rozstrzygnąć sprawę postępowania w danym razie: doraźne zaszycie jamy brzusznej wobec świeżego zapalenia otrzewnej jest zawsze zabiegiem niebezpiecznym, a to bez względu na mniejsze lub większe zakażenie wyłoniionych kiszek. Nawet w ropniach starej daty tamponowanie jest środkiem bezpieczniejszym od zamykania doraźnego, jakkolwiek takie postępowanie wobec przypadków przewlekłych ma zdecydowanych zwolenników (np. Rehn).

Rubinroth zapytuje Kryńskiego co do dalszego losu pozostawionych nazewnątrż jamy brzusznej kiszek.

Kryński. Pozostawione na powłokach кишки albo wprowadzamy do brzucha po paru dniach, o ile nie zdradzają zmian zapalnych, albo też po upływie pewnego czasu one stopniowo zostają wciągnięte do brzucha.

Leśniowski raz jeszcze zaznacza, że w jego przypadku zabiło chorego nie zapalenie otrzewnej, bo z tego on już był wyszedł zwycięzko, lecz groźne w tych razach powikłanie—rozległe zapalenie płuc. Co do sączywania, to należy przyznać mu jaknajwiększą wartość, o ile chodzi o sprawę umiejscowioną w jamie otrzewnej; o ile natomiast z góry można było być pewnym, że wskutek wprowadzenia do otrzewnej ogromnego odcinka jelita cienkiego, niewątpliwie wysoce zakażonego, którego pętle poukładają się po całej jamie otrzewnej, zakażenie rozsieje się po całej błonie otrzewnej, liczenie na lecznicze własności wprowadzenia paru lub i kilku pasów muślinu do otrzewnej było wysoce problematyczne; bardziej uzasadnionem było by wycięcie zanieczyszczonej pętli, o ile by pozwoliły na to okoliczności.

3. *Sławiński.* 25-letnia chora przed 10-iu laty oparzyła przelyk ługiem i od tej pory odżywia się wyłącznie przez przetokę żołądkową, wówczas wytworzoną.

W grudniu r. z. w uśpieniu chloroformowem przez cięcie brzuszne pośrodkowe przeprowadzono pętlę jelita czczego poprzez szczelinę w krezce poprzecznicy oraz wiązadło żołądkowookrężniczem. W krezce owej pętli podwiązano i przecięto trzy t. zw. naczynia proste i samą kreskę wpoprzek na tej przestrzeni, wreszcie przecięto kiskę na poziomie początku rozcięcia krezki i oba końce кишки zaszycy. Na przedłużeniu cięcia brzusz nego przebito na tępo tunel pod powłokami klatki piersiowej aż na szyję z wylotem tuż nad obojczykiem i przez ten tunel przeciągnięto odcinek кишки z przeciętą kreską. Drugi koniec кишки z nieuszkodzoną kreską zespolono bocznie z odcinkiem wyłoniionym tuż pod żołądkiem, i zeszyto całkowicie cięcie brzuszne. Przeciąganie кишки przez tunel stanowiło bardzo mozolny i brutalny moment zabiegu, w kiszce i krezce powstały wylewy krwawe, zwłaszcza w pobliżu wolnego końca. Zmusiło to do dalszego wyciągania кишки, przez co koniec wolny został wyłoniiony na szyję i nieprzykryty powłokami, co sprawiło, że szybko zaczął on obumierać. Po odcięciu części obumarłej z pozostałego otworu zaczęła wylewać się obficie wy-

dzielina kiszkowa, obzerająca skórę przyległą na coraz szerszej przestrzeni, tudzież sprowadzająca coraz groźniejsze wyniszczenie chorej. Ta okoliczność zmusiła do podjęcia następnego zabiegu już w dwa tygodnie po pierwszym. Polegał on na przecięciu wylonionej kiszki tuż pod zespoleniem kiszkowem i na zespoleniu tego dolnego odcinka przyszłego przelyku z żołądkiem (w uśpieniu chloroformowem). Chora umarła w 14 godzin po zabiegu, prawie nagle. Badanie zwłok wykryło zwyrodnienie tłuszczowe oraz ropne zapalenie otrzewnej dookoła pierwszego zespolenia kiskowego i w miednicy, otoczone wyraźnymi zrostami. Przelyk zarośnięty zupełnie na przestrzeni od wpustu do poziomu łuku aorty. Wyloniona kiszka przyrośnięta do powłok na całej przestrzeni. Pomimo niepomysłnego zejścia przypadek powyższy powinien stanowić zachętę do dalszych w tym kierunku zamierzań. Dowodzi on bowiem, że wyloniona kiszka z przeciętą odpowiednio kreską zdolna jest do życia, a jest to jedyny moment nowy i wymagający stwierdzenia w całym zabiegu Herzena, składającym się pozatem z zeregą zespoła kiskowych lub kiskowożołądkowych.

Na przyszłość należałoby, zdaniem S., wytworzyć tunel na ostro, za pomocą płata z powłok, żeby zupełnie zabezpieczyło kiskę i jej kreskę od urazów i skręcenia. Można by, następnie, poprzestać na podwiązaniu dwu tylko naczyń prostych i wytworzeniu krótszego kanału z kiszki, a zyskany czas zużyć na doraźne, już w pierwszym zabiegu, zespolenie dolnego odcinka kiszki z żołądkiem i zabezpieczenie się w ten sposób od utraty zawartości kiskowej w razie powstania przetoki.

Ciechomski zwraca uwagę, iż w przemówieniu swem na zjeździe chirurgów polskich w Warszawie w r. 1910 radził zamienić postępowanie Rouxa w ten sposób, żeby kanał pod skórą w celu przeprowadzenia odcinka jelita urabiać nie na mostku, lecz na lewo od niego na linii chrząstek żebrowych. Podczas ćwiczeń na trupach przekonał się, że wytworzenie takiego kanału po za mostkiem jest łatwiejsze, niż na mostku; u kobiet z powodu większej grubości podściółki tłuszczowej jest ono łatwiejsze, niż u mężczyzn. Wreszcie dodaje, że tak mianowicie postąpił w przypadku operowanym przez siebie.

Dalej C. sądzi, że S. najwidoczniej wszyl za wysoko dwunastnicowy koniec jelita czczego w odcinek kiszki, wyprowadzonej ku szyi, tu należałoby szukać przyczyny owego wylewania się zawartości kiskowej przez wyłot górny przyszłego przelyku, co miało miejsce wkrótce po wykonaniu I-ej części operacyi Rouxa zgodnie z modyfikacją Herzena.

S. wykonał I-ą część operacyi z najzupełniejszym powodzeniem odnośnie dostatecznego odżywiania odcinka jelita, wyprowadzonego ku górze, czego nie osiągnął C. w operowanym przez siebie przypadku. Przyczyna tego niepowodzenia tkwiła w zbyt dużym podcięciu kreski pętli, przeznaczonej na przyszły przelyk.

Wymiary, podane przez Rouxa, nie mogą być wystarczające dla każdego przypadku, inna bowiem jest podatność kreski u dzieci i osobników młodych dorosłych, inna znowu u starszych z opadnięciem lub bez opadnięcia trzew. Dlatego, zanim przetniemy dolną część odcinka kiszki, prze-

znaczonego do wyłączenia, należy nieodzownie przymierzać go naprzód do wysokości obojczyka i stosowanie do tego podcinać jego kreskę; wówczas dostateczne odżywianie odcinka tego może być zapewnione.

Z tego względu odmiana Herzena wydaje się C. słuszną i godną naśladowania, przy niej bowiem część kiszki, wyprowadzona ku górze, pozostaje wciąż w związku z dalszemi połączeniami naczyń kręzkowych przez czas dłuższy, mianowicie dopóty, dopóki całkowite odżywianie się i dostateczne wgojenie się odcinka jelitowego w kanale podskórnym nie zostanie stwierdzone.

Zresztą wykonanie I-ej najcięższej i najważniejszej części zabiegu operacyjnego nie na jednym posiedzeniu, jak chce Roux, lecz na dwóch, jak radzi Herzen, ma więcej słuszości u wycieńczonych przez długotrwałe głodzenie chorych, i, co za tem idzie, nie bardzo nadających się do jakiegokolwiek dłuższej operacji.

Co do użytkowania otworu po przetoce żołądkowej, to C., nauczony doświadczeniem w operowanym przez siebie przypadku, już podczas przemówienia swego na zjeździe chirurgicznym radził przetokę ową, o brzegach bliznowo zmienionych a więc źle odżywianych, zaszywać całkowicie, natomiast robić otwór nowy w ścianie przedniej żołądka, w miejscu dogodniejszym i wszywać weń koniec dolny odcinka wyłączonego.

Posiedzenie dnia 9 lutego 1911 r.

1. *Wertheim*. Przyczynek do leczenia przetok metodą Becka.
2. *Oderfeld*. Przyczynek do wycięcia guzów wątroby.
3. *Stawiński*. Wpływ krwi na zrastanie się odłamów kostnych.
4. *Szerszyński*. O ropniach podprzeponowych.

1. *Wertheim* przedstawia chorego, który był operowany 5 grudnia 1910 r. z powodu psoitidis z wysoką gorączką. Zrobiono jedno cięcie nad lewym więzem pachwinowym, drugie powyżej grzebienia kości biodrowej z tyłu, oba otwory połączono sączkiem.

Pomimo codziennych opatrunków ropienie zmniejszało się bardzo powoli tak, że o usunięciu sączka nie można było myśleć. Wobec tego w dniu 17 grudnia wstrzyknięto do przetoki 33% maść bizmutową Becka pod znacznym ciśnieniem. Już nazajutrz ropienie ustało zupełnie, a po tygodniu obie rany zblżyły się zupełnie.

Jakimiak stosuje przeszło od roku pastę Becka № II-gi (Bismuthi subnitrici 30,0, Vaselini 60,0, Parafini 5,0, cerae albae 5,0). Oprócz stosowania w przypadkach przewlekłego zapalenia szpiku kostnego, przetok gruźliczych, ropni opadowych, Jakimiak stosował ją w przypadkach zapalenia szpiku kostnego ostrego. Po wydłutowaniu kości, wyskrobanie i wysuszenie jamy spirytem, zalewał maścią całą jamę i zeszywał skórę zupełnie. Gojenie następowało znacznie szybciej, niż zwykle.

W ostatnich czasach J. stosuje zamiast bism. subnitr. — bismuth. carbon dla uniknięcia zatrucia kwasem azotnym, chociaż nie widział zatrucia i po używaniu bismuthi subnitrici.

Ślawiński zaznacza, że użyta przez Wertheima masa składała się właśnie z bism. carbonicum, a nie subnitricum. S. przytacza przypadek przewlekłego zapalenia kości piszczelowej, w którym przed 3-ma tygodniami zaraz po operacyi wypełniono całą, dość znaczną jamę w kości masą bizmutową, i ranę zaszyto całkowicie. Jamę kostną osuszono nasamprzód wodą utlenioną, potem formaliną i spirytusem. Rana jest zagojona obecnie, lecz jeszcze miękka miejscami, i dlatego S. choremu nie pozwala jeszcze chodzić, przedstawić więc go nie może.

2. *Oderfeld* zabiera głos w sprawie wycinania guzów twardych wątroby, i przedstawia chorą, której usunął pomyślnie tego rodzaju guz przed 6-ciu tygodniami.

Przed 13-tu laty jeszcze jako młodej 17-letniej dziewczynie wykonał operacyę usunięcia bąblowca wątroby za pomocą wszycia do ściany brzusznej pęcherza bąblowcowego z następnem otwarciem tegoż i stopniowem usuwaniem pęcherzy pochodnych, aż do zarośnięcia całego worka.

Operacyę tę wykonano w zwykły sposób, jamę długi czas wypychano, przyczem przez długie miesiące z otworu worka wypływała żółć, tak iż dopiero po mniej więcej dziesięciu miesiącach rana zablżyła się całkowicie.

Po zabiegu tym chora czuła się zupełnie dobrze przez cały szereg lat, wyszła za mąż, dwukrotnie urodziła, i dopiero rok temu z górą zaczęła uskarżać się na bóle w okolicy wątroby, bóle coraz silniejsze i dokuczliwsze. Chora straciła łaknienie, zaczęły dręczyć ją wymioty. Wskutek odżywiania się coraz gorszego było znaczne schudnięcie i osłabienie. W takim właśnie osłabieniu i wyczerpaniu przybyła w grudniu r. z. do oddziału. Chora wskazywała przeważnie na ból w okolicy wątroby; ból ten nie opuszczał jej wcale, zwłaszcza dokuczliwe było silne rozpieranie w bokach, z powodu którego O. był zmuszony kilkakrotnie wstrzykiwać chorej morfinę.

Badanie stwierdziło nad pępkiem duży guz, który unosił ścianę brzuszną ku górze. Skóra w tem miejscu była silnie błyszcząca.

Obmacywaniem, nadzwyczaj bolesnem, wyczuwa się guz wielkości głowy dziecka, twardy, nieruchomy, zlekka tylko unoszący się i opadający pod oddechem. Stan bezgorączkowy. Wobec ciężkiego stanu chorej przetrzymał O. chorą około 10 dni w łóżku na mlecznem pożywieniu i w końcu grudnia wykonał operacyę.

Po wycięciu blizny od poprzedniej operacyi długości 10 cm. otwarto jamę brzuszną, przyczem wypadło na tępo oddzielić zrost guza ze ścianą brzuszną.

Okazało się, że był to guz lewego płata wątroby, i to w miejscu dawniejszego worka bąblowcowego. Guz ten zrosnięty był z przednią ścianą brzuszną, nadto do guza przyrosła sieć i dwunastnica, którą również bez trudności oddzielono.

Oddzielono jeszcze na tępo luźny zrost z przeponą brzuszną; udało się wtedy uprzystępnąć sobie guz ze wszystkich stron; zajmuje on lewy płat wątroby, jest wielkości pięści dorosłego człowieka, i, co najważniejsza, wydaje się ściśle odgraniczonym wśród zdrowej tkanki wątrobowej. Wobec tych danych, O. uważał za wskazane wykonać operacyę doszczętną i przy-

stał się do tego, bądź co bądź, ryzykownego zabiegu li tylko z wiarą zupełną w sprawność metody Kuzniecowa i Pęskiego, o czym już raz w praktyce przekonał się w przypadku, na posiedzeniu chirurgicznym przedstawianem.

Po osłonięciu jamy brzusznej dużymi pasami gazy, O. nałożył za pomocą tepej igły Kuzniecowa — Kadera cały szereg podwiązek jedwabnych, drażących przez cały mięsz wątroby naokoło guza. Każda podwiązka odstępowała od samego guza na 1,5 cm. W górnym kącie przeznaczonego na wycięcie klina podwiązek już nie udało się nałożyć z powodu trudnego dostępu, i w tem miejscu zdecydował się O. na przecięcie mięszu nożem, i schwycenie każdego naczynia szczypczykami Kochera i podwiązanie. Udało się to bez znaczniejszego krwawienia, usunięto guz całkowicie wraz z przylegającą tkanką wątrobową.

W dalszym ciągu nałożono kilka strunowych węzłkowych szwów przez oba brzegi rany wątrobowej również tępymi igłami, i tym sposobem brzegi spojono. Krwawienie podczas tego zabiegu było bardzo nieznaczne. Zesztyło ranę brzuszną, a w środku jej wprowadzono pasek gazy wyjąłowej.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic do życzenia: po 8-iu dniach pasek gazy usunięto, i, tamponując systematycznie powstałą jamę, doprowadzono ranę do terazniejszego stanu, t. j. do powierzchni ziarninującej nie większej nad grosz. Chora rychło wyzbyła się wszelkich dolegliwości i poprawiła się znakomicie.

Oderfeld przedstawia wycięty guz. Na przekroju jest on twardy, gdzieś niedzie żółtawe wyspy rozpadowe, czyni on wrażenie guza złośliwego. Badanie drobnowidzowe atoli tego nie potwierdziło, wykazało bowiem budowę gumatu z ogniskami nekrobiotycznymi, wobec tego wykonano następnie próbę Wassermanna (Springer), która wypadła dodatnio. Obecnie chora jest na jodowej kuracji.

Oderfeld nawiązuje do powyższego przypadku kilka uwag o technice wycięcia wątroby. Aczkolwiek stosowano kilka metod tamowania krwawienia w ranach chirurgicznych wątroby, jak para (Snigierew) i gorące powietrze (Hollaender), lecz dopiero dzięki doniosłym próbom doświadczalnym Kuzniecowa i Pęskiego chirurgia wątroby stanęła na gruncie pewnym; pierwszą operację tą metodą wykonał Mikulicz, za nim Koch, Terrier i wielu innych.

W swoim przypadku O. nieco odmiennie postąpił, niż zalecają to K. i P., a mianowicie zamiast nałożenia szeregu podwójnych podwiązek, O. zakładał oddzielnie pojedynczo, gdyż sądzi, że nie sposób nałożenia podwiązki stanowi istotną wartość metody, lecz zastosowanie tępych igieł, które nie przekłuwają naczyń krwionośnych.

3. *Stawinski* przytacza następujący przypadek. Dwudziestokilkoletnia, zupełnie zresztą zdrowa, kobieta złamała prawe ramię wskutek spadnięcia z konia w połowie maja 1910 r.

Złamanie zamknięte, na połowie długości ramienia, unieruchomiono zaraz za pomocą tektury na 6 tygodni; w połowie lipca stwierdzono brak zrostu, a fotografia (demonstracja) wykryła brak kostniny i wadliwe zesta-

wienie odłamów. D. 19 lipca w uśpieniu chloroformowem obnażono i zrównano odłamy, poczem zszyto je drutem srebrnym i unieruchomiono. W końcu września uwydatniły się ruchy nieprawidłowe pomiędzy odłami, a fotografia (demonstracja) nie wykryła kostniny.

S. zastosował wstrzyknięcie krwi chorej pomiędzy odłamy 18 października po wkłuciu igły między odłamy pod kontrolą Roentgena. Wyciągnięto chorej z obnażonej żyły przedramienia około 5 cm. sz. krwi inną igłą, i wstrzyknięto krew między odłamy oraz częściowo pod okostną; opatrunek unieruchamiający klejowy.

W połowie grudnia Roentgen wykazał wyraźną kostninę nie na całej wprawdzie przestrzeni (demonstracja), a w połowie stycznia rozpoczęto mięsienie i ruchy w stawie łokciowym. Na początku kąt zginania stawu łokciowego wynosił 90, kąt rozginania 135, obecnie liczby te dosięgły 65 i 160. Chora posługuje się ręką, a na fotografii (zdejmowane systematycznie; demonstracja) widać obecnie (w końcu stycznia) kostninę już na całej przestrzeni pomiędzy odłami.

Bier, twórca tej metody, zaleca wstrzykiwanie między odłamy 30 cm. sz. krwi danego osobnika, w danym przypadku S. nie zdołał wydobyć większej ilości krwi z cienkich żył przedramienia, (unieruchomionego, z wybitnym zanikiem mięśni) a i tej wystarczyło.

Z przypadków Biera (10 do r. 1905) wynik zupełny zanotowano w 7, w 6-iu przypadkach Stoettnera (1908) powstał zrost kostny.

Szczegółowe doświadczenia wykazały, że krew odwłókniona nie wywiera podobnego wpływu. Bergel dowodzi, że działanie wstrzykniętej krwi zależy wyłącznie od zawartego w niej włókniaka, i że włókniak stanowi bodziec, podrażnienie, wywołujące jakby zapalenie aseptyczne okostnej i na tej drodze powstanie kostniny. Bergel stosuje obecnie wyjałowiony i sproszkowany włókniak zwierzęcy (Substitol, Merck) w dawce 0,3 na jedno wstrzyknięcie (zawiesina w roztworze fizyologicznym soli) pod okostną co 8 — 10 dni i przytacza już trzy pomyślne przypadki.

Z najnowszych badań Wockkamera wynika, że włókniak posiada wpływ swoisty na komórki kościotwórcze (osteoblasty), i że kostnina tworzy się, dopóki podtrzymuje tę sprawę włókniak, znajdujący się w danym miejscu w ilości dostatecznej; przez zwykłe odłuszczenie okostnej i wprowadzenie np. skrzepu krwi wywołać można, według tego badacza, doświadczalnie powstanie kostniny na zdrowej kości.

Raum — z rentgenogramów, przedstawionych przez Sławińskiego, a opatrzonych pieczęcią oddziału Rauma — wnioskuje, że sprawa dotyczy chorej, której wykonał latem ubiegłego roku kostny szew odłamów kości ramiennej.

Okoliczność ta daje mu prawo do rzucenia paru uwag w kwestyi, poruszonej przez S.

Najpierw zaznaczyć należy, że chodzi tu o złamanie powikłane. Poprzednikom R. udało się uchronić chorą od ciężkich powikłań, towarzyszących często złamaniom powikłanym (wypadek miał miejsce na wsi, dość daleko od Warszawy). Gdy chora w 6 tygodni po złamaniu, zaniepokojona

brakiem zrostu, zwróciła się do R., stwierdził on prawdopodobną interpozycję mięśni między odłami, oraz objawy ucisku nerwu promieniowego. Podczas operacji R. stwierdził wyżej wspomnianą interpozycję mięśni, oraz uwięźnienie wśród twardej blizny nerwu promieniowego. Nerw odosobniono, dano mu inne łożysko, odłamy kostne odświeżono i założono podwójny szew kostny. Po całkowitem zeszyciu rany — opatrunek unieruchamiający łubkowy. Po 8-iu tygodniach przystąpiono do mięsienia i biernych ruchów, w tydzień potem wystąpiła ruchomość odłamów, a rentgenogram stwierdził brak kostniny. Wobec tego podczas narady ze stryjem chorej, lekarzem, (we wrześniu roku ubiegłego) R. postawił w perspektywie wstrzyknięcie Biera i sprowadził niezwłocznie sproszkowany włóknik Bergela, który pokazywał w kwietniu roku ubiegłego uczestnikom zjazdu chirurgów w Berlinie preparaty, oraz chorych, leczonych w ten sposób z doskonałym wynikiem.

Zastosować u chorej to leczenie nie można było, gdyż od tej pory już jej R. nie widział. Zaznacza R., iż punktem wyjścia dla doświadczeń Bergela było zbyt częste krzepnięcie krwi w strzykawce, co dla obu stron jest bardzo nieprzyjemne, jak to zresztą mógł przekonać się S., który według słów świadka próbował podczas pierwszego posiedzenia bez skutku wstrzyknąć chorej, o której mowa, czystą krew.

W końcu R. dodaje, że zbyt częste jest kłopotliwe wstrzykiwanie włóknika pomiędzy odłamy pod kontrolą promieni Röntgena, wystarcza bowiem, zdaniem Bergela, wstrzyknięcie podokostnowe po wymacaniu miejsca złamania igłą strzykawki. Tylko ad hoc przygotowany fizyologiczny rozczyn soli może wzbudzić zaufanie chirurga pod względem jałowości.

4. *Szerszyński*. O ropniach podprzeponowych.

Przemówienie to w całości zostało wydrukowane w Zeszycie III Tomu IV Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 28 października 1910 r.

1. *E. Endelman* przedstawia dwie kobiety po dokonanych przez siebie zabiegach akuszerskich.

Pierwszy przypadek dotyczy 28 letniej kobiety, zamężnej od 6 lat, która przed 5-ciu laty odbyła poród, zakończony wymóżdżeniem. W czerwcu 1907 r. wykonał E. u niej pubiotomię z pomyślnym wynikiem dla niej i dziecka. W końcu kwietnia b. r. przybyła ona do przytułku w końcu ciąży z bólami porodowymi. Wzrost jej wynosi 134 ctm. Dsp. 24. Dcr. 26 D. trochanterica 29½. Conj. diag. 9. Conj. vera 7 ctm. Po pubiotomii E. przedstawił rentgenogramat, wykazujący pewne, choć nieznaczne rozszerze-

nie się miednicy. A więc możnaby było mieć nadzieję, że obecny poród da się zakończyć pomyślnie dla dziecka, bez stosowania poważniejszych zabiegów operacyjnych. Badanie jednak zewnętrzne wykazało, że mieliśmy do czynienia z dużą głową dziecka, balotującą nad wchodem do miednicy. Nie chcąc ryzykować życia dziecka, i uważając cięcie cesarskie, w warunkach aseptycznych wykonane, za zabieg mniej niebezpieczny od powtórnej pubiotomii, E. zdecydował się na nie. Macicę E. przeciął sposobem Fritscha. Dziecko płci żeńskiej urodziło się żywe; ważyło 8½ funta.

Po zeszyciu rany macicznej trzywarstwowym szwem strunowym, na wyraźne żądanie pacjentki i jej męża E. wykonał trzebienie za pomocą całkowitego wycięcia jajowodów. Przebieg operacyjny — bezgorączkowy.

Druga pacjentka zasługuje na uwagę z tego powodu, że E. dokonał na niej dwukrotnie cięcia cesarskiego z powodu absolutnego zwężenia miednicy. Obecnie ma lat 26. Zaczęła chodzić na początku drugiego roku życia. W końcu drugiego roku spadła ze stołu i od tego czasu powstały trudności w chodzeniu; wreszcie w pół roku po upadku przestała zupełnie chodzić. W 9-ym roku życia na nowo zaczęła chodzić, lecz od tego czasu utyka na lewą nogę. Wzrost — 116 ctm. W stawie kolanowym prawym rozgięcie możliwe tylko do kąta 60°; staw kolanowy lewy również nie może być zupełnie rozgięty, lecz wyprostowanie możliwe w znacznie silniejszym stopniu. Uda i golenie — wypukłe ku przodowi. Po wyprostowaniu dolnych kończyn i zbliżeniu stóp tworzy się owal, którego wymiar poprzeczny pomiędzy kolanami wynosi 23 ctm. Wysokość spojenia łonowego — 5½ ctm. Dsp. 29; Dcr. 25; D. troch. 29; Conj. ext. 15½; Conj. diag. 6½; Conj. vera 4½ ctm. Wymiar od spina ilei ant. sup. do malleolus internus z prawej strony 46 ctm., z lewej — 49. Pierwsze cięcie E. wykonał u niej w sierpniu 1908 r. i wtedy przedstawił ją na ogólnem posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego ze względu na rzadkie zniekształcenie kośćca. Macicę, przeciętą sposobem Fritscha, E. zeszył szwem dwuwarstwowym, strunowym. Pierwsza warstwa składała się ze szwów pojedynczych, przechodzących przez otrzewną i warstwę mięsną; druga — z ciągłego szwu Lamberta. Powłoki brzuszne zaszyte były szwem trzywarstwowym. Zrosły się one do raźnie. W pół roku po pierwszym cięciu cesarskiem wytworzyła się w dolnej części blizny brzusznej przepuklina, prawdopodobnie wskutek nienoszenia pasa brzuszego.

W połowie września 1909 r. powtórnie zaszła pacjentka w ciążę 10 czerwca b. r. przybyła do przytułku, oznajmiając, że od kilku godzin ma silne bóle porodowe. Płód znajdował się w 2-em położeniu pośladkowym. O godz. 11-ej w nocy E. przystąpił do cięcia cesarskiego. Cięcie powłok brzusznych poprowadził równoległe do poprzedniej blizny. Po oddzieleniu i przecięciu licznych zrostów sieci z przednią ścianą brzucha i z macicą, wydobyto tę ostatnią na zewnątrz. Poprzednia blizna maciczna okazała się b. mocną. Cięcie macicy (długość 10 ctm), poprowadzone równoległe do poprzedniej blizny, natrafia na brzeg łożyska, usadowionego na przedniej ścianie macicy. Dziecko wydobyto za główkę i rączkę. Macicę zeszył E. szwem dwuwarstwowym, poczem, stosownie do życzenia

pacjentki, wykonał trzebieenie za pomocą klinowatego wycięcia macicznych końców obu jajowodów. Dziecko płci męskiej urodziło się żywe; ważyło 6 funtów. Przebieg pooperacyjny — bezgorączkowy

(Streścił mówca).

2. *Wł. Staniszewski* przedstawił chorą z brakiem pochwy i narządów płciowych wewnętrznych. Chora 30 lat J. B. włościanka, zamężna od lat 8-u. Nie miesiączkowała nigdy, od 20-go roku życia miewa co miesiąc po dwa dni bóle w okolicy pępka. Przybyła do szpitala w celu osiągnięcia drogą operacji pochwy, gdyż spółkowanie jest upośledzone i z bólem, a chęć do spółkowania zachowana. Dobrze zbudowana i odżywiona, gruczoły piersiowe rozwinięte prawidłowo. Uwłosienie na wżgórku łonowym obfite, duże i małe wargi sromu, lechtaczka rozwinięta prawidłowo. Otwór cewki z niewielkiem rozszczepieniem ku dołowi; na miejscu wejścia do pochwy ślepe zagłębienie 5 ctm., na dnie podłużna blizna (chorej usiłowano na prowincyi wytworzyć pochwę). Badając przez ten zaczątek pochwy odbytnicę i powłoki brzuszne, jako też cewnikiem przez pęcherz i odbytnicę ani pochwy, ani macicy z przydatkami nie wyczuwa się, jedynie ma się czasem wrażenie pasemka, idącego na miejscu przypuszczalnej pochwy.

(Streścił mówca).

3. *Zaborowski* przedstawia chorą, u której w następstwie pierwszego porodu, ukończonego na wsi operacyjnie, wystąpiło bliznowe doszczętne zwężenie pochwy, wyłączające możność porodu drogą prawidłową. Chorą tę opisano w księdze jubileuszowej dla D-ra B. Sawickiego. Zaborowski, nie mogąc dokonać cięcia cesarskiego, rozwiązywał dwukrotnie, przecinając blizny pochwy i krocza aż do przedniej ściany odbytnicy włącznie. Płód więc przechodził przez zrosty głównie dzięki rozciągliwości ścian odbytnicy. Po rozwiązaniu ranę odbytnicy i sąsiadujące z nią krocze zaszywano. Z macicy przez ranę, sąsiadującą z cewką, wypuszczano gruby sącdek dla zapewnienia odpływu wydzieliny połogowej. Obydwa razy chora opuszczała przytułek w tym samym stanie, w jakim do niego wstępowała, a raczej w jakim znajdowała się przed ciążą. Srom i krocze przedstawiają się jako jedna wielka blizna, ciągnąca się od cewki do odbytnicy. W pobliżu cewki otwór, przepuszczający zgłębnik, odpowiada światłu zwyrodniałej pochwy. Tym razem, rozwiązując chorą, Z. zamierza dokonać cięcia cesarskiego i przy pomocy odpowiedniego zabiegu na jajowodach znieść możliwość ponownych ciąży, które przedstawiają dla chorej poważne niebezpieczeństwo.

C. Stankiewiczowi, stwierdzającemu, że chora przedstawia pęknięcie krocza III stopnia, Z. zaprzecza. Chora ma zwieracz zachowany i kał zatrzymuje; pęknięcie więc nie jest zupełne. Zresztą stan, w jakim znajdowała się chora, kiedy była rozwiązywana, niebezpieczeństwo, jakie jej groziło i chwila nie wydawały się Z. odpowiedniami dla dokonania zabiegów plastycznych.

4. *Czesław Stankiewicz* przedstawia przypadek marskości sromu (kraurosis vulvae), uleczony drogą całkowitego wycięcia części rodnych zewnętrznych. Rzecz dotyczy kobiety 39-letniej, chorej od lat 12 i leczonej bez skutku

rozmaitymi sposobami (przyżeganie, promienie Roentgena). Ze względu na istniejące od 1½ roku obfite krwawienia, zależne od zmian zapalnych w mięśniu macicznym, przydatkach i otrzewnej miedniczej, na tem że posiedzeniu wykonano drogą cięcia brzuszno nadpochwowe wycięcie macicy wraz z przydatkami. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany; wszystkie rany zagoiły się doraźnie. Od czasu operacji pacjentka czuje się dobrze, miewa jednak od czasu do czasu uczucie lekkiego swędzenia w skórze, otaczającej wchód do pochwy. Wynik kosmetyczny, pomimo usunięcia sromu i skóry warg większych na znacznej przestrzeni (szerokość płata dochodziła miejscami do 3 ctm.), jest bardzo dobry.

Po omówieniu szczegółów techniki zabiegu, S. przedstawia pacjentkę i okazuje wycięty srom, zachowany sposobem Picka w barwach naturalnych. Przypadek powyższy zostanie bliżej omówiony pod względem anatomopatologicznym przez kol. Lorentowicza, który zamierza na jednym z następnych posiedzeń przedstawić odnośne preparaty drobnowidzowe.

(Streścił mówca).

5. *Stefan Janczewski* przedstawił rzadki okaz nowotworu pęcherza moczowego — Carcinoma colloïdale vesicae — (Rozpoznanie anatomopatologiczne preparatu D-ra Paszkiewicza).

Przypadek pod niejednym względem zasługuje na uwagę. Pacjentka lat 52, zamężna lat 30, urodziła pomyślnie troje dzieci, w następstwie dwa razy poroniła. Dokonano u niej dwukrotnie wyskrobania macicy, raz jeden w oddziale Neugebauera w roku 1897 dokonano wytwórczej operacji na szyi macicznej. Trzy lata temu Dr. Fajans założył chorej krążek pochwowy, biały, gumowy, który chora nosiła z przerwami dłuższy czas. Peryody zginęły pół roku temu, dawniej były regularne. Pacjentka na macicę nie chorowała, prócz owych poronień. Obecnie zgłosiła się do Neugebauera z prośbą o poradę. Już pół roku temu zauważyła jakiś guz, powyżej spojenia łonowego wymacalny. Przy ucisku zewnętrznym na guz zaraz odczuwała potrzebę oddawania moczu. Obecnie skarży się na to, że guz uciska na pęcherz moczowy. Żadnej innej skargi nie miała. Badając dwuręcznie, rozpoznano myomatosis uteri multiplex z jednym włóknakiem na przedniej ścianie macicy usadowionym, podsurowiczym. Neugebauer postanowił usunięcie macicy drogą brzuszną i chorą przyjął do swego oddziału. Operację powierzył Janczewskiemu, sam zaś asystował przy niej. Operacja ujawniła niespodziankę wielką: Macica myomatyczna leżała in retroversione wskutek guza, który przed operacją wzięto za podsurowiczy włóknak przedniej ściany macicy — guz zaś ten bynajmniej nie należał do macicy, lecz był nowotworem szczytu i tylnej ściany pęcherza moczowego. Oryentowanie się zaraz po otwarciu jamy brzusznej na razie było bardzo trudne — dopiero po zastosowaniu położenia Trendelenburga ujawniono istotny stan rzeczy. Amputowano górną część pęcherza, przecinając tylną ścianę jego tuż poniżej guza, następnie przecięto przednią ścianę pęcherza. Usunięto doszczętnie chorą część pęcherza; przez otwór, szerokości czterech palców poprzecznych, z całą dokładnością można było zrewidować śluzówkę

pozostalej części pęcherza, okazała się ona dla oka prawidłową. Ranę więc pęcherza zaszyto dwupiętrowym szwem — niestety użyto do szwu tylko strunę, a nie jedwab dla warstwy głębokiej. Następnie zeszyto ranę brzuszną, pozostawiając otwarty tylko dolny koniec rany dla wprowadzenia sączka bezpieczeństwa. Chora zniosła operację dobrze z wyjątkiem powikłania, że w kilka dni po operacji powstała przetoka moczowa powyżej spojenia łonowego, pomimo, że chora od samej operacji leżała z cewnikiem stałym Petzera. Podczas operacji guz czynił z wyglądu oraz położenia wrażenie podsurowiczego włókniaka macicy, wkręcono więc grajcar Doyena, lecz zaraz go usunięto, widząc, że w miejscu wkręcenia wydziela się maziowata masa, przypominająca zawartość torbieli skórzastej. Całe terytoryum operacji było poprzednio wytapetowane serwetami — udało się owe masy maziowate, zgorzelinowe, usunąć.

Uchwycono następnie guz kleszczykami zębatego — niestety powtórzyło się to samo. W miejscu uchwycenia guza kleszczykami wydziela się znów owa masa maziowata. Zdjęto więc kleszczyki, uchwycono duplikaturę otrzewnej po obu stronach pęcherza zaciskadłami tępemi, nałożono, gdzie wypadło, szwy — najprzód po obu stronach pęcherza — przecięciem tkanek uwolniono boki pęcherza, dalej dokonano, jak już powiedziane było, rezekcji, czyli amputacji pęcherza.

Gdy spojrzeć na śluzówkę pęcherzową preparatu pooperacyjnego, widać wrzód, wielkości mniej więcej pięciokopiejkówki miedzianej o powierzchni miękkiej, jakoby aksamitem wystanej, ciemnoczerwonej, okrągłej. Wrzód otoczony był twardym wałkiem, grubości dużego palca, absolutnie koncentrycznym z obwodem samego wrzodu. Gdy spojrzeć na guz od strony zewnętrznej, jego obraz przedstawia się tak: guz osadzony na tylnej ścianie pęcherza ma kształt osobliwy — przypominał co do kształtu pomidor spory, na którego szczycie osadzony był drugi guz wielkości kartofla. Powierzchnia guza wyglądem czyniła wrażenie powierzchni włókniaka podsurowiczego macicy i bynajmniej nie podejrzewanoby raka, gdyby nie owa zawartość maziowata, wydzielająca się z miejsca naruszenia całości ścian guza narzędziami ostreimi. Spoistość guza była miękka, walcowaty zaś wał, otaczający podstawę guza, był nadmiernie twardy. Wyglądem swoim zaraz po otwarciu jamy brzusznej przypominał zupełnie wygląd albo ropniaka jajowodu z guzem sklejonego, albo też pętli kiszek cienkiej z guzem zrosniętej. W pierwszej chwili sądzono, że ma się do czynienia z włókniakiem macicy, z tylną ścianą którego zrosnięty był ropniak jajowodu. Oryentacja była, jak już powiedziano, bardzo trudna z powodów powyżej wyszczególnionych, tem bardziej, że a priori nie istniało najmniejsze nawet podejrzenie na nowotwór pęcherza, ani co do wywiadów, ani co do badania moczu. Mocz, przed operacją badany, nie zawierał ani białka, ani krwi, ani też jakichkolwiek metów. Dopiero po operacji dowiedziano się od męża chorej, że pół roku temu pacjentka dwukrotnie była u lekarza z powodu, że zauważyła krew w moczu.

Na zakończenie Janczewski zaznacza, że wypadłoby przed każdą operacją tego rodzaju dokonać oględzin wnętrza pęcherza moczowego.

Neugebauer dodaje do pokazu Janczewskiego kilka słów, uwydatniając, że chora dotknięta jest kraurosi vulvae. Czy kraurosis vulvae jest syndromalnym przypadkowym objawem, czy też stoi w związku przyczynowym z rakiem pęcherza — pozostaje pytanie do rozstrzygnięcia. W danym przypadku szczęściem dla chorej było, że wrzód pęcherza i nowotwór z niego powstały były usadowione powyżej pęcherzowego ujścia moczowodów, w przeciwnym razie operacja byłaby o wiele trudniejsza i więcej skomplikowana.

6. *Szybowski* przedstawił potworka z guzem w okolicy pośladków wielkości prawie głowy dorosłego człowieka. Potworek ten pochodzi od chorej W. K., lat 33, rodzącej po raz 5-ty, przeniesionej do Instytutu Położniczego z oddziału D-ra Jakowskiego w dniu 12 października r. b.

Z wywiadów dowiadujemy się, że rodząca W. K. urodziła 5-ro żywych donoszonych, prawidłowo zbudowanych dzieci. Porody i pociągi odbyły prawidłowo. Ostatni poród przed 2½ laty. Poroniła raz jeden przed 6-u laty w 6-ym miesiącu ciąży. Do połowy obecnej ciąży miewała mdłości i wymioty, a od miesiąca zjawily się obrzęki nóg oraz silna duszność, szczególnie podczas ruchu; dolegliwości te zmusiły rodzącą do zapisania się do szpitala w dniu 7 października r. b. Ostatni peryod miała 14-go marca r. b., daty zjawienia się ruchów nie pamięta. Jakoby od 4-ch dni nie czuje ruchów.

Znaleziono brzuch mocno napięty, obwód na wysokości pępka 93 cm., macica na kilka palców poniżej wyrostka mieczykowatego, tętna płodu nie słyszeć. Przoduje główka. Badanie wewnętrzne wykazało: rozwarcie całkowite, główka w wyjściu, szew sirzalkowy w wymiarze prostym miednicy.

Ze względu na słabe bóle porodowe główkę wypchnięto, poczem z wielką trudnością wypchnięto barki, lecz dalej wydobyć płodu pomimo silnego pociągania nie można było. Wobec tego chorą przeniesiono na stół, uspiono chloroformem, i wtedy wprowadzono rękę o ile można najgłębiej i stwierdzono, że w okolicy pośladków znajduje się jakiś duży twór. Głębiej ręki wprowadzić nie można było, badanie zewnętrzne bynajmniej sprawy nie wyjaśniło.

Przypuszczając potworność, a mianowicie zrośnięcie się płodów w okolicy kości krzyżowej, Szyb. postanowił przeciąć I-y płód jak można najwyżej, aby, zrobiwszy miejsce, uwolnić II-gi płód, przypuszczalnie leżący poprzecznie. Płód przecięto tuż nad miednicą i wtedy udało się wprowadzić rękę do jamy macicy i dopiero teraz przekonano się, że w jamie macicy znajduje się duży sprężysty, okrągły twór, wielkości prawie głowy dorosłego człowieka, a od tworu tego odchodzą z kończyny dolne przeciętego płodu. Nóżki sprowadzono do pochwy, lecz pociąganie za nie nie dało żadnego wyniku, twór znajdujący się w jamie macicy zupełnie nie obniżył się. Z obawy przed uszkodzeniem macicy Szyb. postanowił twór przeciąć na dwie części, by wyjąć każdą pojedynczo. Z dużą trudnością udało się prze-

ciąć guz, znajdujący się w jamie macicy, prowadząc cięcie pomiędzy kończynami w celu jaknajmniejszego uszkodzenia guza. Gdy dostano się do jamy guza, częściowo palcem, częściowo zaciskadłem usunięto część zawartości tegoż wielkości z pięści. Dopiero teraz, pociągając za kończyny, wydobyto twór nazewnątrż. Okazało się, że jest to guz, stanowiący dolną część płodu, i zawierający tkankę, podobną nieco do tkanki mózgowej, lecz w wielu miejscach spoistość tkanki przypominała chrząstkę. Od bocznych części guza odchodzą 2 dolne kończyny dość krótkie, mocno obrzękłe. Skóra na guzie prawidłowa, nieco pomarszczona, spojenie łonowe oraz kość krzyżowa zostały przecięte podłużnie podczas rozkawalenia. Części płciowych, ani też odbytu nie znaleziono.

Górna część płodu do miejsca guza rozwinięta zupełnie prawidłowo. Obwód główki w wymiarze prostym 29 cm., w wymiarze skośnym dużym 33 cm., wymiar poprzeczny barków 10 cm, waga potworka 2500,0, nie licząc usuniętej, podczas rozkawalenia, zawartości guza, wielkości prawie 2-ch pięści. Rozkawalony płód zeszyto dokładnie. Badanie drobnowidzowe, wykonane pobieżnie (do badania wzięto 2 kawałki tkanki ze środka guza), pozwala przypuszczać, że jest to potworniak (theratoma) okolicy pośladkowej. Wyniki ścisłego badania Szyb. pozwoli sobie podać do wiadomości na jednym z następnych posiedzeń. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że potworniak dosięgał b. dużej wielkości — prawie głowy dorosłego człowieka, z powodu czego stanowił dużą trudność przy rozwiązywaniu.

Dodać należy, że półóg przebiegał bez powikłań, i położnica opuściła Instytut po 7-tu dniach w zupełnie pomyślnym stanie.

7. *Lorentowicz* przedstawił chorą, dotkniętą marskością dolnej części sromu i krocza. Chora lat 31, zamężna, porodów i poronień nie przeżywała. Miesiączkowanie nieprawidłowe — co 17—20 dni, obfite, trwające 5—7 dni. Od kilku lat ma upławy — nieobfite, natomiast często gryzące. Przed rokiem poczuła swędzenie w okolicy odbytu. Swędzenie to wkrótce stało się do tego stopnia dokuczliwe, że pozbawiało częstokroć chorą snu i zmuszało do stosowania okładów uśmierzających na krocze i okolicę odbytu. Po upływie kilku miesięcy swędzenie osłabło — przed kilku atoli tygodniami powróciło z dawną siłą. Nadto chora zaznacza, że po oddaniu moczu często doznaje szczypania w kroczu, oraz że spółkowanie sprawia jej często ból. Badanie sromu wykazuje, że skóra na dolnej części warg sromowych, na kroczu, zwłaszcza zaś na pograniczu ze śluzówką odbytnicy jest bardzo zmieniona — sucha, sztywna, pergaminowa, barwy szarobiaławej. Po rozsunięciu warg dużych widać, że śluzówka dołu łódkowatego jest wyraźnie zmieniona — sucha i zgrubiała, również i mały uczaśtek śluzówki odbytnicy nosi ślady tegoż schorzenia.

L. zamierza drogą operacyjną usunąć marskością dotknięte ucząstki skóry i śluzówki.

W dyskusyi nad odczytem Huzarskiego: „Nowe prądy w postępowaniu z łozyskiem przodującym“ Tieme, rozważając prace, ogłoszone w ostatnim dziesiątku lat, odnoszące się do postępowania w łozysku poprzedzają-

cem, dzieli je na dwie grupy. Do jednej grupy zalicza prace tych ginekologów, którzy, niezadowoleni z dotychczasowych sposobów postępowania w łożysku przodującym, zalecają cięcie cesarskie, bądź to pochwowe, bądź zewnątrzotrzewnowe, bądź klasyczne; do drugiej zaś prace tych ginekologów, którzy na mocy obfitego materiału klinicznego wykazują, że dotychczasowe sposoby postępowania w tem powikłaniu sprawy porodowej nie dają tak niepomysłnych wyników, jak to piagną wykazać zwolennicy cięcia cesarskiego i zalecają trzymanie się, zwłaszcza w praktyce prywatnej, dotychczasowych sposobów. Zachodzi ta jednak różnica między nimi, że gdy jedni są gorącymi zwolennikami stosowania metroreuzy (na czele tych stoi klinika wrocławska—Hannes i inni), to znowu inni wykazują wyższość metody obrotu płodu na nóżkę sposobem Braxtona Hicksa (klinika i poliklinika berlińska—Sigwart).

Następnie Thieme omawia szczegółowo każdą z tych metod i wypowiada zdanie, że w postępowaniu w łożysku poprzedzającym głównem zadaniem lekarza powinno być, po rozpatrzeniu się szczegółowo w okolicznościach, towarzyszących temu zboczeniu sprawy porodowej, zastosowanie w każdym poszczególnym przypadku tej metody, któraby zdołała w jak najkrótszym czasie zatamować krwotok, ów stały i zarazem bardzo groźny objaw w tem zboczeniu sprawy porodowej; tak dla życia matki jak i dla dziecka.

W dalszym ciągu swego przemówienia Thieme przytacza kazuistykę 36 porodów z łożyskiem przodującym, które miał sposobność obsługiwać podczas swojej dotychczasowej działalności lekarskiej, z wykazaniem w każdym poszczególnym przypadku stosowanej przez siebie metody, oraz wyników, otrzymanych dla matek i dzieci, i kończy swe przemówienie w sprawie postępowania w łożysku poprzedzającym odczytaniem następujących wniosków:

1) Łožysko poprzedzające stanowi bezwarunkowo bardzo niebezpieczne powikłanie sprawy porodowej dla życia matki, a jeszcze bardziej dla życia dziecka.

2) Niebezpieczeństwo to zależne jest od krwotoków, będących następstwem wczesnego odklejanie się łożyska, w dalszym odcinku macicy umieszczonego.

3) Głównem zadaniem lekarza jest szybkie i trwale zatamowanie krwotoku.

4) Jedynym i pewnym środkiem dla zatamowania krwotoku jest silny, bezpośredni i trwały ucisk na miejsce, będące źródłem krwawienia, to jest na łożysko poprzedzające. W tym celu obowiązkiem lekarza jest wybór w każdym poszczególnym przypadku tej metody, któraby w jaknajkrótszym czasie zdołała wywrzeć bezpośredni i stały ucisk na miejsce krwawiące, a więc: a) w porodach z łożyskiem przodującym, w których główka jest nieruchoma i naciska na dolny odcinek macicy, wskazane jest, w celu wywołania jeszcze większego ucisku, rozerwanie błon płodowych, a następnie pozostawienie dalszego przebiegu porodu; b) w przypadkach łożyska poprzedzającego, w których część poprzedzająca płodu, wzgl. główka, stoi

wysoko i jest ruchoma, a więc nie jest zdolna wywierać ucisku na miejsce krwawiące, należy bezzwłocznie przystąpić do założenia matreuryntera, albo do obrotu płodu na nóżkę sposobem Braxtona Hicksa, nadmienając, że ten ostatni sposób jest bezwarunkowo najpewniejszym i najprędzszym środkiem do zatamowania krwotoku.

5) Unikać należy wszelkich forsownych rękoczynów w celu spieszniejszego ukończenia porodu dla uratowania dziecka, gdyż owe rękoczyny mogą bardzo łatwo spowodować rozerwanie ujścia macicznego, powikłanie dla matki bardzo niepożądane i w skutkach mocno niebezpieczne.

6) W przypadkach łożyska poprzedzającego, w których płód żyje i jest zdolny do życia pozamacicznego, a matka gorąco pragnie mieć dziecko żywe, a nadto w tych przypadkach, gdzie obok łożyska poprzedzającego znajdujemy choćby niezbyt wielki stopień zwężenia miednicy lub zbyt wielką niepodatność części miękkich, jest wskazane cięcie cesarskie klasycznie, dające w obecnym stanie nauki tak dla matki, jak i dla dziecka, bardzo pożyteczne wyniki.

(Streścił mówca).

Monsiowski wyraża przedewszystkiem swe zdziwienie, że kol. Huzarski nie wspomina wcale o metodzie Pinarda; przez pominięcie tej metody prelegent fałszywie rozumie i fałszywie tłumaczy działanie matreuryntera. Powołując się na dwie swoje prace o poprzedzającym łożysku, M. tłumaczy najpierw, że mianem poprzedzającego łożyska oznaczamy łożysko, znajdujące się na dolnym odcinku macicy, który formuje się z dolnej części trzonu w ostatnich trzech miesiącach ciąży drogą rozciągania się tkanek. Ponieważ przyłączone na dolnym odcinku macicy łożysko nie może rozciągać się w tym stopniu, jak ściana macicy, przeto następuje jedno z dwojga: albo łożysko odkleja się od macicy i następuje krwotok, albo pękają błony i wtedy krwotoku nie ma. Tak w tym, jak i w tamtym przypadku może nastąpić wcześniejszy poród. Tu M. podkreśla z okoliczności: 1) że symptomatologia poprzedzającego łożyska składa się z 3 objawów, a nie z jednego tylko krwotoku i 2) że tam, gdzie następuje pęknięcie błon, tam nie ma krwotoku, innemi słowy, natura leczy krwotok pęknięciem pęcherza płodowego. Opierając się na anatomii, fizyologii i symptomatologii, Pinard podał jako leczenie krwotoku w poprzedzającym łożysku szerokie przerwanie błon pęcherza płodowego. Wtedy płód może rozdzielić się, nie rozciągając pęcherza płodowego i nie wywołując krwotoku. Że jednak nie zawsze macica jest na tyle otwarta w chwili rozrywania błon, i że w celu rozrywania błon należy często oddzielić część łożyska, co powoduje krwawienie, przeto dla torowania drogi dla płodu i zatamowania już istniejącego krwawienia zakładamy do macicy do wnętrza jaja płodowego balon Champetier de Ribesa. Że nie następuje później nowy krwotok, nowe oddzielanie się łożyska od ściany macicy, tego nie zawdzięczamy balonowi, ale szerokiemu rozdarciu błon. M. szczególnie nastaje na tę okoliczność, uważając, że kto sądzi, iż leczy krwotok balonem, rozdarłszy błony, ten nie rozumie mechanizmu krwotoku, ani nie zna objawów poprzedzającego łożyska. M. wspom-

niał dalej o różnicy metody Puzosa (przekłucie błon) i metody Pinarda. W badaniu przez pochwę M. radził badać sklepienia, by wyczuć, z której strony znajduje się mniejszy płat łożyska; dopiero po zbadaniu tej sprawy można wchodzić do szyi macicznej i przystępować do odklejania łożyska i rozdzierania błon. Podług Pinarda, w krwotokach zwykle mniejsza część łożyska bywa na przedniej ścianie macicy, za spojeniem łonowym.

Następnie M. przeszedł kolejno różne stopnie przyczepu poprzedzającego łożyska i w każdym wskazał sposób postępowania; tylko w przyczepie prawie ośrodkowym, kiedy trudno jest dojść do błon, M. za Pinardem dopuszcza do stosowania Braxton Hicksa z tem zastrzeżeniem, by stale pociągać za nóżkę płodu, gdyż inaczej krwotok może nie ustać.

Wszystkie szczegóły rozwoju nauki o poprzedzającym łożysku M. podał w rozprawie doktoryzacyjnej paryskiej z roku 1896, oraz w artykule w „Ginekologii”. Praca ta opiera się i na spostrzeżeniach klinicznych i na przestudyowaniu źródłowym przeszło 140 prac. Z tych prac bardzo liczne dosłowne wyjątki są cytowane w rozprawie M. Co się tyczy cięcia cesarskiego we wszelkich odmianach, jako sposobu leczenia poprzedzającego łożyska, M. uważa to za niepotrzebne narażanie życia chorych.

Biorąc pod uwagę całe piśmiennictwo poruszonego przez Iluzarskiego przedmiotu, Z. Endelman dochodzi do wniosku, że wskazania do cięcia cesarskiego w łożysku przodującym są bardzo ograniczone. Przedewszystkiem wybierać musimy przypadki aseptyczne, t. j. takie, które albo wcale nie były badane, albo przynajmniej przez osobę, zupełnie obeznaną z aseptyką. Odnosi się to nie tylko do klasycznego cięcia cesarskiego, lecz i pozaotrzewnowego, gdyż już teraz przekonano się, że to ostatnie nie ziściło w zupełności nadziei, w niem pokładanych. Przypuszczano wszak, że da się ono zastosować w przypadkach niepewnych, a nawet już zakażonych. Tymczasem okazało się, co stwierdził Bumm na ostatnim kongresie międzynarodowym, że wyniki cięcia pozaotrzewnowego są dobre li tylko w aseptycznym stanie organów płciowych. Co się tyczy wyboru przypadków, nadających się do cięcia cesarskiego, to, jak większość akuszerów sądzi, należy je wykonywać jedynie w tych razach, gdy mamy do czynienia z zupełnie zachowaną i niepodatną szyją maciczną i z żywym donoszonym płodem. Lecz przypadki takie, jak to każdy z doświadczenia wie, są nadzwyczaj rzadkie, przedewszystkiem dlatego, że najczęściej spotykamy łożysko przodujące u wieloródek, u których w ostatnich miesiącach ciąży szyja przepuszcza przynajmniej jeden lub dwa palce, powtórę zaś dlatego, że powstawanie większych krwotoków w łożysku przodującym zależne jest od skurczów macicy, prowadzących w większości przypadków do rozwierania się szyi macicznej. Wszak Veit, mówiąc o różniczkowym rozpoznaniu pomiędzy krwotokami, zależnymi od łożyska przodującego a takimi, które powstają wskutek przedwcześnie odklejonego łożyska, lecz przyczepionego na normalnem miejscu, wypowiada słowa następujące:

„Jeżeli wobec zupełnie zamkniętej szyi znajdujcie krwawienie umiarkowane, to z dużem prawdopodobieństwem przyjąć możecie łożysko przodujące. Jeżeli natomiast wobec zupełnie zamkniętej szyi spotykacie obfite

krwawienie, to przede wszystkim pomyśleć należy o przedwczesnem odklejeniu się prawidłowo przyczepionego łożyska.

Musicie Panowie zawsze pamiętać, że krwotoki w łożysku przodującym połączone są z bólami, a bóle te, jeżeli wywołują silniejsze krwawienie, muszą rozszerzyć szyję maciczną.

Przechodząc do omówienia dotychczas stosowanego postępowania w łożysku przodującym, E. na podstawie swojego doświadczenia zaznacza, że wyniki zależą nie tyle od wyboru tej lub innej metody, lecz od tego, kiedy i jak się ją stosuje. Nie ulega wątpliwości, że bardzo często tracimy pacjentki dlatego, że, zawezwani do krwotoku, zależnego od łożyska przodującego, i przekonawszy się, że krwotok, choć bardzo obfity, sam przez się zatrzymał się i że bólów porodowych nie ma, zalecamy pacjentce spokojne leżenie w łóżku i powracamy również spokojnie do domu. Po kilku dniach lub tygodniach powtarza się znów krwawienie, a my ciągle zwlekamy z interwencją do chwili rozpoczęcia się bólów porodowych, czyli wykonujemy ten lub inny rękoczyn już wtedy, kiedy pacjentka znajduje się w stanie silnej niedokrwistości. Jest to błąd, który, niestety, zbyt często się powtarza. Zdaniem E., bez względu na okres ciąży, przyjmując pod uwagę, że, pomimo wszystkich naszych usiłowań, poród najczęściej przedwcześnie się kończy, należy po pierwszym obfitym krwotoku przystąpić do rozwiązania rodzącej. Szanse dla uratowania matki są wtedy najlepsze. Jaką metodę zastosujemy, czy szerokie rozdarcie pęcherza, tak gorąco polecane przez Monsiorskiego w jego rozprawie doktorskiej, czy obrót Braxton Hicksa, czy wreszcie hystereuryzę—zależać to będzie od przypadku. E. osobiście najczęściej stosuje hystereuryzę. Zwolennikami skombinowanego obrotu mogą być tylko ci, którzy metreuryzy nie stosowali. Kto raz ją wykonał, ten pozostanie jej wiernym na długie lata. Od czasu stosowania hystereuryzy miał E. tylko jeden przypadek śmiertelny w praktyce prywatnej na skutek poporodowej atonii.

Lecz nie tyle wybór metody leczniczej, ile sposób jej wykonania ma tu ogromne znaczenie. Pomijając ściśle przestrzeganie aseptyki, należy przystępować do rozwiązania rodzącej przy pomocy 2-ch, lub, jeszcze lepiej, 3-ch kolegów. Gdzie warunki zewnętrzne nie pozwalają na to, daleko rozsądniej i uczciwiej postąpi lekarz, odsyłając pacjentkę po szczelnem wypchaniu pochwy do przytulku, lub oddziału akuszerskiego. Bo wprowadzenie metreuryntera lub obrót Braxton Hicksa nie jest, jak mylnie przypuszczają mało doświadczeni lekarze, najważniejszą czynnością akusзера w łożysku przodującym. Największe niespodzianki oczekują nas dopiero po urodzeniu się dziecka. Wiemy, na przykład, że po obrocie, pomimo postępowania wyczekującego, a więc zupełnie bez winy lekarza, rozrywa się szyja macicy. E. widział nawet w klinice Gusserowa pęknięcia szyi przy bocznem przodowaniu łożyska po przekłuciu pęcherza płodowego, a więc po rękoczynie względnie bardzo niewinnym.

Lecz oprócz pęknięcia szyi zdarzają się i inne przykre powikłania. Do najstraszniejszych E. zalicza poporodową atonię. W przypadku, o którym E. już wyżej wspomniał, nie udało mu się wywołać skurczów wszyst-

кими znanymi wtedy sposobami, a więc tamponacją macicy, masażem, ergotyną. Macica pozostawała zupełnie wiotka. Sposobu Momburga wtedy jeszcze nie stosowano. Wątpliwe jest jednak, czy by się w tym przypadku przydał, gdyż najprawdopodobniej mieliśmy tu do czynienia ze zwyrodnieniem tłuszczowem mięśnia macicznego. Na jeden tylko szczegół, dotyczący tego przypadku, chciałby E. zwrócić uwagę. Otóż metreuryza, która była tu zastosowana w otwarciu szyi na 2 palce, wywierała bardzo słaby wpływ na skurcze macicy. Pacjentka wcale nie odczuwała bólów porodowych. Dopiero po 14 godzinach ujście rozszerzyło się o tyle, że można było z łatwością wykonać obrót wewnętrzny. Niewątpliwie rozwieranie się ujścia spowodowane zostało nie przez skurcz macicy, lecz przez mechaniczne rozszerzanie na skutek ucisku balonu, do którego został umocowany ciężarek. Takie słabe reagowanie macicy na hystereuryzę w łożysku przodującym jest objawem bardzo niepomysłnym. Trzeba być wtedy przygotowanym do krwotoku atonicznego.

E. wspomina jeszcze o jednym powikłaniu, a mianowicie o zatorze powietrznym, którego sam raz był świadkiem w praktyce jednego ze starszych kolegów. W chwili wprowadzenia ręki do pochwy nastąpiła momentalna śmierć. To samo zdarzyło się przed kilku laty drugiemu koledze podczas wypychania pochwy gazą jodoformową. E. umyślnie wyliczył wszystkie niebezpieczeństwa, grożące rodzącej w łożysku przodującym, gdyż tylko, pamiętając o nich, można otrzymać dobre wyniki lecznicze. A więc oprócz licznej asystencji należy przygotować wszystko, niezbędne do natychmiastowego tamowania krwawienia, kilka nawleczonych struną igieł, gazę jodoformową do wypychania macicy, rurę gumową Momburga, analeptica, sól kuchenną i t. d. — wszystko to w tym celu, by nie tracić drogiego czasu, gdyż każda kropla utraconej po porodzie krwi może być już tą ostatnią kroplą przepełnionej czary.

Po wprowadzeniu metreuryntera i zawieszeniu ciężarka należy zachować się wyczekująco. W chwili, gdy balon zaczyna wysuwać się z pochwy, E. układa pacjentkę na stole w ten sposób, że pośladki znajdują się wyżej, niż klatka piersiowa. Ma to, zdaniem Veita, zapobiegać powstawaniu zatoru powietrznego. Po wypadnięciu balonu należy wolno wprowadzić rękę do macicy i wykonać obrót i wyciągnięcie płodu. Po samoistnem lub, w razie potrzeby, sztucznem oddzieleniu łożyska, a nie należy długo z tem ociągać się, w każdym przypadku wprowadza wzierniki do pochwy i ogląda szyję maciczną. W razie rozdarcia szyi natychmiast ją zaszywa, poczem zasadniczo tamponuje macicę gazą jodoformową z puszkii Dührssena w celu zapobieżenia następczym krwotokom.

Bywają jednak przypadki rozpaczliwe, w których pacjentki dostają się w ręce lekarza w stanie tak lichym, iż z góry przewidzieć można, że nie zniosą najmniejszego upływu krwi, z którym przecież zawsze połączone jest stosowanie tej lub innej metody operacyjnej. W takich razach Hammerschlag w ostatniem swem dziele (*Operative Geburtshülfe* 1910) proponuje postępować tak, jak się postępuje w pęknięciu ciężarnego jajowodu i wolnym krwotoku do jamy brzusznej, a mianowicie — wykonać całkowite wycięcie macicy.

Monsiorski nie uważa tamponacyi pochwy w tych przypadkach jako zabieg celowy, jak również nie zalecałby oglądania ran na części pochwowej macicy z obawy zatoru powietrznego.

W odpowiedzi Monsiorskiemu E. zaznacza, że nie uważa tamponacyi pochwy za metodę leczniczą; stosuje on ją tylko wtedy, gdy warunki zewnętrzne zmuszają go do kierowania pacjentki do przytułku lub zakładu położniczego. Jest więc to zabieg chwilowy, który przy aseptycznym wykonaniu nigdy zaszkodzić nie może.

Wertenstein jest zdania, że postępowanie w łożysku przodującym winno ukształtować się rozmaicie, zależnie od właściwości danego przypadku. Miarodajnym przedewszystkiem powinien być ogólny stan chorej, jej wygląd, tętno etc., następnie trzeba brać pod uwagę: rodzaj przodującego łożyska, stan rozwarcia ujścia macicznego, położenie płodu i okres ciąży.

I tak w dobrym stanie chorej i przyczepieniu łożyska brzeżnem W. przerywa pęcherz; w tych samych warunkach, ale w poprzedzaniu łożyska całkowitem W. zakłada metreurynter (ewentualnie po uprzednim tamponowaniu); natomiast w wysokim stopniu niedokrwistości i szybkim tętnie wykona skombinowany obrót podług Braxton Hicksa. Wprawdzie i tu można posługiwać się metreuryzą, ale jest ona więcej kłopotliwa i więcej naraża chorą na zakażenie nie tylko w praktyce prywatnej, ale i w klinikach. Czyli, innemi słowy, metreuryza w przypadkach, gdzie można czekać, jest niezasłupiona, w przypadkach zaś niecierpiących zwłoki pierwszeństwo należy oddać skombinowanemu obrotowi. Z drugiej znów strony w okresach ciąży późniejszych, gdzie są widoki na żywe dziecko—metreuryza będzie bardziej odpowiednia, niż Braxton Hicks.

Huzarski w obszernem przemówieniu zaznacza, że w każdym przypadku przodującego łożyska należy sobie postawić 3 pytania, a mianowicie: kiedy operować, gdzie operować i jak operować? Co do pierwszego pytania, to H., wbrew zdaniu większości autorów, jest mniemania, że po pierwszym większym krwotoku należy natychmiast wystąpić z interwencją. Co do drugiego pytania, to H., biorąc pod uwagę, że przypadki łożyska przodującego są poważnem powikłaniem, wymagają pomocy kilku lekarzy, jakoteż zabezpieczenia się przeciwko wszelkim ewentualnościom, sądzi, że należy każdy przypadek całkowitego przodowania łożyska odsyłać do kliniki. Co do trzeciego pytania, to H. jest zdania, że, w obecnym stanie naszej wiedzy o łożysku przodującym, najlepsze wyniki tak dla matki, jak dla dziecka daje metoda wewnątrzmacicznego stosowania balonów niespreżystych (hystereuryza), gdyż procent śmiertelności matek wynosi 5,5 — 5,8, dzieci zaś 30—40. Należy jednak, stosując tę metodę, wprowadzić balon do wnętrza jaja płodowego (hystereuryxis interamnalis) po przebicciu łożyska, następnie należy, po urodzeniu się płodu, natychmiast wydostać ręką łożysko, nie czekając, aż samo się odklei — i zaraz potem szczelnie wypchać kanał maciczno-pochwowy wyjałowioną gazą jodoformową. H. postępował w ten sposób w ciągu ostatnich kilku lat we wszystkich przypadkach łożyska poprzedzającego tak w praktyce własnej, jakoteż konsultacyjnej z najlepszym wynikiem dla matek i dzieci, gdyż nie stracił ani jednej położnicy,

a z dzieci wszystkie zdolne do życia utrzymały się przy życiu. Co się tyczy metody Pinarda, tak gorąco zalecanej przez Monsiorskiego, to H. sądzi, że jest to metoda eklektyczna, to znaczy, że bierze ona z każdej metody to, co ona ma najlepszego, i stara się z tego zlepku stworzyć własną metodę. Procent śmiertelności matek 0,1 i dzieci 2,51 jest tak bajecznie mały, że H. wprost dziwi się, dlaczego nikt nie stosuje tej metody oprócz autora. W końcu co się tyczy stosowania cięcia cesarskiego do leczenia przodującego łożyska, to H. jest zdania, że obecnie trudno wypowiedzieć się stanowczo wobec małej liczby materiału klinicznego. W tych przypadkach łożyska przodującego, które usadowiły się w przesmyku macicznym, tak zwana placenta praevia isthmica w znaczeniu Aschoffa, jedynie cięcie cesarskie jest w stanie uchronić kobietę od pewnej śmierci. Jaką należy stosować metodę cięcia cesarskiego, czy pochwową, czy zewnątrzmaciczną, czy też klasyczną, tego obecnie rozstrzygnąć jeszcze nie można. Każda z tych metod ma swoje dobre i swoje złe strony. Przy okazji H. streszcza 3 najnowsze prace w tym kierunku, które ukazały się w druku już po napisaniu jego odczytu, a mianowicie: pracę Sigwarta z kliniki Bumma, pracę Novaka z kliniki Rosthorna i pracę Gussakowa z kliniki Fenomenowa.

L. LORENTOWICZ.

Posiedzenie d. 25 listopada 1910 r.

1. *Huzarski* przedstawił okaz pękniętej ciąży jajowodowej, usuniętej przez niego poprzedniego dnia. Kobieta lat 29, zamężna od 9 lat. Przed 8 laty urodziła po raz pierwszy. Przed 5 laty przechodziła po poronieniu peri et parametritis z obustronnym wysiękiem. H. leczył ją wówczas w ciągu 5 tygodni. Potem zaszła w ciążę i pomyślnie urodziła. Przed trzema tygodniami spodziewała się peryodu, zamiast peryodu wystąpiły gwałtowne bóle w lewym podbrzuszu, wieczorem tego samego dnia pokazały się plamy krwawe; od tej chwili chora ciągle krwawi. Chorą leczono gorącymi okładami na brzuch. Po kilku dniach znowu wystąpiły gwałtowne bóle w dole brzucha, chora pozostawała w ciągu kilku dni w łóżku. Od 8 dni bóle w dole brzucha nie ustają, w ostatnich dniach ciepłota podniosła się do 38° C. Chorą przed 2 dniami przywieziono z Brześcia Litewskiego wprost do kliniki. H. widział chorą w dwie godziny później. Tętno bardzo drobne 110, ciepłota 37,8° C. Ból w dolnej części brzucha; w lewym dole biodrowym wyczuwa się guz wielkości z pięści, nieruchomy, bolesny. Cała jama Douglasa wypełniona (Haematocoele retrouterina), macica odepchnięta na prawo; w lewym bocznej sklepieniu pochwowym wyczuwa się guz bolesny, mało ruchomy. Rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną, prawdopodobnie—jajowodową z obfitym wylewem krwi do jamy brzusznej. Wobec groźnego stanu chorej H. parł do operacji, została ona dokonana następnego dnia. W nocy przed operacją stan znacznie pogorszył się, wystąpiły gwałtowne bóle w brzuchu, wstrzyknięto morfinę; tętno bardzo drobne. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono co następuje: z jamy brzusznej wylało się dużo krwi płynnej, sieć przyrośnięta na dużej przestrzeni do macicy, podwiązano ją i obcięto.

Esica przyrośnięta za pomocą krezki do dna macicy, kreskę odcięto nożem i podwiązano; wówczas znaleziono lewy jajowód mocno powiększony, otoczony zrostami; z otworu w jajowodzie sterczy jajo płodowe; jajowód wraz z jajnikami ujęto w zaciskadło, podwiązano i obcięto. Ponieważ rana na tylnej ścianie macicy po oddzieleniu zrostów mocno krwawiła, przeto założono podwiązkę na lewy róg macicy, resztę krwawiących miejsc obkluto i obcięto; następnie oczyszczono zatokę Douglasa z licznych skrzepów krwi, założono 3 paski gazy sterylizowanej do jamy Douglasa i wyprowadzono je na zewnątrz, poczem zaszyto szwem 3 piętrowym. Uśpienie chloroformowoeterowe; przed operacją wstrzyknięto 2 strzykawki skopolaminy z morfiną. Po operacji niema tętna; wstrzyknięto chorej 5 gram. kamfory i włano pod skórę 600 grm. roztworu soli. Dopiero wieczorem pokazało się tętno. Ciężota wieczorem po operacji spadła, drugiego dnia chora oddała wiatry. Stan poprawił się, i chora obecnie czuje się nieźle.

(Streścił mówca).

2. *Józef Jakowski* przedstawił rodzaj tamponika do wycierania jamy macicy jodyną po usunięciu palcem resztek płodu w pierwszych miesiącach ciąży. Tamponik składa się z pochewki na palec, przygotowanej z cienkiego batystu; do przedniej powierzchni tej pochewki przyszyty jest woreczek w którym umieszcza się kawałek waty.

Po wygotowaniu tego tamponika — nasadza się go na palec, macza w jodynie, która obficie wsiąka w watę, i wprowadziwszy palec do macicy — wyciera dokładnie ściany jamy macicy.

Oczywiście trzeba wybierać odpowiednie przypadki. Kanał szyi powinien być przepuszczalny dla palca. Przypadki, w których nie były stosowane ani sporysz, ani chinina, nadają się łatwo do wprowadzenia tamponika.

Pokazane przez J. Jakowskiego tamponiki przygotowywać będzie pracownia sterylizacyjna D-ra Borzymowskiego.

3. *Neugebauer* pokazał szereg przezroczy tętnic macicznych noworodka, płciowo dojrzałej dziewczynki, mężatki oraz położnicy, które otrzymał w darze od profesora Redlicha w Petersburgu. Przezrocza te, znakomicie wykonane, wystawione były na wystawie, połączonej ze Zjazdem Petersburskim. Redlich po otwarciu jamy brzusznej trupa wstrzykuje do aorty brzusznej mieszaninę czterech części gipsu i jednej części minii z nieznaczną domieszką wody. Nazajutrz wycina narządy płciowe z trupa i na 24 godzin wkłada je do jednoprocetowego roztworu karbolu w spirytusie. Dnia następnego dokonywa fotograficznych zdjęć rentgenowskich. Na przezroczach znakomicie widać przebieg wszelkich tętnic, na kilku z tych przezroczy widać nieprawidłowości układu tętniczego. Na jednej z klisz diapozytywów — naczynia przedstawiają się zupełnie jak wypukłe, tak, że nie jeden z lekarzy, oglądających przezrocza te na wystawie, mimowoli dotykał palcami kliszy, aby przekonać się, czy rzeczywiście istnieje wypukłość na kliszy. Sekret wykonania takich klisz o wrzekomiej wypukłości tętnic na przezroczu widocznych polega na tem, że układa się dwa negatywy abso-

lutnie identyczne jeden na drugim, lecz tak, że dajmy na to prawy brzeg jednej kliszy przekracza cokolwiek o linię lub dwie prawy brzeg drugiej. Wskutek takiego ułożenia klisz jednej na drugiej z wystawianiem lekkim jednej poza drugą, na diapozytywie, teraz zrobionym, kontury tętnic dla oka nabierają owej wypukłości. Następnie Neugebauer demonstruje ofiarowane mu przez profesora Muratowa z Kijowa fotografie wraz z opisem spostrzeżenia przypadku wrzekomego obojnactwa męskiego zewnętrznego. Rzecz dotyczy niewiasty starozakonnej lat 17, spódnica, mylnie za dziewczynę wychowanego o hypospadiasis penoscrotalis oraz jednostronnem wnetrostwie. Na żądanie osobnika tego po naradzie z profesorem sądowej medycyny, Obolońskim, dokonano wycięcia jądra ex labio pudendi majore spurio. Neugebauer, opierając się na wyniku badań kazuistycznych wrzekomego obojnactwa, operację taką uważa za niewłaściwą, przynajmniej w tak młodym wieku osobnika, ponieważ bynajmniej ręczyć nie można, że u tegoż osobnika nie wystąpi popęd płciowy, właściwy płci jego dotychczas zapoznanej. Doświadczenie uczy, że następstwem kastracji męskiego wrzekomego obojnika, mylnie za kobietę wychowanego, już nieraz były obesitas nimia, melancholia z tendencją do samobójstwa etc. Szczegóły takich spostrzeżeń Neugebauer podał w pracy swojej o obojnactwie.

Następnie Neugebauer do dyskusji poprzedniej o spostrzeżeniu krauroseos vulvae kolegi Stankiewicza dodaje kilka słów. Pierwszy Saenger zalecił wycięcie całego sromu w przypadkach upartego pruritus vulvae sub kraurosi. Już w roku 1885 Schroeder i Kuestner, każdy czterokrotnie, leczyli kraurosis drogą operacyjną. Kraurosis vulvae bardzo często poprzedza raka vulvae — pierwszy Kaposi oznaczył pruritus vulvae, jako objaw, poprzedzający przyszłego raka. De facto też bardzo często napotykamy zbieżność raka cum kraurosi. Neugebauer w dwóch takich przypadkach wyciął cały srom niewieści, tak jak dziś postąpił kolega Stankiewicz. W roku 1896 wyciął srom u pacjentki 54-letniej; od lat czterech menopausis, pruritus oraz wytworzenie się neoplasmatis jednej wargi sromowej większej raka. Pół roku później Władysław Stankiewicz u tej że chorej wyciął gruczoły pachwinowe zrakowaciałe po jednej stronie i chora wkrótce zmarła na raka. W drugim przypadku Neugebauer wyciął srom w roku 1901 u chorej lat 59: Amenorrhoea ab annis tribus, od trzech miesięcy pruritus vulvae, dwa miesiące temu zjawilo się owrzodzenie rakowe po środku prawej wargi sromowej większej. Neugebauer wyciął srom, lecz już wkrótce wystąpił nawrót raka pomimo operacji. Neugebauer demonstrował rysunki dotyczące tych dwóch operacji. Do leczniczej wartości noża w pruritus vulvae nie ma on zaufania, tem bardziej, że Stankiewicz sam zaznaczył, że u chorej przez niego operowanej pruritus już powrócił pomimo bardzo niedawno temu dokonanej operacji. Nareszcie Neugebauer przytacza, że chora, u której niedawno na jego oddziale Janczewski usunął raka pęcherza moczowego na drodze amputacji pęcherza, również dotknięta jest pruritu vulvae od dłuższego czasu. Pruritus nie ustąpił pomimo usunięcia pierwotnego nowotworu pęcherza. Co do tej chorej Neugebauer w imieniu Janczewskiego nadmienia, że na czwarty mniej więcej dzień po operacji wystąpiła przetoka moczowa pęcherza powyżej spojenia łonowego; przetoka ta po zało-

zeniu stałego cewnika Petzera samowolnie zamknęła się, chora oddaje moczkę prawidłowo i, na razie uwolniona od trapiących ją cierpień, szpital opuściła. Czy i kiedy nastąpi nawrót cierpienia — przyszłość pokaże.

4. *Neugebauer* demonstrował macicę z wielkim włóknikiem tylnej wargi macicznej, in toto wyciętą częściowo dołem, częściowo per laparotomiam — w danym przypadku operował kolega Janczewski. Operację rozpoczęto od usiłowania usunięcia guza, wypełniającego całe dno miednicy małej, przez nacięcie tylnej ściany pochwy i przedniej ściany guza, licząc na to, że uda się guz usunąć drogą rozkwalenia. Usiłowania te chybiły ze względu na wielkość guza. Obkrojono więc część pochwową szyi macicznej od strony pochwy, jak w zwykłym wycięciu pochwowym, z tą jednak różnicą, że nie utworzono zatoki Douglasa, ponieważ było to niemożliwe wobec umiejscowienia samego guza, który był nowotworem tylnej wargi ust macicznych i szyi macicznej. Po nałożeniu odpowiednich przewiązek, przecięto po każdej stronie podstawę przydatków macicznych, odsunięto ku górze pęcherz moczowy o ile się dało. Założono tampon do pochwy i ułożono chorą w położeniu do cięcia brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej przecięto po nałożeniu odpowiednich podwiązek ligamentum latum przy każdym boku ciała macicy nie powiększonej, następnie wydobyto grajcarkiem guz, wypełniający całe cavum Douglasia aż do miednicy dużej i na zewnątrz rany brzusznej. Pozostało wtedy tylko oddzielić szyję macicy od pęcherza, ponakładać jeszcze kilka szwów i podwiązek. Poprzednie obkrojenie szyi macicznej od strony pochwy technicznie ogromnie ułatwiło operację. Po usunięciu macicy przydatki jednej strony pozostawiono in situ — ranę brzuszną zaszyto naглуcho. Poprzednio zeszyto ze sobą brzozy otrzewnej odbytnicy oraz pęcherza, aby zamknąć jamę brzuszną ku dołowi. Wtedy zaszyto ranę cięcia brzusznego trzypiętrowym szwem. Chorą ułożono ponownie in situ dla operacji pochwowej: do dna rany w głębi pochwy założono sączek z gazy wyjałowionej, po obu zaś stronach kilkoma szwami spojono brzozy rany pochwowej, zeszywając śluzówkę przedniej jej ściany ze śluzówką tylnej ściany. Guz ważył 1100 gramów, był większy znacznie od główki noworodka. Chora przetrzymała długotrwałą narkozę chloroformową dobrze, pomimo wady serca i suchot płucnych.

Neugebauer, korzystając z okazji, demonstrował jeszcze kilka rysunków włókników przez siebie osobiście usuniętych w celu uzasadnienia zdania, że w usuwaniu mięśniaków macicznych nie sposób trzymać się jednej i tej samej metody. Już od dawna występował *Neugebauer* przeciw zasadniczemu trzymaniu się metody Doyena, która dla bardzo wielu przypadków wcale się nie nadaje. Jeżeli gdzieś, to w operowaniu włókników macicznych dla operatora pozostaje szerokie pole indywidualizacji, zależnej od siedziby guza, jego wielkości, stosunku do organów sąsiednich etc. Cztery przypadki, które *Neugebauer* dziś demonstrował, są właśnie tymi takimi przypadkami zupełnie odmiennymi. W każdym przypadku stosowano inny sposób postępowania, w każdym przypadku postępowano inną drogą, osiągając zawsze wynik dla chorej pomyślny. Gdy porównać rysunki oddzielnych przypadków, widać odrazu, że nie sposób było stosować jedną

i tę samą drogę operacyjną dla nich. Detale nie nadają się do streszczenia bez podania rysunków.

(Streścił mówca).

W dyskusyi, która wyłoniła się po przemówieniu Neugebauera o sposobach operowania włókniaków, zabierali głos Leśniowski, Stankiewicz, Lorentowicz, Natanson i Thieme.

5. *Cz. Stankiewicz* demonstrował:

1) z przypadki ciąży zamacicznej, z których w pierwszym od chwili zatelefonowania przez lekarza ordynującego na oddział aż do ukończenia operacji upłynęło jedna godzina i minut 20;

2) Torbiel skórzasta jajnika;

3) Dużych rozmiarów włókniaki macicy;

4) Torbiel wielokomorową jajnika wagi 21 funt.

6. *Monsiorski* odczytał pierwszą część odczytu swego p. t. „Kombinacje nowotworów w sferze płciowej kobiety“.

L. LORENTOWICZ.

Posiedzenie dnia 30 grudnia 1910 r.

1. *H. Altkaufer* pokazał, jako pendant do przedstawionego na poprzednim posiedzeniu przez *Cz. Stankiewicza* 25-funtow. guza—cztery guzy, wążące od 27 do 58 funtów. Wiek chorych, od których guzy pochodziły, wahał się między 14 a 42 rokiem życia. Wszystkie guzy, przechowywane w formalinie, przedstawiały torbiele wielokomorowe jajników. Co do samych operacji *A.* zaznaczył, że były one względnie łatwe, prócz jednej, gdzie powstały znaczne trudności z powodu mocnych zrostów guza z siecią, kiszkami, ścianą brzucha i wątrobą. Chore, które z powodu pokazanych guzów były przez mówcę operowane, wypisały się ze szpitala zdrowe.

Prócz wymienionych guzów, *A.* pokazał 3 okazy anatomiczne, pochodzące od chorych, operowanych przez niego w szpitalu z powodu ciąży pozamacicznej. Okazy przechowywane są w płynie Picka.

Pierwszy z okazów pochodzi od 35-letniej wieloródki, u której wstrzymał się peryod na przeciąg 8 tygodni. Po upływie tego czasu zaczęła krwawić, a na kilka godzin przed operacją, podczas wypróżnienia, wystąpił u niej silny ból w dolnej prawej części brzucha i chora zemdlła.

Wezwany najbliższy mieszkający kolega stwierdził pękniętą ciążę pozamaciczną, zalecił spokój i wstrzyknął pod skórę morfinę. *A.*, wezwany w godzinę po napadzie, zastał chorą przytomną. Tętno 96, dobre. We wzdętym brzuchu — chębotanie wyraźne. Przez pochwę wyczuwa się macicę wielkości ciąży dwumiesięcznej i nieznaczną odporność w okolicy sklepienia prawego. W kilka godzin później cięcie brzuszne. W jamie otrzewnej niewielka ilość krwi płynnej i kilka świeżych skrzepów. Wydobyty okaz przedstawia rozszerzony jajowód prawy wielkości jaja gołębiego. Rozszerzenie znajduje się w brzusznej części jajowodu. W górnej części rozszerzonego jajowodu znajduje się mały otvorek, wielkości łebka od zapalki,

zatkany koreczkiem w postaci malutkiego skrzepu krwi. A. pokazał okaz głównie z powodu owego skrzepu, który, zdaniem jego, nie byłby się, prawdopodobnie, uformował, gdyby wezwany przed nim kolega zamiast wstrzyknięcia morfiny zastosował podskórną kamforę.

Drugi okaz przedstawia rozszerzony jajowód prawy zgrubiały. Na okazie, w kierunku osi jajowodu widać kilkocentymetrowe cięcie, dokonane już po wydobyciu jajowodu z jamy brzusznej. Przez otwór na miejscu cięcia widać jajo płodowe. Okaz ten zasługuje, zdaniem mówcy, na uwagę dlatego, że, nie bacząc na duże zmiany anatomiczne w jajowodzie, objawy kliniczne w danym przypadku były bardzo nieznaczne. Mianowicie, okaz pochodzi od 27-letniej wieloródki, u której zatrzymania peryodu nie było. We dwa tygodnie po zupełnie prawidłowym peryodzie wystąpiło nieznaczne krwawienie z pochwy. W tydzień potem poczuła chora nieznaczny stosunkowo ból w okolicy prawego dołu biodrowego. I później od czasu do czasu bóle w danej okolicy powtarzały się. Były one wszakże słabsze od pierwszego napadu. Chora zwróciła się do mówcy dlatego, iż niepokoiło ją głównie krwawienie z pochwy, które zjawilo się niespodzianie i trwało już 3-ci tydzień. Brzuch był miękki, nie był bolesny. W okolicy dołu biodrowego prawego wyczuwało się pewne napięcie. Macica nieco powiększona, nie bardzo twarda. Lewe przydatki wolne. Na stronie prawej od macicy—guz, wielkości pięści męskiej, ruchomy, miękki, kształtu wrzecionowatego. Między guzem a prawym brzegiem macicy—odległość palca poprzecznego. Rozpoznanie wahało się między ropniakiem jajowodu prawego i ciążą jajowodową prawą. Ciepłota wieczorami podwyższona do 37,5, tętno—72 do 78. Po otwarciu jamy otrzewnej mówca wydobyl niewielką ilość starych skrzepów i przedstawiony okaz jajowodu prawego, który zrósnięty był z kiszkami i tylną ścianą macicy.

Okaz przedstawia przypadek t. zw. poronienia jajowodowego. Nieznaczne objawy kliniczne w danym przypadku łomaczy A. w ten sposób, że krew przedostawała się kroplami przez otwór brzuszny jajowodu do jamy otrzewnej. Pierwszy, najsilniejszy stosunkowo, napad bólów, zjawil się dlatego, że otrzewna, nie przyzwyczajona do podrażnień, reagowała wówczas na podrażnienie jeszcze dość energicznie. Późniejsze przedostawanie się krwi do jamy otrzewnej przechodziło już prawie bez wrażenia dla oswojonej z podrażnieniami otrzewnej.

Trzeci okaz pokazuje A. dlatego, że pochodzi on od osoby, którą w przeciągu 7 tygodni leczono jako chorą, dotkniętą zapaleniem wyrostka robaczkowego. A., wezwany do pacjentki, rozpoznał pękniętą ciążę jajowodową, co też sprawdziło się podczas operacji.

Okaz, wydobyty drogą cięcia brzuszego z jamy otrzewnej, przedstawia pęknięty jajowód prawy. Na dnie otworu pękniętego jajowodu znajduje się łożysko, do którego przytwierdzona jest pepowina i płód trzymiesięczny. Na uwagę zasługuje fakt, że wyrostek robaczkowy w danym przypadku okazał się zupełnie zdrowym, i dlatego też pozostawiono go w jamie brzusznej. W końcu A. zaznacza, że chore, od których pochodzą pokazane okazy anatomiczne, wypisały się zupełnie zdrowe ze szpitala.

Wreszcie A. pokazuje przysłany mu z instytutu prof. Czernyego komplet odczynników i przyrządów, potrzebnych do dokonywania badań na odczyn Wassermana metodą uproszczoną Dungerna i Hirszfelda. Mówca dlatego przypomina o metodzie Dungerna, gdyż, zdaniem jego, powinna ona zainteresować akuszerów, do których najczęściej zwracają się z żądaniem wyboru mamki. Badanie zaś mamki w czasach dzisiejszych nie może być zupełne, o ile nie zostało stwierdzone za pomocą odczynu Wassermana, czy przyszła karmicielka dotknięta jest przymiotem, czy też—wolna od tego ciężkiego cierpienia.

Przed ogłoszeniem metody Dungerna rozstrzygnięcie tej sprawy połączone było z wieloma trudnościami, gdyż dla dokonania próby Wassermana należy mieć specjalnie urządzoną pracownię, świeżą krew świnki morskiej, barana i królika, cieplarkę i wirówkę i t. d.; należy dla otrzymania pewnej ilości surowicy krwi wypuścić osobie badanej dużą względnie ilość krwi, co często odstręcza kandydatki na mamki od poddania się próbie Wassermana. Już przytoczone przed chwilą względy zachęcają bardzo do zainteresowania się omawianą metodą, ponieważ próba Dungerna dokonana być może wszędzie, nie wymaga specjalnie urządzonych pracowni i zabiera nie więcej, aniżeli 15 minut czasu. Prócz tego wynik w danym razie może być już wiadomy po godzinie, gdy na wynik próby, dokonanej według metody Wassermana, należy czekać przynajmniej godzin kilka.

Zbiór przyrządów i odczynników dla dokonania próby Wassermana metodą Dungerna jest przygotowywany przez firmę Mercka i znajduje się w sprzedaży w opakowaniach na dokonanie jednej, pięciu lub dziesięciu prób.

Zbiór ten składa się z dwóch probówek, pipety z podziałkami, odpowiedniej ilości papierków, nasyconych surowicą krwi świnki morskiej, rurki, napełnionej wyciągiem z serca świnki morskiej, małej flaszeczki z napisem „amboceptor“, która zawiera odważoną ilość przyrządzonej dla krwi ludzkiej surowicy i, wreszcie, z pewnej ilości pastylek soli kuchennej (po 0,8 grm), służących dla przyrządzenia roztworu fizyologicznego.

Tak więc, ułatwienie próby Wassermana, dokonane przez Dungerna, polega na tem, że surowicę krwi świnki morskiej (komplement) mamy gotową w postaci papierków, nasyconych tą surowicą; jako „antygen“ służy wyciąg z serca świnki morskiej, a jako „amboceptor“—wysuszona surowica krwi koziej, przyrządzona dla krwi ludzkiej. Bardzo ważne znaczenie w metodzie Dungerna posiada fakt, iż nie mamy potrzeby w danym razie przyrządzać surowicy z krwi badanego osobnika. Dlatego też wystarczy nam przy wykonaniu tej próby niewielka ilość krwi (10 kropel), którą z łatwością otrzymać możemy z nakłutego palca ręki.

Co się tyczy technicznej strony próby, to wykonać ją należy ściśle według załączonego przy każdym pudełku szczegółowego opisu. Aby przekonać się o rzeczywistej wartości odmiany odczynu Wassermana przez Dungerna, autorowie prac w tym kierunku zwracali uwagę na to, czy wyniki prób, dokonanych metodą Dungerna, zgadzają się z próbami, dokonanymi według metody, ogłoszonej przez Wassermana. Do dnia dzisiejszego

metoda Dungerna nie otrzymała jeszcze tych samych praw obywatelstwa, jakie przysługują metodzie oryginalnej Wassermana. Plant ¹⁾ jest przeciwnikiem metody Dungerna. Fröhwald i Weiler ²⁾ na zasadzie dokonanych przez siebie doświadczeń doszli do wniosku, że w przypadkach Lues latens wyniki w 50% nie zgadzają się z wynikami, otrzymanymi za pomocą stosowania próby Wassermana. L. Kepinow ³⁾, przeciwnie, zupełnie jest zadowolony z wyników doświadczeń swoich, dokonanych w omawianym kierunku i kończy rozprawę swoją w tej sprawie słowami: „wyniki doświadczeń moich przekonywują bardziej, aniżeli wszelkie rozumowania teoretyczne, że nowa metoda (Dungerna) zasługuje bezwzględnie na jaknajszersze zastosowanie, szczególnie w tych razach, gdzie nie mamy do rozporządzenia specjalnie urządzonych pracowni serologicznych“.

Mówca raz jeszcze zachęca do zwrócenia baczniejszej uwagi na próbę Dungerna, która dzięki łatwości, z jaką może być wykonana, stała się dostępną dla każdego lekarza praktyka.

Jasne jest tedy, że im więcej lekarzy będzie stosowało omawianą próbę, tem większa liczba dzieci będzie mogła być uchroniona od zarażenia się przymiotem od karmicielek swoich. Przypadków zaś syfilisu, który nie daje się rozpoznać ani na zasadzie obrazu klinicznego, ani na zasadzie danych wywiadowych, jest bardzo wiele. Wskazuje na to, między innemi, badanie mamek, dokonane przez Opitza, Bergmana i innych. Badacze ci doszli do wniosku, że co 10-ta lub 11-ta mamka zarażona jest syfilisem!

(Streścił mówca).

2. *Brabander* przedstawił okaz ciąży zamacicznej, pochodzący od chorej B. G. l. 36. operowanej przez niego wspólnie z D-rem Monsiorskim w oddziale ginekologicznym szpitala Wolskiego w listopadzie 1910 r.

Chora B. G. miała ostatni prawidłowy peryod w lipcu 1910 r., a w końcu sierpnia tegoż roku nagle zaczęła krwawić, pojawiły się bóle, połączone z odchodzeniem strzępów błon i większych kawałków tkanek. Ponieważ krwawienie nie ustawało i chora zaczęła gorączkować do 39°, zawiadzała lekarza, doświadczonego ginekologa, który znalazł macicę cokolwiek powiększoną i rozwartą dla jednego palca. W jamie macicy znajdowało się dużo resztek jaja płodowego, a w lewym przymaciczu można było wyczuć ciastowate nacieczenie, silnie spojone z macicą i nieruchome, natomiast prawe przymacicze było zupełnie wolne. Wyżej wspomniany kolega rozpoznał zwykłe 5—6 tygodniowe poronienie, prawdopodobnie sztuczne, oraz wysięk w lewym przymaciczu. Kolega ów, z zachowaniem wszelkich ostrożności, palcem i skrobaczką usunął z macicy wyczuwane resztki jaja płodowego. Po kilku dniach ciepłota spadła do wysokości prawidłowej,

¹⁾ „Die Wassermannsche Reaktion und der praktische Arzt“ München. Mediz. Wochenschr. № 16—1910.

²⁾ „Die Dungernsche Modification der Wassermannschen Reaktion“. Berlin. Klin. Wochenschr. № 44—1910.

³⁾ „Ueber weitere Erfahrungen mit der vereinfachten Wassermannschen Reaktion. München. Med. Wochenschr. № 41—1910.

wysięk w lewym przymaciczu przestał wyczuwać się, tudzież krwawienie ustało zupełnie. Chora była uważana za wyleczoną.

W jakiś czas później kolega ów był zawezwany ponownie do chorej, która tym razem uskarżała się na bóle w prawym dole biodrowym.

Znalazł on macicę małą i zamkniętą, lewe przymacicze wolne, natomiast w prawym przymaciczu wyczuł nacieczenie, podobne do pierwszego, i pomimo stanu bezgorączkowego przez analogię rozpoznał wysięk przymaciczny prawostronny.

Zalecone leczenie nie tylko pozostało bez skutku, ale przeciwnie — guz stopniowo powiększał się wobec stanu bezgorączkowego.

Kolega ów stracił chorą z oczu na 2 miesiące z górą i ujrzał ją ponownie w początkach listopada r. 1910. Wtedy znalazł guz, zajmujący cały prawy dół biodrowy i dochodzący do pępka, stan chorej był bezgorączkowy cały czas, i skierował chorą do oddziału ginekologicznego szpitala Wolskiego. Tu znaleziono:

Macica mała, cokolwiek ruchoma na guzie prawego przymacicza, do którego przylega swym prawym kątem.

Guz zaczyna się jakoby w prawem przymaciczu, ale do kości nie dochodzi, a górna jego granica wychodzi daleko po za obręb małej miednicy i sięga pępka. Guz, wielkości głowy noworodka, jest wyraźnie ruchomy, jakkolwiek we wszystkie strony wykręcać się nie daje. Guz jest miękki, sprężysty i daje wyraźne chelbotanie. Guz opuszcza się do jamy Douglasa, i tym sposobem tylne sklepienie pochwy jest wypchnięte do przodu i na dół, i jest w stanie silnego napięcia, a część pochwowa jest odsunięta ku górze.

Guz mógł by robić wrażenie zapalenia wysiękowego przymacicza, ale zestawienie dokładne wyników badania obiektywnego oraz stan bezgorączkowy przez cały czas rozwoju cierpienia, brak peryodu od 4 miesięcy, zachwiały dość silnie rozpoznaniem wysięku. Dla wyświeatlenia rozpoznania postanowiono dokonać nakłucia próbnego przez wypięte sklepienie tylne. Przed nakłuciem macicę uchwycono kulociągami i próbowano ściągnąć ku dołowi, co udało się częściowo. Ten ostatni objaw zachwiał ponownie rozpoznaniem wysięku przymacicznego. I w istocie, przy nakłuciu próbnym szpryca napelniła się ciemną gęstą krwią. Rozpoznano tedy krwiak, pochodzący prawdopodobnie od pękniętej ciąży zamacicznej. W kilka dni później w uśpieniu chloroformowem, po uprzednim wstrzyknięciu podskórnem skopomorfiny, przystąpiono do otworzenia jamy brzucha przy pomocy cięcia podłużnego wzdłuż smugi. Po otwarciu jamy brzusznej w prawej połowie miednicy ukazał się guz, wielkości głowy noworodka, zrośnięty z otrzewną Douglasa, oraz z macicą. Po uwolnieniu na tępo zrostów, okazało się, że guz siedzi na szypule, wychodzącej z zewnętrznego końca jajowodu, który na pozostałej przestrzeni, jako też odpowiedni jajnik były zupełnie prawidłowe.

Niezbyt grubą szypułę obkluto, podwiązano, obcięto i obszyto szwem kapciuchowym, guz usunięto w całości z jamy brzusznej. Następnie dokonano skrócenia więzów metodą Wylie. Do Douglasa, cokolwiek krwawia-

cego, włożono cieniutki sączeek z gazy i powłoki brzuszne zamknięto szwem 3-piętrowym.

Oglądając okaz po operacji stwierdzono, że ma on wygląd zwykłej torbieli na szypule. Na zewnętrznej powierzchni torbieli licznie rozgałęzione naczynia. Po przecięciu guza okazało się, że ma on ściany b. grube, w których można rozróżnić kilka warstw. Z jamy guza wylał się płyn przezroczysty, przypominający wody płodowe. W głębi jamy guza znaleziono sporo skrzepów i bardzo wiele ciemnej płynnej krwi, a na ścianie przedniej torbieli znaleziono dość duże łożysko, częściowo odklejone; od łożyska szła pępowina do płodu mniej więcej $3\frac{1}{2}$ — 4 miesięcznego.

Na zasadzie obrazu opisanego dotarto do wniosku, że od lipca do początku sierpnia 1910 r. rozwijała się ciąża w zewnętrznym końcu jajowodu. W czasie rzekomego poronienia w sierpniu nastąpił abortus tubarius 4 — 5 tygodniowego jaja do jamy brzusznej i od owego czasu płód rozwijał się w dalszym ciągu, jako graviditas abdominalis secundaria.

(Streścił mówca).

3. *Szybowski* przedstawił operowany przez się w Szpitalu Wolskim przypadek puchliny jajowodowej prawostronnej przy włókniakach macicy, jako ilustrację do odczytu kol. Monsiorskiego o zespole nowotworów w narządach płciowych kobiety, z którą to sprawą łączy się bezpośrednio sprawa zachorzeń przydatków przy włókniakach macicy.

Włókników znaleziono pięć, z których 2-a na miejscu ujścia jajowodów do macicy; włóknik prawostronny większy, niż lewy, mógł, być może, wpłynąć na powstanie puchliny jajowodowej.

4. *Natanson* przedstawia szereg preparatów, pochodzących od chorych, operowanych w ostatnich miesiącach.

1) Włóknik macicy, wielkości 2 głów dorosłego wraz z ciałem macicy i przydatkami. Chora l. 47 krwawiła przez kilka lat bardzo znacznie. Od $\frac{1}{2}$ roku brak peryodów. Guz rośnie i wywołuje objawy ucisku na trzewa, chora coraz słabsza, szczupleje. Operacja trudna. Ze względu na wielkość guza przepełnienie w płaszczyźnie poziomej. Macica za spojeniem mała, spłaszczona, również jak i przydatki. Guz wrasta pod otrzewną w przymacicza i w kierunku korzenia krezki. Wyłuszczenie, odcięcie nadpochwowe i worek Mikulicza wobec kolosalnego łoża guza. Powracanie do zdrowia długie, kończy się wyzdrowieniem zupełnem.

2) Włóknik wielkości 2-ch pięści, wyłuszczony z tylnej ściany macicy przez cięcie brzucha u chorej 34-letniej, skarżącej się na częste, nader obfite miesiączkowanie. Łoże guza zaszyto, przyczem krwawienie bardzo znaczne. Wyzdrowienie, powikłane czasową przetoką pęcherzową.

3) Włóknik twardy śródmięśniowy, pochodzący od chorej 43-letniej. Krwawienie obfite. Wzrost guza szybki. Amputatio supravaginalis, sanatio. Cavum uteri małe. Guz miękki obrzękły.

4) Macica z włóknikiem wielkości głowy dorosłego człowieka. Chora l. 50 przybyła do oddziału zatamponowana z powodu groźnego krwotoku. Tętno 38,5. Krwawi od lat kilku coraz obficie, tak iż parokrotnie dochodziła

do zemdlenia. Wobec podwyższonej ciepłoty *extirpatio totalis per laparotomiam*. Przebieg zupełnie gładki. Jama macicy mała, śluzówka nie przerosła. Guz dosyć miękki.

5) Włókniak wielkości główki noworodka. Chora l. 42, krwawi obficie. *Laparotomia*, *Enucleatio myomatis*. Zaszycie łoża, wobec tego że innych guzów niema. Mors 5-go dnia po operacji. Sekcya: otrzewna i rana w macicy bez zmian, serce bardzo wiotkie, mięsień rwie się łatwo pod palcami. Przebieg pooperacyjny nie pozwalał na rozpoznanie zakażenia, którego wszakże wyłączyć nie można.

6) Macica z włóknikiem wielkości główki noworodka. Chora l. 42, krwawi obficie i skarży się na bóle w podbrzuszu. Próba operacji przez pochwę zaniechana ze względu na uniesienie pęcherza. *Extirpatio totalis per laparotomiam*. Przebieg zupełnie gładki.

7) Macica z włóknikiem wielkości 2-ch pięści, pochodząca od chorej 40-letniej, która krwawiła bardzo obficie. *Sanatio*.

8) *Pyosalpinx sinistra* wielkości 1½ pięści, usunięty chorej 26-letniej, zamężnej od lat 8-iu. Chora od 5-ju miesięcy, gorączkuje zmiennie, prze ważnie wysoko. Skarży się na znaczne bóle w brzuchu. Leczona bezskutecznie. Badanie wykazuje guz z lewej strony macicy, nieco ruchomy, mało bolesny, elastyczny. *Laparotomia*. W jednym miejscu duży płaski zrost z *S. romanum*. Guz wyjęty w całości, drenowanie przez powłoki brzuszne i pochwę. Przebieg gładki.

9) Torbiele skórzaste obu jajników. Chora l. 28 poddaje się operacyi z powodu szybkiego wzrostu guzów. *Laparotomia*. Guz z lewej strony wielkości 1½ pięści, prawy o połowę mniejszy. Przebieg gładki.

10) *Graviditas ovarialis dextra*. Chora l. 27. Po parodniowem opóźnieniu się miesiączki plamy krwawe i dwa napady bólów z zemdleniem. *Laparotomia*. Sporo krwi płynnej w jamie brzusznej. Lewe przydatki prawidłowe. Prawy jajowód cienki, miękki. Jajnik lekko powiększony, na biegunie wewnętrznym jakby pęknięty, otwór zaś założony skrzepami. Badanie drobnowidzowe wykaże, czy rozpoznanie jest słuszne.

11) *Deciduoma malignum*. Chora l. 32, V para. Przed 7 tygodniami prawidłowy poród. W położu chora gorączkowała, krwawiła bardzo mało, podobno miała białkomocz. W przeddzień przybycia do szpitala krwawienie bardzo znaczne. Chora nadzwyczaj biała, wyniszczona. Pochwa wiotka, miękka, śluzówka sinawo zabarwiona. Macica powiększona prze ważnie w okolicy dna, niezwykle miękka. Wydzielina krwawa skąpa. Badanie krwi wykazuje znaczną leukocytozę, 33% hemoglobiny. Z powodu podejrzenia na *deciduoma malignum*—skrobanie, które daje parę kawałków guza, zostaje wszakże natychmiast przerwane z powodu obfitego krwawienia. Tampowanie gazą jodoformową. Badanie drobnowidzowe daje obraz *deciduomatis*, wobec czego wyjęcie macicy przez pochwę—bardzo łatwe, przebieg bez zaburzeń.

12) Kawałki ściany macicy, pochodzące od chorej 30-letniej, której z powodu płaskiej rachitycznej miednicy N. wykonał po raz trzeci cięcie cesarskie. Poprzednio jedno dziecko nieżywe, wydobyte za pomocą klesz-

czy i dwa wymóżdżenia. Sterylisatio tubaria. W miejscu dawnych cięć ściana nieco ścięczała. Przebieg bez powikłań.

13) Ruptura uteri cervicalis et colpoaporrhexis anterior et dextra. Chora lat 38, rodząca po raz dziesiąty. Z powodu przeciągającego się porodu wezwany został lekarz, który nałożył kleszcze, wyjął je jednak bez wydobycia dziecka i zalecił czekanie. Wobec tego, że bóle ustały i stan pogorszył się, lekarz, wezwany powtórnie po paru godzinach, z przywołanym na radę innym zalecili udanie się do szpitala. W 8 godzin po zastosowaniu kleszczy wezwany został trzeci lekarz, który powziął podejrzenie pęknięcia macicy i zawiózł chorą do szpitala. Badanie wykazało; tętno ledwo wyczuwalne, szybkie, ciepłota 37,6, wymioty fusowe. Brzuch wzdęty. W lewym dole biodrowym macica skurczona, twarda. Prawą połowę brzucha zajmuje płód, którego główka leży na prawej kości biodrowej. Otwarcie brzucha. W jamie brzusznej płód i łożysko. Przednie sklepienie całkowicie przerwane, szyja maciczna z prawej strony pęknięta i prawe sklepienie również przerwane, tak że z tej strony macica trzyma się tylko na więzie obłym i naczyniach. Krwawienie umiarkowane. Macicę usunięto całkowicie. W pochwie z prawej strony pęknięcie głębokie, dochodzące do kości, długości 8 — 10 cm., krwawiące. Colporrhaphia. Stan ogólny po operacji początkowo się poprawił, ale wymioty nie ustały i chora zmarła na trzeci dzień po operacji.

(Streścił mówca).

5. *Natanson* wygłosił odczyt pod tytułem: „Leczenie operacyjne wypadnięcia macicy i pochwy“.

Sprawa wypadnięcia macicy i pochwy oraz leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego tego cierpienia wraca co pewien czas na porządek dzienny dyskusji w Towarzystwach i piśmiennictwie ginekologicznem. Ujęcie jej w czasach ostatnich stanowi pewien zwrot zasadniczy, gdyż dyskusja obejmuje również i sprawę powstawania wypadnięć, poruszoną w sposób bardzo gruntowny przez Halbana i Tandlera. Jednocześnie wyrobienie techniki operacyjnej ginekologicznej wytworzyło szereg metod operacyjnych, które, choć w znacznej części przechodzą do historii, pozostawiają jednak ślad na tych, które krytykę teoretyczną i praktyczną wytrzymują.

Samo cierpienie ma znaczenie niemałe zarówno przez częstość swoją, jak i wpływ na stan ogólny chorych. Dotyka ono przeważnie klasy pracującej fizycznie, choć nie oszczędza i sfer zamożnych.

Wyniki leczenia są coraz lepsze, dotąd wszakże nie mamy bezwzględnej pewności, że w danym przypadku nie będzie nawrotu. Okoliczność ta pobudza do szukania nowych dróg leczenia, stawiania ściślejszych wskazań, wreszcie do badania chorych dłuższy czas po operacji. To ostatnie jest u nas bardzo trudne i zawodzi ze względu na niski stopień kultury chorych szpitalnych.

Podstawą nowszych metod leczenia wypadnięcia macicy i pochwy jest określenie przyczyny i przebiegu wypadnięcia. Halban i Tandler przypisują główną rolę przerwaniu włókien dźwigacza odbytnicy i powstałej

w ten sposób możności wtłoczenia się pochwy i macicy w tę lukę. To założenie pociąga za sobą z jednej strony klasyfikację wypadnięć zależnie od stopnia przerwania mięśnia, a także i wskazanie operacyjne i technikę, która zasadniczo polegać ma na odpreparowaniu i zeszcyciu mięśnia.

Pogląd powyższy, choć zawiera niewątpliwie część prawdy, ma słabe strony głównie z powodu swej wyłączności, i nie wytrzymuje krytyki teoretycznej i klinicznej. Teoretycznie przeciwko niemu przemawia przede wszystkim to, że nie mięsień, lecz powięź stanowi o powstawaniu przepukliny, a za taką uważać należy wypadnięcie macicy i pochwy. Klinicznych spostrzeżeń przytoczyć można długi szereg, przedewszystkiem zaś istnienie wypadnięcia nawet całkowitego u dziewic i kobiet, które nie rodziły, a także brak wypadnięcia w przypadkach rozległego nawet przerwania mięśnia. Wszystkie te fakty, zarówno jak i badanie anatomiczne fasciae endopelvinæ z jej mocnymi punktami, jak lig. cardinalia, zmuszają do wniosku, że wypadnięcie zależy od przerwania lub zwiotczenia tej powięzi, przez co macica pozbawiona jest głównego swego podtrzymania i daje się zepchnąć ku dołowi, dokąd ją ciągnie pochwa, o ile powięź, pokrywająca kışkę i jej mięsień, również uległa rozluźnieniu, czy przerwaniu. Powikłanie przez tyłopochylenie lub zgięcie gra pewną rolę, bynajmniej jednak nie rozstrzygającą, jak to dotąd przypuszczano. Przyczyną osłabienia powięzi może być rozdarcie lub rozciągnięcie przy porodzie, zakażenie, wreszcie ogólne chłactwo. Tem też tłumaczy się fakt, że na powstanie nawrotów największy wpływ mają porody, nawet niezbyt ciężkie.

Oparcie leczenia operacyjnego na tej podstawie pozwala na ściśle postawienie wskazań i wybór metody operacyjnej.

Leczenie zapobiegawcze, po za usuwaniem zatwardzenia i wzmacnianiem układu mięśniowego u dziewcząt, obejmuje z jednej strony okres porodu, z drugiej zaś leczenie drobnych uszkodzeń. Podczas porodu należy unikać nadmiernego nadymania się, w razie silnego napięcia krocza wykonać cięcie tegoż, które zapewnia ściśle i łatwe zeszcycie uszkodzeń po porodzie i ogranicza je do minimum, wreszcie samo szycie krocza i pochwy wykonywać możliwie dokładnie. Jeżeli po porodzie zostało nieznaczne nawet pęknięcie krocza wraz z wypukleniem się przedniej czy tylnej ściany pochwy, należy zawczasu przywrócić drogą operacyjną stan prawidłowy, gdyż nie można nigdy przewidzieć, jaki będzie dalszy rozwój opuszczenia, i czy z drobnego opuszczenia nie wytworzy się z czasem wypadnięcie. Główną zasadą leczenia operacyjnego wypadnięć jest indywidualizacja. Należy uwzględniać stopień cierpienia, wiek chorej, stan jej ogólny i wreszcie tryb życia (konieczność pracy fizycznej i inne względy). Prawdopodobieństwo przyszłych porodów zmniejsza znacznie widoki zupełnego wyzdrowienia i wymaga leczenia, któreby ewentualnej ciąży nie przeszkadzało, a także nie zmieniało przebiegu porodu. U kobiet starszych należy, w każdym razie, wykonać trzebieenie, żeby do ciąży nie dopuścić. Tylko chore po okresie przekwitania nie wymagają uwzględniania tego punktu.

Leczenie operacyjne wypadnięcia może być trojaki ze względu na drogę obieraną, a mianowicie: operację można wykonać przez pochwę,

przez jamę brzuszną, wreszcie mieszaną, korzystając z obu dróg. Wybór drogi zależy właśnie od kombinacji powyżej wymienionych czynników, a mianowicie: słabsze stopnie wypadnięć, t. z. opuszczanie się, można operować drogą pochwową, znaczniejsze tą samą drogą lub mieszaną, wypadnięcia zaś u dziewic lub kobiet, które nie rodziły, należy operować przez jamę brzuszną. Operacje pochwowe stanowią większość zabiegów, dokonywanych w wypadnięciu, przyczem mogą być skombinowane z innymi, dla których pochwa jest tylko punktem wyjścia. Do nich należą: colporrhaphia anterior, colpoperineorrhaphia, colporrhaphia mediana, colpocleisis, interpositio uteri vesico-vaginalis, exstirpatio uteri, wreszcie—jako pomocnicza—amputatio portionis vaginalis.

Przy wykonywaniu colporrhaphiae należy dla otrzymania dobrego wyniku robić cięcia długie, przy przedniej — do samej części pochwowej, odłuszczać śluzówkę tak, aby powięź była obnażona, tę powięź szyć osobno, fałdując pęcherz, względnie kiszki, nad tem zaś zamykać osobno śluzówkę; cięcie najlepiej prowadzić w linii środkowej, zdawanie śluzówki podług propozycji Riecka daje niepotrzebne zgrubienie przedniej ściany pochwy bez należytego wzmocnienia jej, nie ma więc przyszłości.

Naczynia należy podwiązywać dla uniknięcia wylewów, które źle wpływają na wyniki ostateczne. Przy szyciu krocza i dolnej części tylnej ściany pochwy obnażenie i zszycie mięśnia jest zbyt ciężkie i wystarcza zupełnie dokładne zszycie powięzi. Na kroczu wytworzyć się mogą wskutek tego nawet trzy piętra szwów, co nie przedstawia żadnych stron ujemnych. Obnażenie mięśnia nie zawsze jest łatwe, szczególnie przy znacznych przerwanianach krocza, a zwykle towarzyszy mu krwawienie, które wymaga dokładnego podwiązania naczyń, a więc przedłuża zabieg.

Colporraphia mediana, jakkolwiek w zasadzie słuszną u kobiet starszych, ma jednak tę stronę ujemną, że nie chroni od nawrotów, a uniemożliwia coitus.

Interpositio uteri vesicovaginalis jest operacją, która daje w 80% wyniki pod każdym względem doskonałe. Polega ona na tem, że po otwarciu fałdy pęcherzowomaciczej wydobywa się macicę i umieszcza między pęcherzem a pochwą tak, iż pęcherz leży na tylnej ścianie macicy, a przednia leży tuż za pochwą. Pęcherz przyszyć należy do tylnej ściany macicy w okolicy ujścia wewnętrznego, aby leżał płasko i miał dostateczną podstawę.

Jeżeli macica jest za duża, należy wykonać poprzednio odcięcie części pochwowej, jeżeli za grubą, można wyciąć kliny z trzonu, co jednak może za sobą pociągnąć upośledzenie odżywiania ściany i wywołać zgorzel. Przebieg operacji jest następujący: cięcie podłużne ściany przedniej pochwy, oddzielenie śluzówki na boki, przecięcie tkanki przypochwowej w kierunku fałdy pęcherzowomaciczej: otwarcie fałdy, przecięcie poprzeczne, wydobywanie macicy, przyszywanie fałdy i pęcherza do tylnej ściany macicy, odcięcie odpreparowanych płatów pochwy, nałożenie 2-ch szwów przez pochwę, tkankę przypochwową, fałdę, przednią ścianę macicy i w po-

rzędu odwrotnym na drugą stronę, powiązanie tych szwów i dokończenie szycia pochwy.

O ile interpositio jest skombinowana z amputacją, cięcie pochwy nie dochodzi do części pochwowej, lecz idzie na prawo i lewo, tworząc kąty, których wierzchołki leżą na ścianie bocznej pochwy, a boki łączą cięcie, okalające część pochwową z przodu i z tyłu.

Wycięcie macicy całkowite przez pochwę nie ma przy wypadnięciu racyi bytu, gdyż pochwa wypada sama jeszcze bardziej po utracie swego tylnego przyczepu. Nawet połączenie tego zabiegu z poprzecznym zamknięciem pochwy dawało nawroty i duże przepukliny.

Operacje drogą brzuszna, mające zastosowanie w wypadnięciu, są ventrifixura, skrócenie więzów obłych i wycięcie macicy całkowite. Ventrifixura, szczególnie w połączeniu z operacjami pochwowymi i zwężeniem jamy Douglasa, jest wskazana przedewszystkiem przy wypadnięciu u dziewczic i niewiast nierodzących, gdzie zastępuje wiotkość więzów podtrzymujących macicę, u starszych — w zaniku macicy, jeżeli interpositio nie obiecuje wyniku dostatecznego oraz w najznaczniejszych wypadnięciach u kobiet młodych, które jeszcze rodzić mogą. Zależnie od wieku chorej można wykonać ventrifixuram metodą Kolchera lub Olshausena, które to metody uważać należy za najlepsze. Operacja Aleksandra nie gra w leczeniu samego wypadnięcia roli innej, jak ta, że usuwa tyłopochylenie. Operacje mieszane powinny być właściwie wykonywane w większości przypadków, jako wyraz indywidualizacji leczenia.

Można pod tym względem w ogólnych zarysach streścić te wskazania, jak następuje:

- 1) w słabszych stopniach wypadnięcia u kobiet młodych — colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia;
- 2) w znacznych u tych że chorych — ventrifixatio i colporrhaphia.
- 3) słabsze stopnie u kobiet starszych — colporrhaphia i ewentualna amputatio;
- 4) silniejsze stopnie u starszych — interpositio i colpoperineorrhaphia;
- 5) w tych że przypadkach w zaniku macicy — ventrofixatio i operacja pochwową;
- 6) w wypadnięciach „dziewiczych“ — ventrofixatio.

(Streścił mówca).

L. LORENTOWICZ.

Posiedzenie dnia 27 stycznia 1911 r.

1. *Neugebauer* przedstawił preparat pooperacyjny: Carcinoma utriusque tubae et utriusque ovarii. Guzy jajników, wielkości pięści męskiej każdy, były badane drobnowidzowo przez dra Paszkiewicza. Preparaty pochodzą od 27-letniej mężatki, zamężnej od lat siedmiu, która urodziła pomyślnie 4 razy, ostatni raz przed dziesięcioma miesiącami. Ostatnie dziecko karmiła w ciągu 7 miesięcy. Peryodu od czasu ostatniego porodu jeszcze nie miała,

natomiast przed trzema miesiącami zauważyła, że rosną jej guzy w brzuchu. Od kilku miesięcy chora doznaje ustawicznych bólów w brzuchu oraz bardzo szybko schudła. Wygląd charłaczcy od razu wywoływał podejrzenie sprawy złośliwej. Operacja potwierdziła to podejrzenie. Charłactwo wobec szybko rosnącego guza zawsze budzi podejrzenie złośliwości nowotworu.

Pomimo, że chora urodziła nie dawniej, jak przed 10 miesiącami, ani w jednym, ani w drugim jajniku nie znaleziono już ani śladu follikulów. Neugebauer zwraca uwagę na to, że proces rakowego zwyrodnienia jajników i jajowodów przedstawia się identycznie po obu stronach, oba jajniki mają wielkość jednakową, również guzy jajowodowe są jednakowej wielkości. Neugebauera uderzyło, że zarówno w tym przypadku raka, jak i w przypadku niedawno przez niego przedstawionym mięsaka obu jajowodów i obu jajników, operowanym na jego oddziale szpitalnym przez doktora Janczewskiego, złośliwe zwyrodnienie przydatków macicznych było obustronne, przyczem guzy miały również wielkość prawie jednakową. Neugebauer zapytuje, czy i inni koledzy często napotykali takie równoczesne obustronne zwyrodnienie złośliwe przydatków macicy i czy równocześnie istniał np. rak żołądka?

2. Dalej *Neugebauer* przedstawił osobliwą galaretową zawartość jamy brzusznej, przedstawiając masę z brzucha wydobytą przy laparotomii w kuble, którego dno przedstawia sitko o oczkach wielkości groszku. Otóż podczas gdy kolloid przez sitko takie przelewa się, masa, dziś demonstrowana, przez sitko nie przechodzi. Myksomatyczna masa ta pochodzi od chorej o pękniętej samodzielnie torbieli jajnika — *Carcinoma gelatinosum ovarii unius*. Masa galaretowa o barwie żółtawozielonkawej jest tak gęsta i zbita, o takiej spoiści, że przy laparotomii wydobyto ją z brzucha en masse — jak ciało obce. Kiedy nastąpiło pęknięcie torbieli, absolutnie nie dało się sprawdzić. Chora inteligentna, lat 49, która urodziła troje dzieci pomyślnie, ostatnie przed 22 laty, wyraźnie oświadcza, że nigdy na kobiecą chorobę nie chorowała, że nigdy się nie leczyła i że nigdy żadnych, a żadnych bólów nie miała.

Przyczyną, dlaczego się do lekarza udała, było, że przed 6 tygodniami zauważyła, że brzuch rośnie. Poszła wtedy do doktora Janczurowicza, który skonstatował chęłbotanie w jamie brzusznej. Po naradzie z doktorem Chelmońskim, doktor Borzymowski dokonał przekłucia rozpoznawczego. Przekłucie dało wynik ujemny, gdyż ani kropla płynu nie wypłynęła przez trójkąt. Wobec takich wywiadów Neugebauer podejrzewał torbiel o zawartości gęstej, zrosniętą ze ścianą brzuszną. Ponieważ równocześnie istniało podejrzenie na zaczynający się rak szyi macicznej przy znacznym, zastarzałym *ectropium labiorum oris uteri*, przy laparotomii dokonał i całkowitego wyluszczenia macicy drogą mieszaną. Po prawej stronie znaleziono rozrwaną torbiel wielką jajnika, z której owa masa galaretowa pochodziła, lewostronne przydatki były prawidłowe. Przy końcu operacji założono sączek górny i dolny, obawiając się infekcyjnego przebiegu pooperacyjnego z powodu obecności owej martwej masy w jamie brzusznej, mianowicie nie

mając pewności, czy hic et illic nie pozostała część jej w jamie brzusznej. Kliny z warg macicznych wycięte oddano do badania drobnowidzowego. Operacji dokonano dziś rano, a więc wyniku badania Neugebauer jeszcze podać nie może, podejrzewa jednak sprawę rakową.

(Streścił mówca).

L. LORENTOWICZ.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Dwudziestopięcioletni jubileusz istnienia Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego natchnął kolegów łódzkich dobrą myślą zwołania pierwszego zjazdu lekarzy prowincjonalnych.

Zjazd, który się odbył w dniu 4 i 5 czerwca r. b., poprzedziło wieczorem d. 3 czerwca uroczyste posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego. Doktorzy Koliński i Pinkus przedstawili historię powstania i rozwoju tegoż Towarzystwa, a następnie wysłuchano licznych przemówień przedstawicieli rozmaitych naszych stowarzyszeń i instytucji lekarskich. Posiedzenie zakończył odczyt dra Rosenbłatówny „O odczynach anafilaktycznych w gruźlicy dziecięcej“.

Właściwy zjazd rozpoczął w d. 4 czerwca dr Biegański bardzo interesującym odczytem „O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego“. Następnie wygłoszono szereg odczytów, które ze względu na krótkość czasu podzielono na trzy sekcje: na sekcję medycyny wewnętrznej, sekcję medycyny chirurgicznej i sekcję medycyny publicznej. Chociaż we wszystkich sekcjach poruszano tematy, dla każdego z nas nieobojętne, to jednakże przede wszystkim interesuje nas sekcja chirurgiczna. Odkładając do następnego zeszytu bardziej szczegółowe sprawozdanie z wygłoszonych na tej sekcji odczytów, zaznaczamy tu jedynie, że dotyczyły one w części bieżących zagadnień chirurgii (aseptyka, usypianie, gruźlica kości, przepukliny i t. d.), w części zaś starały się zobrazować obecny stan naszych szpitali pod względem chirurgicznym.

Ogólne wrażenie z posiedzeń wynieśliśmy bardzo dodatnie. Widać było, że, pomimo niezmiernie ciężkich warunków, w jakich znajduje się nasze szpitalnictwo, chirurgia nasza rozwija się dość szybko. Godne uwagi jest to, że nawet w małych środowiskach znajdują się niekiedy ludzie ogromnej pracowitości i energii, którzy stwarzają omal z niczego godne uwagi i uznania ogniska pracy.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

Od Kierownika pracowni fizycznej Muzeum Przemysłu i Rolnictwa otrzymaliśmy następującą odezwę:

W SPRAWIE TERMOMETRÓW LEKARSKICH.

Ciekawy i doniosły komunikat w tej sprawie ogłosiła najwyższa instytucja niemiecka, powołana do pieczy nad wartością przyrządów fizycznych i technicznych — Physikalisch-Technische Reichsanstalt.

Oto, jak się okazuje, konkurencja handlowa była powodem ciągłego obniżania cen termometrów lekarskich, co pociągnęło za sobą coraz mniejszą dokładność w wykonaniu tych przyrządów. Wyżej wymieniona instytucja wystąpiła wobec tego z wnioskiem, aby ze względu na znaczenie termometru lekarskiego w praktyce leczniczej, i na możliwe szkody, jakie pociągnąć może za sobą niedokładność tego przyrządu, sprawdzanie jego w odpowiedniej instytucji było rzeczą, obowiązującą przez prawo.

Wniosek ten, skierowany do kanclerza Rzeszy, wywołał zwrócenie się rządu centralnego do rządów poszczególnych państw niemieckich w celu wyświeetlenia sprawy. Pierwszym krokiem tych rządów był rozkaz sprawdzenia wszystkich termometrów, używanych w zakładach leczniczych. Po sprawdzeniu 2624 termometrów okazało się, że 50% tych termometrów do użytku się nie nadaje. Wobec tego oczekiwane jest przeprowadzenie prawa, zakazującego handlu termometrami niesprawdzonymi. Tymczasem zaś we wszystkich prawie państwach niemieckich już zostało zakazane w zakładach leczniczych posługiwać się termometrami niesprawdzonymi.

Ciekawe są cyfry, cytowane w tym komunikacie. Ogółem w Niemczech rocznie się rozchodzi około 200,000 termometrów lekarskich; przez instytucję zaś, która przyrządy te sprawdza, przeszło w 1909 r. — 49841, a w 1910 r. — 106812. Świadczy to, że w Niemczech, bądź co bądź, dbają o posługiwanie się sprawdzonymi termometrami, a pomimo to tyle jest termometrów wadliwych w użyciu.

Cóż tedy powiedzieć o naszych termometrach? O liczbie puszcanych rokrocznie w obieg termometrów można wnosić w przybliżeniu tylko z danych, przytoczonych przez Niemcy, co zaś do sprawdzania, najwyższa liczba sprawdzonych termometrów w jedynej u nas instytucji — Pracowni Fizycznej Muzeum Przemysłu i Rolnictwa — wyniosła w roku ubiegłym 26!

Sprawa termometrów lekarskich jest powszechnej doniosłości. Oby u nas nareszcie zrozumiane zostało twierdzenie, że kupowanie termometrów niesprawdzonych jest tylko wyrzuceniem pieniędzy, a co gorzej — posługiwanie się nimi narażaniem na poważne szkody zdrowia. Przypuszczam, że w tej sprawie dużo mogłoby zrobić Stowarzyszenie lekarskie, wprowadzając przez członków swoich w szerokich warstwach zasadę nieposługiwania się

termometrami niesprawdzonymi w instytucjach specjalnie do tego powołanych. Naturalnie, świadectwa, wystawione przez samą firmę wypuszczanym przez nią termometrom, nie mogą być uważane za wystarczające, nie może bowiem nikt sam sobie świadectw wystawiać.

Zbiór Prac Naukowych i Literackich o Ciechocinku, zebrał dr Ignacy Dembicki, lekarz zakładowy. Warszawa 1911.

PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM V. ZESZYT II. WRZESIEŃ, PAŹDZIERNIK, 1911.

PRACE ORYGINALNE.

300 przypadków znieczulenia rdzeniowego za pomocą tropakokainy

podał

HENRYK GOLDBERG

ordynator szpitala Ś-go Aleksandra w Łodzi.

Na Zjeździe chirurgów w Warszawie w r. 1910 podałem w kilku słowach do wiadomości ogółu chirurgów wyniki mego doświadczenia w dziedzinie znieczulenia lędźwiowego. W obecnej pracy mam zamiar zastanowić się bliżej nad swymi przypadkami, których liczba przekroczyła 300. Prac w tym kierunku w piśmiennictwie polskim posiadamy niewiele; ponadto, zbierałem swe spostrzeżenia w warunkach bardzo dalekich od szpitalnictwa wzorowego, to też myślę, że wyniki mego doświadczenia mogą mieć poniekąd większą wartość dla lekarzy prowincjonalnych, niż wnioski dużych klinik uniwersyteckich.

Nie będę zatrzymywał się nad piśmiennictwem poruszającego tu przedmiotu, gdyż zajęłoby to zbyt dużo czasu; oprę rozprawę niniejszą jedynie na spostrzeżeniach własnych.

Zacznę od techniki i dawkowania.

Używałem we wszystkich przypadkach roztworu tropakokainy wyrobu krajowego (Gessnera), w 15 tylko—oryginalnego

przetworu Mercka. Roztwór pierwszy różni się od drugiego tem, iż przygotowany jest na wodzie przekroplonej, gdy zagraniczny przetwór zawiera tropakokainę w roztworze fizyologicznym soli kuchennej; widzimy więc, iż pierwszy z tych roztworów jest identyczny z używanym przez prof. Kadera. Rozczyn ten był przeważnie 5%, w nielicznych tylko przypadkach 3%.

Po za tropakokainą żadnych środków, zmniejszających pobudliwość chorego, nie stosowałem, przechodząc do uspiania ogólnego, ilekroć znieczulenie lędźwiowe było niewystarczające pod tym, lub innym względem. Uspienie stosowałem przeważnie eterowe, lub mieszane — eterowochloroformowe.

Ilość wprowadzonej do ustroju tropakokainy wahała się w granicach 0,03 — 0,1, w zależności od wieku, płci i budowy osobnika, przypuszczalnego czasu trwania zabiegu i wymagalnego stopnia znieczulenia. Dawki ponad 0,1 nie przekroczyłem dotąd.

Przeważną liczbę nakłuć dokonałem w położeniu siedzącym. Chory opierał się łokciem o kolana; jest to, mojem zdaniem, jedyne zlecenie, dobrze zrozumiałe dla mało inteligentnego, lub trwożliwego chorego. Dokładnego zastosowania się pacjenta do tej pozycji należy bezwarunkowo żądać uporczywie, gdyż w przeciwnym razie trudno otrzymać kabłąkowate wygięcie grzbietu chorego, które to wygięcie tak znacznie ułatwia wkłucie.

Znieczulenie miejscowe uważam za zbyt cenne, o ile igła jest dostatecznie ostra. Ważniejszą wydaje mi się pomoc ze strony lewej ręki chirurga: przy określeniu i utrwaleniu miejsca nakłucia, wyczuwszy odpowiedni wyrostek kolczysty, należy dużym palcem i wskazicielem napiąć nad nim skórę z obu stron, a wtedy igła nie zboczy i nie przesunie się wzdłuż więzów międzykolczystego, zamiast przebić go pośrodku. Wkłucie należy robić tuż poniżej (koło $\frac{1}{2}$ ctm.) wyrostka kolczystego, igła zaś powinna być skierowana poziomo, prawie prostopadle do osi ciała, wkłucie znacznie poniżej wyrostka i kierowanie potem igły ku górze może łatwo poprowadzić na bezdroże.

Trzymając się tych zasad, dwa razy nie mogłem trafić do kanału kręgosłupa; jeden przypadek dotyczył pierwszych prób moich w tym kierunku, drugi — osobnika z mocno zniekształco-

nym kręgosłupem. W położeniu leżącym robiłem nakłucia nie-liczne, w tych mianowicie przypadkach, gdzie ze względu na bardzo ciężki stan chorego lub też na niemożność usadowienia go w zależności od rodzaju cierpienia—położenie siedzące było wyłączone.

Wklucie w położeniu leżącym nie jest bynajmniej znacznie trudniejsze od siedzącego; unikam go jednak w obawie wystąpienia zapaści podczas operacji, o czym poniżej będzie mowa.

Najdogodniejszym miejscem wklucia ze względu na warunki anatomiczne jest przestrzeń pomiędzy 2 i 3 kręgiem lędźwiowym, ja jednak trzymałem się przeważnie przestrzeni pomiędzy 3-im i 4-ym wyrostkami kolczystymi, unikając możliwie wyższych, niż konieczne, nakłuć.

W jednym tylko przypadku zrobiłem nakłucie wysokie pomiędzy 5-ym i 6-ym kręgiem piersiowym; tyczyło się to osobnika ze złamaniem kręgosłupa na poziomie 7-go kręgu piersiowego, gdzie wobec silnie wyrażonego garbu miałem powody przypuszczać, iż światło kanału kręgosłupa zostało zamknięte na poziomie złamania. Rzeczywiście, dokonane wycięcie łuków kręgowych dowiodło słuszności mych przypuszczeń.

Iglę w takich nakłuciach wypadnie kierować ku górze pod kątem około 45° — 50° , przyczem należy zanurzyć ją w częściach miękkich znacznie głębiej, niż w nakłuciu lędźwiowym.

Z biegiem czasu nabiera się takiej wprawy, że, wprowadzając igłę, wyraźnie wyczuwamy warstwy przebite, i, nie wyjmując z igły sztyletu, wiemy, czy koniec igły tkwi w świetle kanału kręgosłupa.

Miejsce, przeznaczone do nakłucia, obmywam, jak pole operacyjne, jodynując skórę przed wprowadzeniem igły. Po wyjęciu zaś tej ostatniej umocowuję nad miejscem nakłucia opatrunek plasterem lepkiem. Rozczyn tropakokainy wciągam w strzykawkę systemu Recorda igłą, przeznaczoną do nakłucia, poczem tą samą igłą robię nakłucie.

Trzymając się wyluszczonych zasad aseptyki, nie miałem dotąd ani jednego przypadku podrażnienia zapalnego opon, który mógłbym przypisać zabiegowi znieczulenia.

Początkowo używałem strzykawki 1, 2 lub 5-io gramowej, wyciągając płyn mózgowordzeniowy parokrotnie. Teraz

jednak używam wyłącznie strzykawkę 10-io gramową. Ilość wyciągniętego płynu mózgowordzeniowego, który w strzykawce mieszam w ten sposób z roztworem tropakokainy, waha się od 5 do 10 gramów, wyłączając te przypadki, gdzie wyciąganie jest nader utrudnione, wobec czego muszę ograniczyć się ilością mniejszą, np. 2 — 3 gramów. Zawsze jednak staram się rozcieńczyć tropakokainę płynem mózgowordzeniowym.

Zdaniem mojem, należy przyjąć za zasadę, że im większą ilość wyciągamy, a zatem — z powrotem wstrzykujemy do kanału, tem na wyższe znieczulenie możemy liczyć. Naogół biorąc, chcąc otrzymać znieczulenie do poziomu miednicy włócznej, wciagam płyn mózgowordzeniowy do 5 — 8 gramowej porcji, w operacjach zaś na brzuchu i klatce piersiowej — do pełnej strzykawki.

Panuje przeświadczenie, iż szybki wypływ cieczy dowodzi dobrej techniki, t. j. faktu, iż igła znajduje się pośrodku światła kanału; wypływ zaś bardzo leniwy ma być dowodem złej techniki, a, co za tem idzie, zwiastunem złego znieczulenia. Notowałem w każdym przypadku szybkość wypływu cieczy, ale moje spostrzeżenia w tym kierunku nie doprowadziły mnie bynajmniej do podobnych wniosków.

Po wprowadzeniu do worka oponowego tropakokainy w pozycji siedzącej, pozostawiam w niej chorego 3 — 5 minut, poczem dopiero usadawiam go ostrożnie na stole operacyjnym, unikając możliwie wstrząśnień. Badając jednocześnie występowanie znieczulenia, którego bodaj najwcześniejszą, jakkolwiek nie stałą, oznaką jest drętwienie nóg, kontroluję choć w części działanie tropakokainy, miarkując, jak szybko szerzy się znieczulenie ku górze. Jeżeli znieczulenie idzie wzwyż szybko, pozostawiam chorego w pozycji półsiedzącej bodaj do końca operacji, o ile to jest możliwe ze względu na teren operacyjny. Jeżeli jednak znieczulenie posuwa się w górę zwolna, nadaję choremu pozycję coraz bardziej poziomą, nie cofając się nawet przed zwieszeniem na dół górnej połowy tułowia.

W każdym razie, postępując w ten sposób, choć w części panuję nad wystąpieniem zapaści, tego najgroźniejszego wroga znieczulenia lędźwiowego. Poniżej podam swe wyniki, zebrane w tablice porównawcze, z których jasnem stanie się, jaki był skutek stosowania tych ostrożności. Wydaje mi się, iż odpo-

wiednie zastosowanie pozycyi chorego jest bodaj najważniejszą rzeczą zarówno przez wzgląd na wynik znieczulenia, jak i powikłania podczas i po operacyi.

Szematyczne traktowanie wszystkich chorych, a szczególnie stosowanie położenia Trendelenburga we wszystkich przypadkach wydaje mi się rzeczą wprost niebezpieczną, a bynajmniej nie konieczną, gdyż w operacyach w jamie brzusznej, a nawet klatce piersiowej, położenie poziome najczęściej wystarczy nawet bez przekroczenia dawki 0,1 tropakokainy za pomocą wkłucia pomiędzy 2-im i 3-im kręgiem.

Czy istnieją osobniki, bezwzględnie niewrażliwe na znieczulenie lędźwiowe, jak istnieją bardzo podatne do zaburzeń toksycznych—nie wiem. Z mego własnego doświadczenia przyjsć muszę do wniosku, iż liczba takich ujemnych wyników spada coraz bardziej. Z drugiej zaś strony przypuszczam, iż prawdziwi „odporni“ nie poddadzą się nawet po zwieszeniu głowy na dół, bardzo podatni zato — łatwo mogą ulec objawom otrucia, i, jakkolwiek istnieją zdania, iż położenie pod tym względem nie gra roli, gdyż rozczyn środka znieczulającego w ciągu paru minut dosięga już komór mózgowych, mnie osobiście jednak wydaje się, że zdanie to nie jest dostatecznie poparte doświadczeniem klinicznym. Zapaść podczas operacyi powinniśmy uważać jako powikłanie, zależne właśnie od działania środka znieczulającego, który uległ szybkiej dyfuzyi w kierunku ku górze.

Dokonawszy nakłucia, czekamy na jego działanie. Jak długo czekać wypadnie—trudno nieraz określić. Czasami znieczulenie występuje po 30, nawet 40 minutach, nie ulega jednak wątpliwości, iż w tych przypadkach mamy do czynienia z osobnikami bardzo odpornymi na wpływ tropakokainy, i znieczulenie, nawet gdy go doczekamy się, będzie krótkotrwałe, lub niezbyt wysokie. Naogół nigdy nie czekałem dłużej ponad 24 minuty; jeżeli znieczulenia nie było, zabiegu dokonywano w uspieniu.

Materyał mój rekrutuje się z pośród chorych, operowanych prawie wyłącznie w szpitalu Ś-go Aleksandra w ciągu lat 4 (od 13 kwietnia 1907 do 16 kwietnia 1911). Dodać winiem, iż z biegiem czasu stawiałem znieczuleniu lędźwiowemu coraz większe wymagania.

Jeżeli np. porównamy poprzednio opisane przezemnie pier-

wsze sto znieczuleń lędźwiowych, przekonamy się, iż powyżej obręczy miednicy dokonano w ten sposób 15% zabiegów, na ogólną zaś liczbę 300 przypadków zabiegi w jamie brzusznej i klatce piersiowej wynoszą 26%. Powiem nawet więcej: w oddziale naszym nie dobieramy dzisiaj zupełnie materiału, przeciwnie, wszystkie niemal operacje dokonywamy zasadniczo w znieczuleniu lędźwiowym; dodać muszę, że tam, gdzie istnieją przeciwwskazania do stosowania chloroformu lub eteru (stan serca lub płuc) — znieczulenie rdzeniowe bierze na swoje barki całą odpowiedzialność. Wspominam o tem dlatego, iż w podobnych warunkach miałem przypadek śmierci na stole operacyjnym; zaznaczam, iż stosuję znieczulenie lędźwiowe bardzo szeroko, i stawiam mu wymagania coraz cięższe.

Z 300 przypadków nakłuć rdzeniowych w celu znieczulenia 91 przypada na kobiety, i 209 na mężczyzn. Co się tyczy wieku, widzimy podział następujący:

do lat	15	—	9 osób
od lat	15—20	—	30 „
„	20—30	—	88 „
„	30—40	—	68 „
„	40—50	—	46 „
„	50—60	—	22 „
„	60—70	—	25 „
ponad	70	—	6 „
nie notowano wieku	6	—	„

Razem 300 osób.

Kobiety znacznie trudniej poddawały się znieczuleniu lędźwiowemu, niż mężczyźni; wyniki ujemne były u nich w trójnasób częstsze.

Ogólne wyniki były następujące:

$$+ 88\%; \pm 6\%; - 6\%.$$

Znak (+) oznacza wynik zupełnie pomyślny, gdzie operację dokończono bez dodatkowego uspiania; znak ($\pm$) wystąpienie znieczulenia, ale niedostatecznego, tak iż dodatkowe uspianie, przeważnie w końcu operacji, było konieczne; znak (—) zupełny brak znieczulenia.

Porównywając 3 serye, po 100 nakłuć każda, otrzymamy:

- I (№№ 1—100) + 80; ± 6; — 14
 II (№№ 101—200) + 89; ± 8; — 3
 III (№№ 201—300) + 94; ± 5; — 1.

Widzimy więc, iż wyniki, przez nas otrzymane, stawały się z biegiem czasu coraz lepsze. Czy otrzymanie dużej seryi bez ujemnych wyników jest rzeczą, związaną z techniką i doświadczeniem, czy też wynikiem przypadku, przesądzać nie chcę, skłaniam się jednak bardziej ku pierwszemu przypuszczeniu. Myślę wszakże, iż chcąc koniecznie otrzymać podobny wynik, nie dobierając materiału, należałoby stosować duże dawki tropakokainy i często posiłkować się położeniem Trendelenburga, co, zdaniem mojem, grozi pewnem niebezpieczeństwem, i dlatego sędzę, iż lepiej zrzec się zaszczytu ogłoszenia podobnej seryi bezwzględnie uległych chorych, niż narazić któregoś z nich na ciężką zapaść, a nawet śmierć.

Nie głosuję tutaj bezwzględnie przeciwko większym dawkom, lub położeniu Trendelenburga, ale radzę korzystać z nich możliwie oględnie. Te 300 nakłuć były przeznaczone dla dokonania następujących zabiegów chirurgicznych:

		Dokonano bez uśpienia	% ujemnych
Na stopach.	26	24	— 8 ⁰ / ₁₀₀
Na goleniach.	47	41	— 12 ⁰ / ₁₀₀
Udo i obręcz miednicy	136	127	— 7 ⁰ / ₁₀₀
Jama brzuszna.	76	58	— 27 ⁰ / ₁₀₀
Klatka piersiowa. . . .	12	10	— 17 ⁰ / ₁₀₀
Nie notowano.	3	3	— 0 ⁰ / ₁₀₀

Pod obręczą miednicy rozumiałem również zabiegi na kiszce prostej i częściach płciowych zewnętrznych, a nawet i na macicy, o ile otrzewna nie była otwierana.

Liczby powyższe wymagają pewnych wyjaśnień. Trzy pierwsze pozycye nieznacznie odchylają się od średniej odsetki, dwie następne wykazują duże wzniesienie. Otóż, większa odsetka przypadków ujemnych jest tutaj łatwo zrozumiała, trudniej jednak wytłumaczyć sobie, dlaczego operacje na klatce

piersiowej wykazały przewagę wyników dodatnich nad zabiegami w jamie brzusznej. Tutaj, zdaje mi się, objaśnienie łatwo znaleźć w dawkowaniu, położeniu chorego po nakłuciu, i długotrwałości zabiegu.

W operacjach na klatce piersiowej stosowałem przeważnie dawkę 0,08—0,1, natychmiast lub bardzo prędko po nakłuciu stosowałem położenie Trendelenburga, wreszcie—operacje te trwały krócej, niż cięcia brzucha, w których nie przekraczałem dawki 0,08, i możliwie unikałem opuszczenia górnej połowy tułowia.

Średnia odsetka ujemnych wyników równa się 12, jeżeli jednak zwrócimy uwagę na wiek chorego, widzimy tutaj dość znaczne wahania, które trudno przypisać przypadkowi:

% ujemnych wyników w wieku		
0 — 15 lat	=	11%
15 — 20 „	=	13%
20 — 30 „	=	10%
30 — 40 „	=	19%
40 — 50 „	=	11%
50 — 60 „	=	9%
60 — 70 „	=	8%
ponad 70 „	=	0%

Panuje przekonanie, iż osobniki starsze dobrze znoszą i łatwo poddają się znieczuleniu lędźwiowemu. U osobników młodszych zwiększona pobudliwość nerwowa gra takąż rolę, jak u kobiet.

W wieku największego rozwoju fizycznego (30 — 40 lat), zdaje mi się, wzniesienie liczby wyników ujemnych należy objaśnić przeważnie zbyt małą dawką tropakokainy, gdyż, po za dziećmi, zawsze w analogicznych zabiegach stosowałem ilości nieznaczne i jednakie, przypuszczam zaś, iż w pełni rozwoju fizycznego dawka powinna być cokolwiek większa, niż w początkowym okresie i na schyłku.

Nie przypisuję sam dużej wagi moim liczbom, jako zbyt małym. Zestawiłem je, gdyż, według mego zdania, nastał już czas na bardziej ściśle badanie wyników znieczulenia lędźwiowego, do czego doprowadzić nas mogą tylko duże zbiorowe statystyki, umiejętnie i jednolicie zestawione. Podział znieczu-

leń, ogólnie uznany, na dobre, niedostateczne i ujemne, dla ścisłej statystyki nie wystarcza, gdyż będzie on zawsze podmiotowy i zależny od materiału klinicznego. Właściwym względnie może być tylko dla tych oddziałów szpitalnych, gdzie wszystkie operacje do poziomu szyi, względnie i wyższe, dokonywa się w znieczuleniu lędźwiowym.

Jedynie słuszną wydaje mi się statystyka obiektywna, w której należało by tylko zaznaczać rodzaj zabiegu i czas jego trwania, wiek, płeć i ilość zużytego środka znieczulającego. Przypuszczam, iż wyniki dużego doświadczenia, zebrane w odpowiedniej tablicy graficznej, pozwoliły by, być może, ustalić ścisłe dawkowanie, co jest rzeczą konieczną w obecnym okresie rozwoju sprawy.

Porównanie wyników uspiania ogólnego i znieczulenia lędźwiowego bez zadośćuczynienia tym warunkom jest rzeczą niemożliwą, gdyż w uspianiu technika dawkowania może być mylna, sam jednak środek usypiający jest w mocy narkotyzującego, który go stosuje, indywidualizując w każdym poszczególnym przypadku. Stosując znieczulenie lędźwiowe, nie możemy ani usunąć zbytnej ilości trucizny, ani dodać jej w razie, gdy ustrój nie poddaje się działaniu zwykłej dawki, to też ścisłe dawkowanie z uwzględnieniem wszystkich wymienionych powyżej czynników jest rzucającą się w oczy koniecznością.

Idealem środków usypiających stanie się ten, który uczyni zadość kilku podstawowym wymaganiom: da się zastosować u wszystkich chorych, nie będzie groźny dla życia, nie pozostawi po sobie zaburzeń następnych. Dodałbym jeszcze jeden warunek, a mianowicie — nie będzie wymagał specjalnych rąk i zajmował uwagi operującego. Takiego środka, niestety, nie posiadamy dotychczas. Współczesne dążenia w tych poszukiwaniach dowodzą, iż na pierwszym planie stoi, w pojęciu chirurgów, bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia, gdyż tylko w ten sposób pojąć można krucyatę przeciwko wszelkim metodom znieczulenia ogólnego i na korzyść miejscowego. Bezsprzecznie, miejscowe znieczulenie, jakkolwiek również bynajmniej nie niewinne, jest jednak bezpieczniejsze od ogólnego.

Czy jednak inne jego niedogodne strony nie powinny być wcale brane w rachubę — śmiem wątpić. Uspienie chloroformowe, a tembardziej eterowe daje mniejszą odsetkę śmiertelności na stole

operacyjnym, niż znieczulenie lędźwiowe, ale znacznie większą zato liczbę powikłań pooperacyjnych, wymaga większej liczby pomocników, odrywa uwagę operatora, wreszcie — rozmaitego natężenia zapaści, nie kończące się wprawdzie śmiercią, są znacznie częstsze, co odbija się na technice i aseptyce zabiegu.

Przejdę teraz do swoich spostrzeżeń. Zaburzenia podczas operacji polegały bądź to na zbiorze objawów lekkich w postaci uczucia zimna, lekkiej bledkości skóry, osłabienia tętna, na nieznacznym upośledzeniu oddechania, przyczem oddech stawał się bardziej powierzchownym, częstość zaś jego nie ulegała zmianom; źrenice zachowywały się rozmaicie, czasami były rozszerzone, często jednak, przeciwnie, ulegały zwężeniu.

Ciężka postać zapaści cechowała się szybkim i drobnym tętnem, bardzo upośledzonym oddechem, szczególnie w okresie wydechu, źrenice również zachowywały się rozmaicie, były jednak i zwężone ad maximum, twarz blada z odcieniem sinawym, czasami jedno lub kilkakrotne wymioty. W tych razach zmuszony byłem przerwać operację, stosować sztuczny oddech, eter, kamforę etc.

Jak postępować z chorym, pogrążonym w ciężką zapaść, czy unieść głowę możliwie wysoko, czy też, przeciwnie, opuścić górną część tułowia możliwie nisko — nie zdaję sobie dotychczas sprawy; objawy zapaści są wynikiem zetknięcia się wyższych ośrodków ze środkiem znieczulającym, widziałem jednak przypadek ciężkiej zapaści z bladą twarzą i wązkimi źrenicami, połączony widocznie z niedokrwistością mózgu, gdyż opuszczenie tułowia ku dołowi działało bezwarunkowo dodatnio.

Nie będę wyodrębniał objawów, spotykanych w oddzielnych przypadkach zapaści; ograniczę się jedynie kilku liczbami ogólniejszej natury. Na 300 spostrzeżeń powikłania na stole operacyjnym wystąpiły 27 razy, co stanowi 9%.

Z nich przypada:

na seryę I	—	11
„ II	—	11
„ III	—	5.

Nie zaliczam tutaj powikłań w postaci porażeń dolnych kończyn, które stanowią zjawisko nader częste po znieczuleniu

lędźwiowem — według moich danych do 50%, lecz znikają równocześnie, a nawet wcześniej od znieczulenia, i dlatego uchodzą uwagi. Do tejże kategorii zaliczam 3 przypadki porażeń zwieracza odbytu i pęcherza moczowego również podczas operacji, które znikły wraz z powrotem czucia.

Zaburzenia podczas operacji spotykałem prawie równie często u kobiet, jak u mężczyzn, z nieznaczną jednak przewyżką odsetki u tych ostatnich. Wpływ jednak wieku u operowanych przezemnie chorych był bardzo wyraźny, gdyż do lat 40 powikłania te zdarzały się u 10% chorych, przyczem najwyższa odsetka padła na wiek 20 — 30 lat, po roku czterdziestym wynosiły tylko 4%, i stały się udziałem wyłącznie prawie wieku starego, t. j. powyżej 60-go roku życia.

Z tych 27 przypadków tylko dwa można zaliczyć do ciężkiej postaci, przyczem wypadło przerwać operację i stosować znane środki ratownictwa. Jeden z nich dotyczył skądinąd zdrowego osobnika, operowanego z powodu wolnej przepukliny, drugi zaś — młodej dziewczyny z szyszkowinami stożkowatymi (condylomata acuminata) potwornych rozmiarów, przyczem zabiegowi towarzyszyło nadzwyczaj obfite krwawienie. Tutaj opuszczenie głowy poniżej poziomu wpływało dodatnio na stan chorej

Nie mogę zamilczeć o przypadku śmierci na stole operacyjnym, nie objętym statystyką (№ 301).

Jan K. 37 lat, rany klute klatki piersiowej z lewej strony, otrzymane nożem przed 5 dniami. W ciągu tych 5 dni bardzo obfite krwawienie z rany. Tętno po przywiezieniu chorego do szpitala — 90 uderzeń, w dzień operacji 120, wobec ciepłoty prawidłowej, ciągłych dawek kamfory i podskórnego stosowania soli. W dniu operacji trzykrotne obfite krwawienie z rany. Operacja o godzinie 11-ej przed południem, tętno na stole operacyjnym słabo wyczuwalne.

Wprowadzenie 0,1 tropakokainy w pozycji leżącej na lewym boku; po 8 minutach znieczulenie, sięgające 4-go żebra. Chory pozostaje w pozycji poziomej. Po 20 minutach od chwili wstrzyknięcia, w przebiegu operacji po wycięciu żebra odszukałem ranę płuca w pobliżu wnęki tegoż, przyszyłem płuco do opłucnej ściennej, obmacałem serce w celu przekonania się o jego stanie, słowem manipulowałem dużo nad tymi organami — wystąpiła zapaść, mająca wyraźny charakter porażenia ośrodka oddechowego, gdyż serce, widoczne ad oculos, biło słabo, ale miarowo, oddech zaś stał się utrudnionym, szczególnie w okresie wydechu.

Sztuczny oddech, eter, kamfora, bezpośrednie mięsienie serca — pozostały bez skutku. Chory już zupełnie przestał oddychać, a serce wciąż biło coraz słabiej, aż ustało zupełnie.

Dodać należy, iż w opisanym przypadku zastosowałem nakłucie rdzeniowe właśnie dlatego, iż uśpienie eterowe było przeciwwskazanie ze względu na stan płuc, chloroformowe zaś — serca. Czy śmierć była tutaj bezpośrednim skutkiem znieczulenia lędźwiowego, czy też zapaść przyczyniła się tylko do śmierci wykrwawionego ustroju — pytanie to może wydawać się spornem, ja jednak zwalam odpowiedzialność na nakłucie rdzeniowe, nie chcąc wydawać się pobłażliwym dla sposobu sędzią.

Dwa ostatnio wzmiankowane przypadki nasuwają mi pewne myśli o przeciwwskazaniach do znieczulenia lędźwiowego.

Panuje utarte przekonanie, iż sposób ten nie nadaje się u dzieci, u osobników bardzo wrażliwych, i w stanach septycznych. Co się tyczy dzieci, małe doświadczenie moje nie daje mi prawa do wyprowadzania wniosków. Osobniki pobudliwe, a szczególnie kobiety, rzeczywiście częściej zmuszają nas przejść do uśpienia, nie dlatego jednak bynajmniej, aby znieczulenie lędźwiowe działało u nich mniej stale, lecz dlatego, iż poddajemy się ich skargom, i zbytnio im wierzymy.

Dzisiaj, gdy uśpienie w naszym oddziale jest prawie rzadkością, wychowaliśmy chorych szpitalnych w tem przeświadczeniu, iż operacje dokonywają się w znieczuleniu lędźwiowym rzeczywiście bez bólu, to też prawie nigdy nie słyszymy protestów chorych, a jednocześnie coraz mniej mamy wyników ujemnych.

Z drugiej strony atoli, chociaż dotychczas nigdy nie stosowałem środków, znieczulających pobudliwość chorego, nie widzę dostatecznej racji unikania ich tam, gdzie ta wrażliwość chorego może nam zamącić spokojny przebieg operacji.

Stan septyczny — jako przeciwwskazanie do stosowania znieczulenia lędźwiowego wydaje mi się przesłanką bardziej teoretyczną, niż kliniczną.

W moim materiale sprawy zakaźne stanowiły sporą odsetkę, nigdy jednak dotąd nie widziałem powikłania zapaleniem opon. Zato bardzo ważnem przeciwwskazaniem, nie wspominanem dotąd, wydaje mi się wykrwawienie chorego, szczególnie w tych

przypadkach, gdzie ze względu na rodzaj zabiegu musimy zastosować większe dawki i położenie Trendelenburga.

Bezwarunkowo w tych razach narażamy chorego snadniej na zapaść, która, według mego zdania, ma charakter przeważnie osłabienia pobudliwości ośrodka oddechowego. Chory zaś wykrwawiony z upośledzoną wymianą gazów łatwo może uleść zupełnemu porażeniu tego ośrodka, a wtedy jesteśmy zupełnie bezsilni, jak mnie poucza opisany powyżej przypadek śmierci.

Mniejszej wagi są zaburzenia pooperacyjne z powodu swej względnej niewinności. Stałych porażań pni nerwowych nie spotykałem dotąd wśród swoich chorych, choć nie przypuszczam, aby podobne powikłania mogły mi zniknąć z przed oczu; porażenia te występują wcześniej, a chorzy znajdowali się pod moją opieką przez czas aż nadto wystarczający.

Właściwie więc o powikłaniach trudno mi mówić; objawów, które widziałem dotąd, a mianowicie bóle w miejscu nakłucia, bóle głowy i wymioty rozmaitego natężenia i czasu trwania, na koniec — jednodniowe porażenie kończyn i zwieraczy, nie można porównywać z zapaleniem płuc i nerek, ciężką żółtaczką i t. d., jako działaniem następczem eteru lub chloroformu.

Analogicznych powikłań po stosowaniu znieczulenia lędźwiowego nie widziałem dotąd; dodać jednak winienem, iż systematycznych badań moczu u chorych nie wykonywałem.

Powikłania pooperacyjne wystąpiły u 19% chorych, przyczem widzimy spadek tych objawów w poszczególnych seryach:

N ₂ N ₂	1 — 100	29%
N ₂ N ₂	100 — 200	16%
N ₂ N ₂	201 — 300	12%

Do najczęstszych powikłań zaliczyć należy bóle głowy, a mianowicie:

1-o dniowe	17 razy
2-u " 	9 "
3 — 14 dni trwające . . .	15 "

Pozatem w 10 przypadkach spotkaliśmy się z objawami meningismus (bóle głowy i wymioty, szczególnie przy uniesieniu ku górze wobec prawidłowej ciepłoty i tętna i dobrego stanu ogólnego, przyczem chorzy tacy wracali do zupełnego zdrowia

bez żadnych trwałych powikłań). W 9 przypadkach mieliśmy do czynienia z krótkotrwałymi bólami (do 3 dni) w miejscu nakłucia, na koniec 2 razy zanotowaliśmy zatrzymanie moczu po guzach krwawnicowych odbytu, a więc rzecz sporna, czy w związku z nakłuciem rdzeniowym, i raz porażenie lewej kończyny dolnej całkowite, które trwało 30 godzin, i przeminęło również bez śladu. U niektórych chorych wystąpiło jednocześnie kilka powikłań, dlatego też liczba wyszczególnionych objawów jest wyższa od liczby podległych im chorych.

Jeżeli porównamy odporność mężczyzn i kobiet na działanie tropakokainy, widzimy, iż wśród kobiet $\%$ powikłań pooperacyjnych wynosi 25 $\%$, wśród mężczyzn zaś tylko 17 $\%$. Poza to jeszcze zaznaczyć należy, iż wszystkie niemal przypadki bardziej uporczywych bólów głowy, a szczególnie podrażnienia opon — stały się wyłącznie udziałem kobiet.

Wpływ wieku jest mniej wyraźny. Pomijając wiek młodociany, gdzie nieznaczna liczba spostrzeżeń nie upoważnia do wniosków, widzimy wahania nieznaczne, gdyż $\%$ powikłań stanowił w wieku lat:

15 — 20	—	30 $\%$
20 — 30	—	19 $\%$
30 — 40	—	24 $\%$
40 — 50	—	19 $\%$
50 — 60	—	23 $\%$
60 — 70	—	12 $\%$
ponad 70	—	0 $\%$

Widzimy znaczny spadek od średniej normy dla wieku starszego, podobnie jak to widzieliśmy w zaburzeniach podczas operacyi.

Pozwolę sobie przytoczyć jeszcze parę danych o znieczuleniu lędźwiowych wielokrotnych, które dokonałem dotąd u 30 chorych 70 razy, przyczem:

u 23 chorych	znieczulenie	dwukrotne
u 4	„	„
u 3	„	„
		trzykrotne
		czterokrotne.

Nakłucia były robione w rozmaitych odstępach czasu:

1 do 10 dni — 9 razy

10 dni do miesiąca — 11 „

w innych przypadkach przerwa trwała powyżej miesiąca.

Wyniki znieczulenia u tegoż osobnika były prawie zawsze jednakie, co jednak ważniejsze, wielokrotne znieczulenia nie dały bynajmniej większej odsetki powikłań podczas ani pooperacyjnych, co dawałoby tej metodzie dużą przewagę nad uspieniem ogólnem.

Podaję tutaj garść liczb, jako wynik mego doświadczenia osobistego. Liczbom tym nie przypisuję sam zbytnej wagi, gdyż wobec swej nieznacznej wielkości upoważniają właściwie tylko do tego wniosku, iż mamy prawo nawet w warunkach prymitywnych, w jakich pracuję, stosować znieczulenie lędźwiowe bez widocznej szkody dla chorego. Jeżeli jednak mamy mówić o wskazaniach do stosowania tego sposobu, a tem bardziej o jego względnej wartości w porównaniu z uspieniem i znieczuleniem miejscowem — tylko wyniki, ujęte w żelazne karby liczb, wyprowadzą nas na drogę prawdy. To też podane tutaj tablice uważam jedynie za pewien wzór zbierania statystyki, która może wykazać, czy niepewność działania znieczulenia lędźwiowego w porównaniu z uspieniem okupi się jego mniej zgubnym wpływem bezpośrednim i odległym na ustrój, czy też i pod tym względem pierwszeństwa odmówić mu należy.

Co się mnie osobiście tyczy — w miarę doświadczenia rozszerzam coraz bardziej zakres stosowania znieczulenia lędźwiowego kosztem uspienia, szczególnie w zabiegach, dotyczących się jamy brzusznej, gdzie widziałem dzięki temu znacznie pomyślniejszy przebieg pooperacyjny.

Z kliniki chirurgicznej we Lwowie.
Dyrektor: Radca dworu Prof. Dr. L. Rydygier.

W sprawie wytwarzania przetoki żołądkowej (GASTROSTOMIA)

podał

ADAM EDELSZEIN.

Pomysł do utworzenia przetoki żołądkowej powstał u norweskiego lekarza wojskowego Egeberga (1). Rakowe zwężenie przełyku naprowadziło go na myśl utrzymania chorego przy życiu przez wytworzenie przetoki żołądkowej. Opierał się przytem na opisywanych przypadkach przetoki żołądkowej natury urazowej (Voigtel, Burrows, Beamont) (2), po której chorzy żyli długie lata — np. 35 lat — bez żadnych zaburzeń. Rozumowanie to wygłosił w roku 1837 na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Chrystyanii, przy czem podał dokładnie wskazania i projektowaną technikę zabiegu, mało różniące się od obecnego pojmowania tej sprawy.

Propozycję Egeberga wprowadził w czyn w roku 1841 Blondlot (3) doświadczalnie na zwierzętach z wynikiem pomyślnym.

Szerzej sprawę doświadczalnie opracował Sédillot (4) i, opierając się na swych doświadczeniach, dnia 13 listopada 1849 roku wykonał po raz pierwszy zabieg ten na człowieku z rakowem zwężeniem przełyku. Chory zmarł w 24 godziny po operacyi. Pominimo, że i następne operacye Sédillota kończyły się nieszczęśliwie, doszedł on do wniosku, że operacya jest na ludziach wykonalna i może być pożyteczna.

Próby Sédillota wywołały żywe zainteresowanie wśród chirurgów. Gdy jedni, jak np. Follin (5), uznawali wytwarzanie przetoki żołądkowej za operację uzasadnioną, drudzy zwalczali ją, niektórzy znów, jak Streubel (6), ograniczali ją tylko do przypadków bliznowego zwężenia przełyku po oparzeniach. Dalej próbowali gastrostomii Fenger (7), Nelaton (8), Cooper, Forster (3), Sydney Jones (10), Thomas Bryant (11), Curling (12) i inni.

Operacje te kończyły się niepomyślnie, chorzy bowiem umierali bądź wskutek wycięczenia, bądź wskutek ropnego zapalenia otrzewnej, bądź wreszcie na zapalenie płuc. Były to czasy przedaseptyczne, nic dziwnego przeto, że gastrostomia dawała wyniki nieszcześliwe.

Dopiero w r. 1876 Verneuil (13) wytworzył pierwszą przetokę żołądkową z pomyślnym wynikiem u siedemnastoletniego młodzieńca ze zwężeniem przełyku w części brzusznej po zażyciu ługu żrącego. Podobne dwa pomyślne przypadki miał Trendelenburg (14). Od tego czasu datuje się rozwój techniczny wytworzenia przetoki żołądkowej. Wielka jednak śmiertelność po tym zabiegu operacyjnym i powikłania, towarzyszące mu, zniechęcają z jednej strony chirurgów do gastrostomii, z drugiej zaś strony dają pobudkę do udoskonalenia techniki operacyjnej i do ograniczania tego zabiegu do pewnych tylko ściśle określonych spraw chorobowych.

Powstaje cały szereg sposobów operacyjnych, mnożą się przeróżne poglądy na sprawę wytwarzania przetoki żołądkowej.

Materyał naszej kliniki — 15 przypadków — dla procentowych zestawień niedostateczny, pozwala nam jednak oryentować się w zaletach i wadach tych sposobów i wyprowadzić co do wytworzenia przetoki żołądkowej niektóre wnioski i wskazania.

Gastrostomia, jak to z nazwy wynika, wskazana jest we wszystkich tych przypadkach, kiedy wskutek niedrożności przełyku zachodzi potrzeba odżywiania przez żołądek, by w ten sposób uchronić chorego od głodowej śmierci; ściśle zaś biorąc — w tych przypadkach, kiedy przełyk połykać nie może, lub nie powinien.

A zdarzyć się to może w przypadkach następujących:

I. We wrodzonym zamknięciu lub braku przełyku;

- II. W uchyłkach przełyku głęboko idących;
- III. W przypadkach ciał obcych mocno wkliniowanych, zamykających światło przełyku;
- IV. W bliznowych zwężeniach przełyku po oparzeniach, sprawach zapalnych, chorobach konstytucyjnych;
- V. W nowotworach, z wewnątrz przełyku wychodzących;
- VI. W raku wpustu;
- VII. W sprawach uciskowych od zewnątrz przełyku (tętniak, guzy śródpiersia i t. d.);
- VIII. Kiedy chcemy przełyk wyłączyć z powodu rozszerzenia znacznego, a to przez skurcz odruchowy w okolicy wpustu.

Wśród wskazań, powyżej wyliczonych, najczęściej spotykamy się z rakiem przełyku i bliznowym zwężeniem po oparzeniach, inne zaś występują bardzo rzadko. To też zastanawia się nieco nad temi dwoma wskazaniem.

Wszyscy autorowie godzą się z tem, że utworzenie przetoki żołądkowej jest wskazane w bliznowych zwężeniach przełyku. Staje się ona zbawienną i ratuje choremu życie. Trzeci nasz przypadek, dotyczący się chorego, którego po zażyciu witryolu w stanie rozpaczliwym sprowadzono do kliniki, dowodzi niezbicie, że utworzenie przetoki żołądkowej w tych przypadkach staje się operacją doszczętną, gdyż nie tylko przynosi czasową ulgę, lecz daje możność usunięcia zwężenia przez rozszerzenie przełyku od strony wpustu i przywrócenia stosunków prawidłowych.

Chory ten do dziś dnia żyje (10 lat mija) i cieszy się najlepszym zdrowiem.

Samo przez się zrozumiałe jest, że tylko wówczas wskazana jest przetoka żołądkowa w bliznowych zwężeniach przełyku, jeżeli rozszerzanie zwężenia od strony jamy ustnej nie prowadzi do celu.

O ile doszczętną operacją staje się utworzenie przetoki żołądkowej w bliznowych zwężeniach, o tyle czasową tylko pomoc przynosi w raku przełyku. Ogromna odsetka śmiertelności zraża chirurgów do tej operacji w raku, a nawet są tacy—Famon (15), Lagrange (16), Leiden (17), Christiani (18) i inni, którzy uważają rak przełyku za przeciwwskazanie do przetoki

żołądkowej. Zgodzić się z tem jednak nie można. Doświadczenie poucza, że przetoka żołądkowa, utworzona w raku przełyku, przynosi stanowczo korzyść, wprawdzie czasową, bo nie usuwa podstawowej choroby, a co najwyżej przedłuża życie chorego na rok — dwa; ale jest jeszcze ważniejszy wzgląd: jeżeli się zważy na los takiego człowieka wygłodniałego, na te ogromne cierpienia wskutek łaknienia i pragnienia, to się rozumie, że utworzenie przetoki żołądkowej staje się w tych przypadkach dobrodziejstwem. Sam chory nieraz zwraca się do chirurga i błaga, by mu utworzono przetokę żołądkową, znajdując w niej jedyny ratunek od męk głodowej śmierci. Co do czasu utworzenia przetoki, to liczyć się trzeba z następującem ścisłym wskazaniem: jeżeli chory z rakiem przełyku nie potrafi należyście się odżywiać, tak że spada wciąż na wadze, to przystąpić należy jak najprędzej do operacji.

Prócz powyżej przytoczonych wskazań wspomnieć muszę z punktu widzenia, być może, więcej historycznego o propozycji Poissonniera (19), który radzi wykonać przetokę żołądkową w tych przypadkach, kiedy występuje zapasć po przebicium wrzodu żołądkowego, ze wszyciem brzegów wrzodu do rany zewnętrznej. Brak mi pod tym względem doświadczenia. Teoretycznie uważam taki zabieg za niewystarczający, odpowiedniejsze zdaje się być zeszytanie wrzodu, wycięcie lub inny zabieg zależnie od stanu miejscowego i ogólnego chorego. Przeciwno temu wskazaniu przemawia i to, że wrzody najczęściej występują bliżej odźwiernika, a miejscem z wyboru dla przetoki żołądkowej jest właśnie okolica najbliższa wpustu.

Rokowanie po utworzeniu przetoki żołądkowej zależne jest od podstawowej choroby, od stanu samego przełyku, już nie mówiąc o niebezpieczeństwie, jakie spowodować może sam zabieg.

Tak więc, jak już wspomniałem, przetoka żołądkowa ratuje życie w bliznowym zwężeniu, a przedłuża co najwyżej życie na pewien czas w raku przełyku. Jak statystyka poucza, zabieg ten jest ciężki i niebezpieczny.

Zesas (20) zdołał zebrać 162 przypadki wytworzenia przetoki żołądkowej, operowanych od roku 1876 do 1883. Z tych zmarło zaraz po operacji 123 (blisko 76%), wyzdrowiało 19, a co

do 20 — wynik operacji nieznany. Chorzy umierali najczęściej między 1 — 30 dniami po operacji; więcej, aniżeli rok, przeżył tylko jeden pacjent.

Ta duża śmiertelność po operacji tłumaczy się jeszcze tem, że chory zbyt późno dostaje się w ręce chirurga. Wyczerpany długotrwałem, bezskutecznem leczeniem poddaje się operacji, widząc w tem już ostatnią deskę ratunku. Chory taki, podupadły na siłach, nawpół zagłodzony, nie jest w stanie przemieścić takiego poważnego zabiegu. Niepomysłny wynik operacji po późnych zabiegach ma inne jeszcze źródło, a mianowicie — chorzy tacy skłonni są bardzo do zapalenia płuc, bądź też przychodzi do przebicia ropnia około przełyku, lub rozpadłego nowotworu do opłucnej, tchawicy lub tętnicy głównej. W przypadkach naszych (1, 2, 4, 10) stwierdziliśmy podobne powikłania, jako momenty przyczynowe zejścia śmiertelnego. Nieraz winę późnego zabiegu ponosi lekarz-terapeuta, który rozpoznaje hysteryę w miejscu rakowego zwężenia, jak to się zdarzyło w przypadku, opisywanym przez Hubera (21).

Wcześniej wykonane wytworzenie przetoki żołądkowej w raku ma tę korzyść, że u chorych w uderzający sposób po prawia się dobrowolne połykanie, czasem dochodzi aż do tego, że pacjent jest niezadowolony i mniema, że operacja była zupełnie zbytecznie wykonana. Curling (22) i inni tłumaczą to

Porządek przypadku	N ^o Hist. cho- roby.	Nazwisko, płeć, lata. Rozpoznanie kli- niczne.	W y w i a d y.	Stan obecny.
1	168 1900—01	R. K., kobieta, lat 30. Carcinoma oesophagi in tracheam perforans.	Od 5 miesięcy trudność oddychania i połykania Od tygodnia nic absolut- nie połknąć nie może.	Zgłębnik wchodzi przełyku na długo- cm., gdzie napotyka opór niepokonany.
2	13 1901—02	M. M., kobieta, lat 36. Carcinoma oesophagi.	4 miesiące temu „zadła- wiła się“. Od tego czasu ból przy połykaniu, krwawe wymioty. Od 2 miesięcy trudność poły- kania, cuchnące skrzepy.	W dolnym odcinku prze- łyku guz, przez który cieńszy zgłębnik prze- nie może.

tem, że rak powolniej rośnie, jeżeli nie jest drażniony przez pewien czas pokarmami, tak że rozpad nowotworu i połączona z nim sprawa zapalna ogranicza się i przełyk staje się znów drożnym.

Pouczający jest przypadek Kochera (23), w którym znieśnienie mechanicznego i chemicznego drażnienia przełyku oraz zgłębnikowanie od strony wpustu doprowadziło do tego, że pacjent do śmierci mógł swobodnie połykać pokarmy, tak że operator spotkał się z zarzutem ze strony chorego, że mu „niepotrzebnie zrobił dziurę w brzuchu“. Ta przerwa w postępie fatalnego cierpienia daje choremu poczucie powrotu sił i nadzieję wyzdrowienia. Tej korzyści nie powinniśmy odmówić nieszczęśliwemu choremu, tem bardziej, że wkroczeniem operacyjnem szkody nie przynosimy, przeciwnie—dajemy możliwość choremu, skazanemu na śmierć, przez wiele miesięcy wieść znośne życie, a nieraz i pracować. Nie o statystykę powinno tutaj chirurgowi chodzić, ale o wzgląd ludzki. Niezależnie bowiem od innych warunków samo uwolnienie chorego od strasznych męk głodowej śmierci jest już poważnem wskazaniem do wytworzenia przetoki żołądkowej. I z naszych wyników po utworzeniu przetoki żołądkowej można nabrać otuchy i lepszego zaufania do tego zabiegu operacyjnego.

Niniejsza tablica przedstawia nasze przypadki.

Zabieg operacyjny.	Data operacji.	Śmierć bezpośrednio po operacji.	Okres życia po przebyciu operacji.	U w a g i.
Gastrostomia modo Hartmann.	20, VI, 1901.	Zmarła nazajutrz.	—	Sekcja: Rak przerastał ścianę tchawicy, tak że zwięźlał jej światło. W płucach: pneumonia.
Gastrostomia modo Fontan.	13, IX, 1902.	—	Żyła 3 miesiące.	Zmarła wskutek gangreny płuc.

Porządek przypadku.	Nr Hist. cho- roby.	Nazwisko, płeć, lata. Rozpoznanie kli- niczne.	W y w i a d y.	Stan obecny.
3	56 1901—02	S. B., męzc., lat 21. Stenosis oesophagi ci- catrica post combu- stionem acido sulfu- rico.	Celem odebrania sobie życia wypił sporo wityr- olu. Po zażyciu nie mógł ani połykać, ani oddy- chać. W szpitalu zrobio- no mu tracheotomię. Obe- cnie nic połknąć nie jest w stanie.	Najcieńszy zgłębnik pra- tykowy napotyka prze- szkodę na wysokości i IV kręgu piersiowe- go i przez tę przeszkodę przechodzi.
4	113 1902—03	J. W., męzc., lat 70. Carcinoma oesophagi.	Od roku trudność poły- kania. Stałych pokarmów nie przyjmuje już 4 mie- siące. Schudł bardzo.	Zgłębnik Trousseau wcho- dzi do przełyku, poczem oddaleniu 30 cm. od bów siecznych natra- fia na niepokonalną prze- szkodę. Podobnie zatr- zymuje się sonda twarda № 1. Pod pachami s- czóło macalne.
5	118 1904—05	M. S., męzc., lat 54. Carcinoma oesophagi.	Od 6 miesięcy utrudnie- nie w połykaniu. Obecnie nie może połykać ani sta- łych, ani płynnych pokar- mów. Schudł znacznie.	Zgłębnik z oliwką do- chodzi do 13 cm., poczem trafia na opór podat- ny, okrężny, którego pokor- nie może. Sonda kon- na № 9 z trudnością prze- chodzi. Porażenie str- głosowej lewej.
6	135 1904—05	B. T., kobieta, lat 45. Carcinoma oesophagi.	Od kilku miesięcy bóle przy połykaniu. Od kilku tygodni nie może przy- jmować pokarmów sta- łych. Schudł znacznie.	Do przełyku da się wp- rowadzić zgłębnik № 1, o- sze nie przechodzą. G- czoły nad i podoboj- kowe macalne.
7	44 1905—06	P. P., męzc., lat 50. Carcinoma oesophagi.	Od 4 miesięcy trudność przy połykaniu stałych pokarmów. Od 6 tygodni żywi się tylko płynami. Osłabiony bardzo, schudł.	Przy zgłębnikowaniu ładka wyczuwa się odległości 23 cm. od przez który sonda № nie przechodzi. Z naj- szych przechodzi №
8	54 1905—06	I. K., męzc., lat 48. Carcinoma oesophagi.	Od 5 miesięcy nie może przyjmować pokarmów. Wymioty, osłabił, spadł na wadze. Czarne stolce.	Do przełyku przecho- dzi zgłębnik cienki, grub- zatrzymują się w od- ległości 34 cm. od zęb- siecznych.

Zabieg operacyjny.	Data operacji.	Śmierć bezpośrednio po operacji.	Okres życia po przebyciu operacji.	U w a g i.
Gastrostomia modo Hartmann.	10, XII, 1901.	—	Żyje dotychczas.	Cieszy się zupełnem zdrowiem.
Gastrostomia modo Fontan.	26, II, 1903.	Zmarł po 12 dniach.	—	Sekcyja: Pneumonia lobularis, Arteriosclerosis, Myocarditis.
Gastrostomia modo Fontan.	12, V, 1905.	—	Żył 3 i pół miesiąca.	Zmarł w domu.
Gastrostomia modo Fontan.	27, VI, 1905.	—	Żyła 9 miesięcy.	Sekcyja: Tbc. destructiva pulmonum. Cachexia universalis.
Gastrostomia modo Witzel.	6, XI, 1905.	—	Żyła blisko 4 miesiące.	Zmarł w domu.
Gastrostomia modo Witzel.	2, I, 1906.	—	Żył rok i 4 miesiące.	Zmarł w domu.

Porządek przypadku.	N ^o Hist. cho- roby.	Nazwisko, płeć, lata. Rozpoznanie kli- niczne.	W y w i a d y.	Stan obecny.
9	67 1906—07	M. F., mężczyzna, lat 68. Carcinoma oesophagi.	Od 6 miesięcy trudność połykania. Obecnie nie może już i płynów przyjmować. Schudł bardzo.	Badanie zgłębnikiem wykazuje zwężenie tuż poniżej krtani, przez którą sonda N ^o 1 z trudnością przechodzi. Wyższe N ^o nie przeprowadzić się nie dają.
10	91 1906—07	R. S., kobieta, lat 25. Stenosis oesophagi post combustionem.	Przed dwoma laty napiła się łągu żrącego. Utworzyło się powoli zwężenie, tak że płyny z trudnością przechodzą.	W odległości 27 cm. od zębów siecznych tak silne zwężenie, że nawet najcieńszej sondy przeprowadzić nie można, połknięte ziarnko śrutu po kilku dniach nie dostaje się do żołądka.
11	46 1908—09	J. M., mężczyzna, lat 49. Carcinoma oesophagi.	Od 3 miesięcy trudność przy połykaniu kęsów twardych. Żywi się tylko płynami. Spadł na siłach.	Przy zgłębnikowaniu żołądka wyczuwa się w odległości 24 cm. opór, przez który najcieńsza sonda przejść nie może.
12	117 1908—09	M. H., dziewczynka, lat 5. Stricture oesophagi.	Przed 3 miesiącami zażyła łągu żrącego. Powstało utrudnienie w połykaniu, które wzmacnia się z dnia na dzień.	Wobec znajdującej się odbiornika operacji choroby nie stosowano.
13	149 1908—09	G. Sch., mężczyzna, lat 68. Carcinoma oesophagi.	Od 2 miesięcy trudność połykania. Żywić się może tylko płynami. Schudł, bardzo osłabiony.	Zgłębnik N ^o 1 napotyka w odległości 37 cm. od zębów siecznych opór, który daje się przezwyciężyć. Następne N ^o nie zatrzymują się i dalej przeprowadzić się nie dają.
14	113 1909—10	A. K., kobieta, lat 47. Carcinoma cardia (?)	Od 4 miesięcy silne wymioty krwawe, pieczenie wzdłuż przełyku. Od 2 tygodni nie połknąć nie jest w stanie. Schudła znacznie.	Badanie chemizmu żołądka nie przedstawia zmian chorobowych.
15	70 1910—11	A. M., mężczyzna, lat 67. Carcinoma oesophagi.	Od 3 miesięcy nie może połykać pokarmów stałych, a od kilku dni nawet płynnych. Schudł bardzo.	Badanie przełyku sondą wykazuje w odległości 24 cm. od zębów siecznych zwężenie znacznego stopnia, tak że nawet najcieńsza sonda (N ^o 1) nie przechodzi.

Zabieg operacyjny.	Data operacji.	Śmierć bezpośrednio po operacji.	Okres życia po przebyciu operacji.	U w a g i.
Gastrostomia modo Fontan.	30, XI, 1906.	—	Żył 4 miesiące.	Zmarł w domu.
Gastrostomia modo Fontan.	13, II, 1907.	—	Żyła blisko 4 miesiące.	Zmarła wskutek zapalenia płuc po drugiej operacji plastyki przełyku m. Roux.
Gastrostomia modo Fontan.	4, XII, 1908.	Zmarł po 16 dniach.	—	Sekcja: Bronchopneum. Tbc. nodosa. Atrophia m. cordis Ca. pancreatis primitivum.
Gastrostomia modo Fontan.	11, VI, 1909.	—	Żyła 3 miesiące.	Zmarła w domu.
Gastrostomia modo Fontan.	28, IV, 1909.	—	W 22 dni po wyjściu z kliniki zmarł.	Zmarła w domu.
Gastrostomia atypowa.	25, III, 1910.	—	Żyła 3 tygodnie.	Żołądek klepsydrowaty, wielkości mandarynki. Otwór gastrostomijny tuż przy odźwierniku.
Gastrostomia modo Fontan.	26, I, 1911.	—	Zyje (15, VII, 1911).	Chory ma się zupełnie dobrze. Odżywia się częściowo per os. Zgłasza się ambulatoryjnie co tydzień celem założenia sączka.

W przypadku więc 8-ym chory z rakiem przełyku żył po gastrostomii rok i 4 miesiące; w 6-ym 9 miesięcy, w 9-m i 10-m 4 miesiące i t. d.; w przypadku zaś trzecim chory ze zwężeniem przełyku po zażyciu witryolu żyje do dziś dnia, choć 10 lat mija po wykonaniu gastrostomii. Pouczający jest przypadek nasz ostatni: chory z rakiem przełyku zgłosił się kilkakrotnie do ambulatorium, szukając porady na trudność połykania. Na naszą propozycję operacji poddać się nie chciał, dopiero po miesiącu, kiedy i płynnych pokarmów przyjmować już nie mógł, wycieńczony z głodu zgodził się na utworzenie przetoki żołądkowej. Obecnie (8 miesięcy po operacji) czuje się zupełnie dobrze, wygląda daleko lepiej, połykanie znacznie poprawiło się. Zgłasza się co drugi tydzień do kliniki zadowolony z operacji i wcale nie robi wrażenia człowieka ciężko chorego. Śmiertelność operacyjna wynosi u nas 20% (15 przypadków — 3 zejścia bezpośrednio po operacji).

Lepsze wyniki po wytworzeniu przetoki żołądkowej tłumaczą się też udoskonaleniem techniki operacyjnej. Do nowszych czasów wskutek niewydoskonalenia techniki operacyjnej przetoka żołądkowa coraz bardziej rozszerzała się; przy każdym ruchu chorego, przy kaszlu treść żołądkowa wydostawała się obok sączka mimo przeróżnych przyrządów, poleconych do zamykania przetoki. Wydzielina żołądkowa sprowadzała wyprysk długotrwały i dotkliwy i zapalenie na skórze w otoczeniu rany, a wreszcie wskutek ciągłego wypływu treści z żołądka podawanie dalsze pokarmu stawało się bezcelowem. Zrozumiałe jest przeto, że ociągano się z operacją jak najdłużej i przystępowano do niej z ostateczności. Wyszczególnione tylko co ciężkie powikłania zachęciły chirurgów do stworzenia szeregu nowych sposobów operacyjnych. Zanim jednak przejdziemy do tych sposobów, zastanówić się nam wypada nad zadaniem wytworzenia przetoki żołądkowej, nad warunkami idealnie dokonanej przetoki żołądkowej, aby módz każdy poszczególny sposób zanalizować, o ile temu zadaniu, tym warunkom odpowiada.

Zadaniem w mowie będącej operacji jest utworzenie takiej przetoki żołądkowej, przez którą łatwo byłoby wprowadzić pokarm płynny do jamy żołądka, i przez którą pokarm ten napowrót by nie wracał.

Drugim ważnym zadaniem jest, aby sam zabieg był prosty, niezawily i trwał krótko.

Uchybienie pierwszemu zadaniu sprowadza przykre i bolesne dla chorego skutki wskutek wytwarzającego się dokoła przetoki wyprysku — następstwa działania soku żołądkowego. Zresztą, bezcelową staje się operacja, jeżeli treść podawana wraca napowrót. Celem uniknięcia tego baczyć trzeba, aby otwór w żołądku był mały. Zwracali już na to uwagę Graser (24), Golding-Bird (25). Zabezpiecza to od wypływu treści, a z drugiej strony mały otwór może pokryć się przez zmienioną i obrzękłą błonę śluzową, tak że treść z żołądka nie wraca. Im większy jest otwór, tem trudniej daje się zamknąć i tem łatwiej treść wypływa. Z tych samych względów przetoka powinna być utworzona jak najwyżej t. j. bliżej wpustu, przeciwnie niż w zespoleniu żołądka z jelitem czczem.

Z drugiej strony, jeżeli się zważy, że ma się tutaj do czynienia z chorym spragnionym, wygłodniałym, bez sił, to rozumie się, że operacja powinna trwać krótko, by chory mógł zabieg przetrzymać.

Unikać trzeba przeto wszelkich sposobów dwuczasowych, dróg powikłanych, skośnych, podskórnych i innych. Nieraz żołądek po otwarciu jamy brzusznej okazuje się tak małym lub nieruchomym, że nie da się przez kanał skośny dociągnąć. Pamiętać trzeba w wykonaniu gastrostomii, by nie brać poprzeczniczy zamiast żołądka, gdyż ten ostatni wobec zwężenia przełyku bywa zwykle silnie skurczony i leży, nie tak jak prawidłowo, poza łukiem żebrowym. Dla uniknięcia niebezpieczeństwa wyciągnięcia poprzeczniczy zamiast żołądka Schreiber (26) podał sposób następujący: wprowadza do przełyku rodzaj zgłębnika, zaopatrzony na końcu w pęcherzyk kauczukowy, który nadyma, wówczas przednia ściana żołądka układa się na powłoki brzuszne. Metoda to ani wygodna, ani możliwa zwykle do wykonania, zresztą niepotrzebna, gdyż żołądek można łatwo odróżnić od poprzeczniczy przebiegiem naczyń i brakiem wypukleń i pręgów. Nieraz stosunki są takie, że trudno się zorientować w położeniu żołądka; żołądek bowiem może przyjmować rozmaite położenia w warunkach prawidłowych, jak to wykazali Luschka (27) i Leshaft (28), a cóż dopiero w warunkach chorobowych.

Nasz przypadek 14 może służyć tego przykładem. Utwo-

rzyliśmy przetokę żołądkową, jak to jest naszą zasadą, trzymając się najbliższej wpustu. Na sekcji okazało się, że to, cośmy uważali za wpust, było niczem innym, tylko odźwiernikiem. Ważną też sprawą jest sposób przyszycia żołądka do ściany brzusznej. Sedillot i Fenger próbowali przytwierdzić przetokę żołądkową do powłok brzusznych za pomocą kaniulki z zastawkami. Żołądek jednak cofał się i pociągał za sobą narzędzie. Nelaton (29) zwrócił pierwszy uwagę na to, że żołądek musi być mocno i pewnie zapomocą szwów przez wszystkie warstwy żołądka i ściany brzusznej przytwierdzony do rany skórnej. Taki jednak szew, przebijający żołądek na wylot, jest niebezpieczny, gdyż treść żołądkowa może przez otwory szwów wylewać się do jamy brzusznej, jak to poucza przypadek Volkmana (30), w którym chory w 38 godzin po operacji zmarł wskutek zapalenia otrzewnej, wywołanego, jak mikroskopowo stwierdzono, przez treść żołądkową, wylaną do jamy brzusznej. Zupełnie wystarczający jest szew, przeprowadzony przez błonę surowiczą i mięśniową, i niema potrzeby przebijać całej grubości ściany żołądka. Na przypadkach sekcyjnych przekonaliśmy się, że szwy trzymały dobrze. Nieusprawiedliwiony jest więc zarzut, czyniony temu szwowi, że pó silnym kaszlu żołądek odrywa się od ściany brzusznej. Dla pewności jednak nakładamy szwy dodatkowe, o których później mówić będę.

Zastanowiłem się nieco nad niektórymi szczegółami technik operacyjnej, by wykazać przyczyny powikłań, które towarzyszyły dawniej gastrostomii. Obecnie wobec udoskonalonej techniki przetoka żołądkowa, należycie wytworzona, nie spowodowała choremu złych następstw.

Sposobów operacyjnych utworzenia przetoki żołądkowej mamy dużo. Dadzą się one ująć w 4 grupy, zależnie od sposobu, jakim się ma osiągnąć główny cel: zupełne i samoistne domykanie otworu przetokowego.

I grupa — zasada przetoki tunelowej (Witzel, Kader, Fischer, Marwedel, Franck, Sabanejew, Lucke, Schnitzler, Tavel i inni).

Do niej należą metody operacyjne, w których autorowie przez kanał skośny, prostopadły, lub śrubowaty, utworzony ze ściany żołądka, starają się zapobiedz wypływowi treści żołądkowej.

II grupa — zasada zwieracza (Hacker, Girard, Ullmann, Souligoux, Terrier i Gosset, Hahn i inni). Idea tych operacji polega na tem, aby przez wytworzenie sztucznego zwieracza bądź z mięśni brzusznych, bądź z chrząstki, bądź wreszcie ze ściany żołądka otwór przetokowy domykał się dobrze.

III grupa łączy w sobie obie poprzednie zasady (Hacker-Witzel, Hartmann, Kocher, Jaboulay, Lofaro i inni).

IV grupa oparta jest na zasadzie zastawkowej (Fontan, Poirier i inni)

I grupa sposobów operacyjnych.

1. Prawo obywatelstwa zyskało sobie wytworzenie przetoki żołądkowej od czasu, kiedy Witzel (31) podał swój sposób. Wychodząc z założenia, że przetoka łatwo będzie domykać się dobrze, jeżeli przebieg jej będzie skośny, podał on metodę następującą: w linii pośrodkowej lub przez lewy mięsień prosty otwiera jamę otrzewnej i wyciąga żołądek nazewnątrz. W pobliżu krzywizny dużej wycina otwór $\frac{1}{2}$ cm. szeroki przez wszystkie warstwy i wprowadza do niego sążek gumowy 1 cm. średnicy, 20—30 cm. długi. Zewnętrzną część sążka układa równolegle do ściany żołądka, a więc na niej, następnie ponad sążkiem zeszywa fałdy, utworzone ze ściany żołądka. Dolny więc koniec sążka przez ten mały otwór tkwi w żołądku, a górny leży nad raną. Następnie zszywa otrzewną ze ścianą żołądka dokoła, a nadtem mięśnie i skórę. Mikulicz i Kausch (32) na 100 przeszło operacji, wykonanych tym sposobem, uzyskali pomyślne wyniki.

I my stosowaliśmy ten sposób w dwóch przypadkach (7 i 8) i przekonał się, że, jakkolwiek wynik ostateczny zawsze bywa pomyślny, to jednak nie wszędzie zastosowanie jego jest możliwe.

Zużywa on bowiem na wytworzenie kanału dużą część żołądka, powstaje przetoka bardzo mały żołądek do kurczenia się, a z drugiej strony żołądek musi być jeszcze dość wielki, aby nie powstało duże napięcie. A wobec skurczonego stanu napięcie to wpływa ujemnie na szwy. Nieraz po tym sposobie szwy puszczają bądź wskutek kaszlu, bądź wskutek rakowego zwyrodnienia żołądka, kanał rozchodzi się, i otwór uplanowany traci swoją wartość. Kto zaś z doświadczenia wie, jak trudno

jest nieraz dociągnąć silnie skurczony żołądek do rany skórnej, ten zrozumie, że sposób Witzela nie we wszystkich przypadkach da się zastosować.

A mianowicie:

a) kiedy żołądek nie daje się z powodu zrostów wyciągnąć;

b) kiedy przednia ściana żołądka zajęta jest przez blizny, skutkiem czego nie można wytworzyć fałdów dla przetoki;

c) wobec znacznego wyczerpania pacyenta, który nie jest zdolny przenieść zabiegu, trwającego co najmniej $\frac{1}{2}$ godziny.

Nie ujmując więc sposobowi Witzela jego zalet, zwracam uwagę na te przeciwwskazania, które wymagają uwzględnienia.

2. Kader (33) zmienił sposób Witzela w następujący sposób: cięcie skórne 7—10 cm. długie, równoległe do łuku żebrowego, i na 2 palce odległe od niego; na tępo oddziela lewy mięsień prosty (6—8 cm.), przecina tylną blaszkę pochwy mięśnia i otrzewną, i przez otwór wyciąga stożek żołądka. W środku tego stożka robi otwór, przez który wprowadza sącdek do żołądka (sącdek grubości ołówka, na 5—6 cm. głęboko). Obszywając brzegi otworu, przytwierdza sącdek. Obok sącza robi dwa fałdy i zakłada przez nie szwy Lemberta. Sącdek układa prostopadle, i wpukla utworzony kanał do żołądka. Aby ten kanał prostopadły przedłużyć, układa ponad tymi już utworzonymi jeszcze dwa fałdy i podobnie zeszywa je. Tak samo dodaje trzeci rząd fałdów. Nitek od tych szwów nie obcina, a prowizorycznie przytwierdza niemi żołądek do rany. Później zakłada szwy przez błonę surowiczą i mięśniową żołądka z jednej strony, a otrzewną i tylną pochewkę mięśnia prostego z drugiej strony. Zresztą traktuje ranę, jak zwykle. Spostrzegając bowiem Kader w sposobie Witzela, że fałd skraca się, obsuwa, a sącdek przybiera prostopadłe położenie, mimo to otwór domyka dobrze. Przekonali się o tem też na trupach Hartmann i Terrier (34).

Przy kanale zaś prostopadłym otwór, znajdujący się na wierzchołku lejka, który pod wpływem tłoczni brzusznej jeszcze więcej się zaciska, chroni od wypływu treści z żołądka; pomaga temu jeszcze sfałdowanie śluzówki w okolicy lejka.

Sposób Kadera, podobnie jak i sposób Witzela, jest zażyły i nie da się zawsze zastosować, wymaga bowiem, by żo-

ładek fałdował się dobrze, i zużywa dużą część ściany żołądka.

3. Lücke (35) zmienia trochę i upraszcza postępowanie Kadera w ten sposób, że wpuklenie tego lejka odbywa się za pomocą dwóch jeden nad drugim założonych szwów kapciuchowych.

4. W przypadkach trudnych, kiedy nie daje się wyżej wspomnianymi sposobami utworzyć kanału ze ściany żołądka, uzyskuje Fischer (36) kanał skośny innym sposobem: wszywa część przedniej ściany żołądka do rany skórnej. Żołądka nie otwiera, a odżywia chorego w ten sposób, że wkłupa skośnie w ścianę żołądka cienką igłę Prawatza, i tą drogą wstrzykuje pokarm płynny. Igłę później wyjmuje i po 3—5 godzinach powtarza to samo w tem samem miejscu. W ten sposób wytwarza się w ścianie żołądka skośny kanał stopniowo, tak że po 5—6 tygodniach można już łatwo wprowadzić cienki sączonek gumowy. W 4 przypadkach osiągnął autor tym sposobem wynik pomyślny.

Sposób Fischera uważam za trudny, zawily; wymaga on dużo czasu i ogromnej uwagi, bo trudno jest trafić w to samo miejsce.

5. Marwedel (37), opierając się na sposobie Fischera, poszedł jeszcze dalej i podał sposób wytworzenia skośnego kanału w samej ścianie żołądka odrazu na jednym posiedzeniu. Po przyszyciu przedniej ściany żołądka do rany skórnej, przecina cięciem podłużnem, skośnie przebiegającym, na żołądku (4—5 cm.) tylko błonę surowiczą i mięśniową. Powstaje w ten sposób rynienka, którą można jeszcze rozszerzyć przez odwarstwienie po obu stronach błony mięśniowej od śluzówki. Następnie powyżej dolnego brzegu tej rynienki robi otwór w śluzówce i wprowadza sączonek, którego obwodowy koniec układa w tej rynience; ponad sączkiem zeszywa błonę mięśniową i surowiczą. W ten sposób uzyskuje przetokę skośną.

6. Schnitzler w podobny sposób otrzymuje kanał skośny. Nie przecina on, jak Marwedel, błony surowiczej i mięśniowej, a podminowuje na tępo błonę surowiczą kleszczykami i przeciąga przez ten kanał sączonek, wprowadzony przez mały otwór do żołądka.

Sposób Marwedela, jak i Schnitzlera uważać trzeba za zbyt powikłany. Takie wytwórcze operacje na ścieńczałym zwykle żołądku są trudne i niebezpieczne.

7. Franck (38) i Sabanejew (39) tworzą kanał przetoki innym zupełnie sposobem: cięciem, równoległym do łuku żebrowego, otwiera się jamę otrzewnową i, wydostawszy stożek żołądka, obszywa się jego podstawę z otrzewną ścienną. Następnie 3 cm. wyżej nacina się tylko skórę równolegle do pierwszego cięcia, podminowuje ją pomiędzy tymi dwoma otworami skośnymi i przeprowadza się żołądek ponad skórę przez drugi otwór w skórze. W żołądku robi się otwór na szczycie tego stożka i wprowadza sączek. Pierwszy otwór zeszywa się zupełnie, a drugi dokoła utworzonej w ten sposób przetoki.

I teoretycznie, i praktycznie sposób ten jest zły. W przypadku skurczonego żołądka trudno nieraz stożek dociągnąć do rany skórnej powłok, a tem bardziej do łuku żebrowego. Oczywiście, kończy się zwykle ostatecznie na tem, że kanał taki ściąga się, skraca, pociąga za sobą przetokę, która nie domyka się więcej. W jednym podobnym przypadku Israel (40) był zmuszony przetokę dokoła oddzielić, na nowo przytwierdzić stożek żołądka i przeprowadzić przez nowowytworzony przez skórę mostek.

Główny zarzut: sam zabieg jest zawiły, wymaga dwóch cięć, przeprowadzenia żołądka, przytwierdzenia żołądka w dwóch miejscach. Zamiast więc prostego, niezawilego, krótko trwającego sposobu, mamy zawiły, długotrwały i powikłany.

8. Jeszcze bardziej powikłany sposób wymyślił Tavel (41): cięcie 25—30 cm. w smudze. Otwiera jamę otrzewnej, wyszukuje pętlę kiszek cienkiej i w odległości 15—20 cm. oddziela ją od krezki i przez otwór w sieci przeciąga między żołądkiem a poprzeczną. Jeden koniec pętli przyszywa do ściany żołądka, a drugi do rany skórnej.

Ta pętla, skośnie przyszyta, ma tworzyć kanał, zapobiegający wypływowi treści. Nie opisuję dokładnie całego tego dowcipnego sposobu, gdyż stanowi on tak wielką operację, że chyba nigdy w zwykłych warunkach zastosowania mieć nie będzie do wytworzenia przetoki żołądkowej.

To są główne sposoby, oparte na idei przetoki tunelowej.

II grupa.

1. Hacker (42), aby zapobiedz wypływowi treści żołądkowej, tworzy sztuczny zwieracz dokoła przetoki. Cięcie skórne—dwa palce na lewo od linii środkowej, przecina następnie przednią pochewkę mięśnia prostego lewego; włókna tego mięśnia między dwiema smugami ścięgnistemi na tępo oddziela, dochodzi do jamy otrzewnej. W środek rany przyszywa mały stożek żołądka i zaszywa ranę powyżej i poniżej. Idea tej operacji polega na tem, że rozdzielone od siebie włókna mięśnia prostego przy każdym napinaniu się mięśnia układają się prostopadle dokoła przetoki, skutkiem czego następowe rozszerzenie się przetoki jest uniemożliwione. Zupełnego jednak zamknięcia, jak to sam autor przyznaje, nie osiąga się i chory zmuszony jest korzystać stale z przyrządów zamykających rozmaitego rodzaju. Podobne przyrządy są bardzo uciążliwe dla chorego.

2. Girard (43) zmienił postępowanie Hackera w ten sposób, że po obydwu stronach rany oddziela z mięśnia prostego podłużne pasmo na palec szerokie i przekłada je — prawe na lewo i odwrotnie, tak że włókna mięśniowe krzyżują się i tworzą rodzaj zwieracza. I tym sposobem zupełnie pożądanego wyniku nie osiąga się. Przy rozdzielaniu bowiem pasem mięśniowych przecina się odnośne włókna nerwowe, skutkiem czego czynność tego zwieracza jest upośledzona i dobre domknięcie jest wyłączone.

3. Ullmann (44) proponuje skrócenie wyciągniętego stożka podobnie, jak to podał Gersuny dla wytworzenia sztucznego zwieracza odbytnicy i moczowodu.

4. Souligoux (45) poszedł jeszcze dalej, niż Ullmann: po otwarciu jamy brzusznej wyciąga stożek żołądka i skręca go na podstawie o 180° . Pozycję tę utrzymuje szwami przez utworzone fałdy. Następnie znów skręca o 180° i przymocowuje podobnie. Wreszcie wszywa stożek do rany, otwiera żołądek i zeszywa śluzówkę z raną skórną.

Cały ten pomysł, jak i Ullmanna, jest sztuczny i trudny do wykonania.

Trudno bowiem uwierzyć, aby słabe szwy mogły wobec silnych skurczów żołądka utrzymać nadaną stożkowi pozycję.

Przekonać o tem mogłoby stwierdzenie sekcyjne, czego jednak w pracach wyżej wzmiankowanych autorów nie znalazłem.

5. Terrier i Gosset (46) tworzą dwa zwieracze: jeden z mięśnia prostego, a drugi z muskulatury żołądka. Na 7 przypadków, operowanych w ten sposób, osiągnęli dobry wynik tylko w dwóch. Wynik ten jednak nie był następstwem utworzonych zwieraczy, lecz sprowadził go stożek śluzówki, który sterczał w świetle przetoki żołądkowej.

Wogóle wszystkie sposoby, oparte na zasadzie zwieracza, nie prowadzą do celu, gdyż w otoczeniu przetoki wytwarza się bliznowa tkanka, obejmująca też i włókna mięśniowe, tak że te ostatnie z czasem ulegają zanikowi.

6. Lepsza jest droga, podana przez Hahna (47). Nadaje on przetoce żołądkowej rodzaj zaciskadła chrzęstnego. Prowadzi cięcie w 8-em międzyżebżu, aby sprężyste chrząstki mogły do pewnego stopnia zamknąć przetokę, oraz aby otwór w żołądku był wyższy, ponad sączkiem, co zapobiega wypływowi treści żołądkowej. Najpierw robi cięcie równoległe i na 1 cm. odległe od lewego łuku żebrowego, 5—6 cm. długie, otwiera jamę otrzewnową, wyszukuje 8-e międzyżebro tuż przy połączeniu 8 i 9 żebra i robi tu drugie cięcie. Wprowadzając duży i wskazujący palec lewej ręki, chwytą za fałd żołądka i wciąga go kleszczykami przez ranę w międzyżebro 8-e, gdzie go przytwierdza szwami i otwiera. Pierwszą ranę zaszywa zupełnie, a drugą dokoła przetoki. Wynik tej metody nie był zadowalający. Przekonano się, że przy zamykaniu przetoki powstawał ubytek i obumarcie chrząstki 9-go żebra. Zresztą sposób ten jest zawily i wymaga dwóch cięć. To też metoda Hahna nie znalazła zastosowania.

III grupa.

Do tej grupy należą sposoby, w których starano się połączyć zasady I i II grupy.

1. Hacker — Witzel. Cięcie przez środek lewego mięśnia prostego, tędy wyciąga się żołądek. Dalej według metody Witzela.

2. Kocher (48) łączy sposoby Hackera, Franka i Witzela. Cięcie prowadzi wzdłuż i pośrodku lewego mięśnia prostego.

Przecina w ten sposób skórę i przednią pochewkę mięśnia prostego, następnie idzie już na tępo (Hacker—Girard) więcej na wewnątrz. Przeciawszy tylną pochewkę i otrzewną, wyciąga stożek żołądka tak wysoko, póki nie ukaże się krzywizna mała i duża. Podstawę tego stożka — przednią ścianę żołądka — zszywa dokoła z powłoką brzuszną. Następnie, według Witzela, układa cienki sączek na przednią ścianę żołądka, równoległe do niej, a ponad sączkiem zeszywa fałdy. W dolnym końcu żołądka robi mały otwór i wprowadza koniec sączka na 10 cm. głęboko, a ponad tym sączkiem zeszywa błony surowicze. Górny koniec tej rynienki obszywa dokoła łącznie z raną skórną, wreszcie samą ranę powyżej i poniżej sterującego sączka. Tą metodą osiąga się długi, wąski kanał między skórą a otworem żołądka, który z boków jeszcze jest uciśnięty przez napięte mięśnie proste, i w ten sposób utrudniony jest odpływ treści nazewnaż.

3. Hartmann (49) zmienił sposób Franka w ten sposób: cięciem w smudze otwiera jamę otrzewnową, wyciąga stożek żołądka; przeciągając pod mięsień prosty lewy, wyciąga stożek przez cięcie drugie, przeprowadzone przez środek mięśnia prostego lewego, i tu zszywa go ze zkorą. Na szczycie stożka robi otwór i wsuwa sączek na 2—3 cm., obszywa ranę struną około sączka. Wsunąwszy teraz sączek jeszcze głębiej, wpukła w ten sposób do środka część stożka.

4. Jaboulay (50) idzie jeszcze dalej, niż Hartmann. Wyciągnąwszy stożek żołądka przez środek lewego mięśnia prostego, nie przytwierdza go tutaj, jak to czyni Hartmann, ale przeprowadza go jeszcze pod skórę, wyciąga w smudze i tutaj dopiero przytwierdza żołądek. Nadaje więc przetoce żołądkowej przebieg poziomy obok prostopadłego.

Już zastanawiając się nad sposobami pierwszej i drugiej grupy oceniałem poszczególne sposoby operacyjne, nie ma więc potrzeby powtarzać to samo dla tych sposobów trzeciej grupy. Wspomnę tylko postawiony drugi warunek: wskazania do wytworzenia przetoki żołądkowej są tego rodzaju, że wymagają zabiegu prostego, niezawilego, krótko trwającego. Ani zabieg Hacker — Witzela, ani Hartmanna, a tembardziej Kochera nie czynią zadość temu warunkowi, są bowiem bardzo zawiłe i wy-

magają dużo czasu. Z drugiej zaś strony nie zawsze dają się zastosować, jak to podnosiłem odnośnie do metody Witzela.

Co do sposobu Jaboulaya, to nie wiele można spodziewać się po nim, gdyż, wskutek przyszcicia żołądka do skóry, podczas skurczów ta ostatnia poddaje się i wpukla się, tak że cała utworzona droga skośna zostaje zniesiona. A w następstwie tego — wypływ treści i zniszczenie sztucznie utworzonego zwieracza.

5. Lofaro (51) podaje nową odmianę sposobu Hartmanna. Wychodząc z założenia, że w tym ostatnim sposobie żołądek uciskany przy skurczach mięśnia nie ma podpory, któraby go utrzymywała, wymyślił inny sposób, a mianowicie przeprowadzenie stożka żołądka przez tunel mięśnia prostego lewego. Po otwarciu jamy brzusznej, wyciąga stożek żołądka, za pomocą tenotomu przecina mięsień prosty lewy na dwie blaszki — przednią i tylną, i przez ten tunel dopiero przeprowadza stożek żołądka, zszywszy podstawę z otrzewną, a później wierzchołek z drugą raną skórną. Niestety, autor robił doświadczenia jedynie na psach i trupach, tak że nie mógł jeszcze przekonać się o bezskuteczności swej metody na chorych. Pomijając, że operacja taka jest zawiła, bo wymaga dwóch cięć, przyszcicia żołądka w dwóch miejscach i t. d., sama idea zamknięcia otworu przetokowego przez sztuczny zwieracz jest złudna i nieuzasadniona. Włókna bowiem mięśniowe nie mają przebiegu okrężnego, zamykającego światło przy zwykłym napięciu, jak to się ma przy zwieraczu prawidłowym, a podłużny. A liczyć na to, że chory będzie wciąż napinał brzuch, jest trudno. Do tego trzeba dodać stopniowy zanik tych włókien i trudność przeprowadzenia skurczonego żołądka przez taki tunel.

IV grupa.

Sposoby tej grupy oparte są na wytworzeniu zastawki ze ściany żołądka, za pomocą której zapobiegać się ma wypływu treści.

1. Fontan (52) ujął ideę Peliere'a (53) i podał następujący sposób: przez cięcie, równoległe do łuku żebrowego, 8 cm. długie, w oddaleniu 2 cm. od tegoż wyciąga stożek żołądka. Podstawę tego stożka (12—15 cm. na obwodzie) zszywa z otrzewną ścienną szwem okrężnym, nie drażącym przez całą grubość żo-

ładka. Ujawszy kleszczykami wierzchołek stożka, przy pomocy dwóch „Chaput“ po obu stronach wpukła cały ten stożek do wewnątrz. Tworzy się w ten sposób worek stożkowaty, którego oś stanowią kleszczyki. W wymiarze większym rany zeszywa fałdy utworzone, stykające się ze sobą, łącząc tylko błonę surowiczą z wyjątkiem miejsca, gdzie tkwią kleszczyki. Po zeszyciu te ostatnie wyciąga, i otrzymuje kanał, podobny wgłębieniem i wydrążeniem do mitry biskupiej. Nożem ostrokończastym przekłuwa dno tego kanału i wprowadza sączek № 24 skali Charriera. Dla pewności przytwierdza sączek do błony surowiczej kanału. Dokoła tego sączka ranę skórną zszywa.

To był pierwotny sposób Fontana.

Postępowanie to o tyle zmieniono, że cięcie skórne poprowadzono w linii środkowej, a otwór w żołądku robiono przed wpukleniem stożka, przeciwnie, niż zalecał Fontan, bo, jak to słusznie podniósł Ricard (54), takie przecięcie na ślepo nie jest bez niebezpieczeństwa dla tylnej ściany narządu.

Po sposobie Fontana wypływanie treści z żołądka jest uniemożliwione przez wytworzoną na poziomie otworu przetoki zastawkę, która w miarę, jak wprowadza się pokarm do żołądka, zamyka się coraz silniej.

2. Sposób Poiriera (55) różni się od sposobu Fontana tem, że nie wpukła się wyciągniętego stożka żołądka, a przeciąwszy błonę surowiczą i mięśniową na szczycie, odwarstwia się śluzówkę aż do podstawy stożka i przecina ją. Ta to śluzówka, odwarstwiona i stercząca u podstawy, stanowić ma zastawkę. Sposób ten pod względem prostoty wykonania ustępuje sposobowi Fontana.

Nie podaję całego szeregu prób b. powikłanych, jak Depage'a (56), który chciał utworzyć kanał z wyciętego językowego płata żołądka, przszytego do rany skórnej, Trofimowa (57), Lemarchanda (58), Schwartz'a (59), Monoda (60) i t. d., zbyt dalekoby to nas zaprowadziło. Zastanowić się jednak wypada nad tem, który z tych licznych sposobów dałby się najlepiej polecić. Odpowiedź na to pytanie jest łatwa, jeżeli sobie uświadomimy, czego mianowicie żądamy od przetoki żołądkowej, i czego dobro chorego wymaga.

Kierując się tymi względami odnośnie do wszystkich wyżej podanych sposobów operacyjnych, przyznać muszę, że spo-

sób Fontana teoretycznie, jak i praktycznie najlepiej odpowiada warunkom, jakie stawiamy idealnie utworzonej przetoce żołądkowej. Zaznaczyć na tem miejscu wypada, że właściwie dawniejszy sposób Fontana w wyniku daje podobne stosunki, jak nowszy sposób Kadera, tak że niektórzy, jak np. Berndt (61), wcale nie widzą różnicy między tymi obu sposobami.

I jeden i drugi wytwarza lejek, różnica istnieje tylko w postępowaniu:

Fontan zeszywa na początku podstawę stożka, a później wpukła go i przebija, Kader zaś na początku otwiera żołądek, układa fałdy, wpukła kanał, a potem przytwierdza podstawę kanału do rany. Różnica więc w porządku postępowania i w drobnych szczegółach. Mimo tego podobieństwa postępowanie Fontana uważam za lepsze. Pomijając uwagi, które podnosiłem w opisie sposobu Kadera, podkreślić muszę, że bardziej aseptycznie operuje się w sposobie Fontana, który, osiągnąwszy stożek, zaraz zeszywa go z otrzewną ścienną, tak że dalsze części zabiegu wykonuje już tylko w ranie zewnętrznej, gdy w sposobie Kadera przecięcie żołądka, układanie i zeszywanie fałdów odbywa się w jamie otrzewnej. Dalej, sposób Fontana wydaje mi się w porównaniu ze sposobem Kadera prostszym, a więc i mniej czasu wymagającym. Wpukanie stożka żołądka jest łatwe, da się uskutecznić w przeciągu krótkiej chwili, gdy przeciwnie, utworzenie i zeszywanie trzech pięter fałdów nie zawsze udaje się, zabiera dużo czasu i materiału żołądkowego.

Z pośród 15 wykonanych u nas przetok żołądkowych użyliśmy:

2 razy	sposobu	Witzela;
2 razy	„	Hartmanna;
1 raz	„	atypowego;
10 razy	„	Fontana.

Zależnie od stanu chorego, stosowaliśmy bądź uspienie morfinowochloroformowe, bądź znieczulenie miejscowe sposobem Schleicha.

Po operacyi wstrzykujemy zaraz choremu około 50 cm.³ mieszaniny (bulion, jaja, somatoza, koniak i sól kuchenna), aby żołądka, zazwyczaj skurczonego, nie obciążać zbyt, dopiero

później powiększamy dawkę, tak że w końcu otrzymuje chory co 3 godziny po 100 cm.³. Nie ograniczamy się jednak do tego.

Doświadczenie pokazało, że niedość jest wprowadzać choremu pokarm tylko płynny, lecz trzeba, żeby chory żuł pokarmy i sam je wprowadzał do żołądka. Używamy do tego dowcipnego przyrządu Trendelenburga — lejkowatą rurkę, zwężającą się w otworze przetokowym — do którego to przyrządu chory słuwa przeżute pokarmy.

Co do sposobu operacyjnego, to, wytwarzając przetokę żołądkową w 10 przypadkach sposobem Fontana, uprościliśmy nieco ten sposób i osiągaliliśmy zawsze dobrze czynny otwór przetokowy.

Zmiany nasze polegają tem, że cięcie prowadzimy prostopadle przez środek mięśnia prostego brzucha lewego. Ma to cięcie tę zaletę, że odrazu natrafiamy na miejsce, w którym najlepiej jest utworzyć przetokę, t. j. blisko wpustu i niema potrzeby zmieniać stosunków anatomicznych. Przekonawszy się, że zeszywanie podstawy stożka z otrzewną nie jest wystarczające, gdyż żołądek może łatwo oderwać się, co też zdarzyło się nam raz po 16 dniach, a to się tłumaczy tem, że zlepy u bardzo wycieńczonych chorych przez długi czas nie są zbyt mocne, zakładamy dla pewności po obu stronach stożka, a nawet i w rogach rany szwy jedwabne, przechodzące przez skórę i zachwytyjące ścianę żołądka. W ten sposób tworzą się same fałdy, gdyż prócz szwu, łączącego podstawę stożka z otrzewną, szwy jedwabne, idące przez całą grubość ściany brzusznej i ścianę żołądka, układają ją w fałdy, a stykające się powierzchnie surowicze w krótkim czasie zrastają się same. Nie ma też obawy, aby ta mitra napowrót wypukliła się, gdyż uciska ją z góry przyszyty mięsień prosty brzucha.

Dla lepszego zrozumienia naszych odmian opiszę jeszcze raz sposób utworzenia przetoki żołądkowej w tej formie, w jakiej stosowany bywa w naszej klinice: cięcie prostopadłe przez środek mięśnia prostego lewego; wyciąga się stożek żołądka (6—8 cm. obwodu na podstawie, 3—4 cm. wysoki) jaknajbliżej wpustu z przedniej ściany żołądka; pomocnik utrzymuje przy pomocy „Chaput“ wierzchołek stożka, a operator zeszywa struną podstawę z otrzewną ścienną; dwa, względnie cztery szwy jedwabne po obu stronach stożka przez skórę przechodzące;

nacięcie wierzchołka stożka, wprowadzenie sączka 2 cm. głęboko, przytwierdzenie sączka do otworu jednym lub dwoma szwami strunowymi; obszycie to tamuje krwawienie śluzówki. Sączek wraz ze stożkiem wpukła się do światła żołądka, co bardzo łatwo udaje się; wreszcie — zeszyte mięśnia i jego pochewki i rany skórnej poniżej i powyżej sączka.

W ten sposób wykonana przetoka żołądkowa, jak to przekonał się na 10 przypadkach:

- 1) jest prosta i niepowikłana, a więc
- 2) szybko wykonalna,
- 3) daje się wykonać we wszystkich przypadkach, gdyż
- 4) zużywa nieznacznie tylko część ściany żołądka,
- 5) daje otwór przetokowy trwale, dobrze i samoistnie domykający się.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękowania czcigodnemu memu Nauczycielowi i Szefowi Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygierowi za cenne wskazówki, których mi nie szczędził przy podjęciu pracy niniejszej.

PIŚMIENNICTWO.

1. Egeberg. Cyt.: Bardeleben. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 1867.
2. Voigtel, Burrows, Beamont. Cyt. Zesas. Die Gastrostomie und ihre Resultate. Archiv f. klin. Chirurgie. 1885, s. 188.
3. Blondlot. Archiv f. klin. Chirurgie. 1843, s. 201.
4. Sédillot: a) Comptes rendus de l'Académie des sciences. Bd. XXIII.
b) Contributions à la chirurgie. 1868.
5. Follin Des rétrécissements de l'oesophage. Thèse agrégation. 1853.
6. Streubel. Cyt. z pracy Zesasa.
7. Fenger. Virchow's Archiv. Bd. 6.
8. Nelaton. Eléments de pathologie chirurgicale. Paris. 1854.
9. Cooper Forster. Guy's Hosp. Rep. 1858.
10. Sydney Jones. Transaction of the Pathological Society. XI.
11. Thomas Bryant. The practice of surgery. 1872.
12. Curling. Clinical lectures and reports of the London. Bd. 3.

13. Verneuil. *Gazette médicale de Paris*. 1876. № 44.
14. Trendelenburg. *Archiv. f. klin. Chir.* Bd. XXII, s. 230.
15. Famon. *Revue de Chirurgie*. 1883. s. 744.
16. Lagrange. De la gastrostomie dans les retrecissemens cancéreux de l'oesophage. *Revue de Chirurgie*. 1885, s. 549.
17. Leyden. *Berliner Gesellschaft für innere Medizin*. März, 1892.
18. Christiani. *Revue Médicale de la Suisse Romande*. 1890.
19. Poissonier. *Archiv. provin. de chirurgie*. 1906, № 7.
20. Zesas. Die Gastrostomie und ihre Resultate. *Arch. f. klin. Chirurg.* 1885, p. 188.
21. Huber. *Berlin. klin. Wochen.* 1898.
22. Curling. *Cyt. z Zesasa* (20).
23. Kocher. *Chir. Operationslehre*. Jena. 1906.
24. Graser. *Cyt. Kocher. Chir. Operationslehre*. 1907, s. 904.
25. Golding-Bird. idem.
26. Schreiber. *Deutsch. Archiv. f. klin. Med.* Bd. 19.
27. Luschka. *Die Anatomie des menschlichen Bauches*. 1863.
28. Leshaft. *Virchow's Archiv*. Bd. 97, s. 69.
29. Nelaton. *Cyt. Bardeleben* (1). S. 552, Bd. 3.
30. Volkmann. *Cyt. z Zesasa* (20).
31. Witzel. Zur Technik der Magenfistelanlegung. *Zentralbl. f. Chirurgie*. 1891. № 32.
32. Mikulicz et Kausch. *Chirurgia Bergmanna*. T. III, s. 212.
33. Kader. *Zentralbl. f. Chirurgie*. 1896, s. 665.
34. Hartmann et Terrier. *Chirurgie de l'estomac*. Paris. 1899, s. 61.
35. Lücke. *Wiener kl. Wochenschr.* 1900, № 4.
36. Fischer. *Deut. Chirurgenkongress*. 1895.
37. Marwedel. Zur Technik der Gastrostomie. *Beiträge zur klin. Chirurgie*. 1896. Bd. 17, s. 56.
38. Frank. *Wien. klin. Wochenschr.* 1893, № 13.
39. Sabanejew. *Zentr. für Chir.* 1893, № 40. *Chirurg. Wiestnik*. 1893, T. IX, s. 690—700.
40. Israel. *Deutsch. medic. Wochenschr.* 1895, s. 134.
41. Tavel. Nouvelle méthode de gastrostomie. Jannerret. *Recherches experimentales sur un nouveau procédé de gastrostomie*. Thèse inaugurale. Berne. 1907.
42. Hacker. *Wien. klin. Wochenschr.* 1894, № 1. Sphincterbildung aus dem Musculus rectus. *Beitr. z. klin. Chir.* 1896. T. 17.
43. Girard. *Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte*. 1888, № 11, s. 345.
44. Ullmann. Zur Technik der Gastrostomie. *Wien. med. Wochen.* 1894, № 39.
45. Souligoux. Gastrostomie avec torsion des parois stomacales pour un retrecissement de l'oesophage. *Revue de Chirurgie*. 1902, s. 482.
46. Terrier i Gosset. Note sur la Gastrostomie. *Revue de Chirurgie*. 1902, № 25, s. 164.

47. Hahn. Eine neue Methode der Gastrostomie. Zentralbl. f. Chirurgie. 1890, № 193—195.
 48. Kocher. Chir. Operationslehre. Jena. 1906.
 49. Hartmann. Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'oesophage. Bull. de la Soc. de l'anat. 1891, s. 117.
 50. Jaboulay. Procédé pour pratiquer la gastrostomie. Gazz. hebd. de med. et de chir. 1894, s. 89.
 51. Lofaro. Ein neues Gastrostomie-Verfahren Deut. Zeitsch. f. Chirurg. 1911. T. 108, s. 307.
 52. Fontan. Une nouvelle operation de gastrostomie. X-me Congr. fran. de Chirurgie. Paris. 1896.
 53. Peliere. Cyt. z Fontana.
 54. Ricard. Cyt. Traité de technique opératoire. P. 158.
 55. Poirier. Gastrostomie. Bull. et Memoire de la Société de Chirurgie. Paris. 1900. Vol. XXVI, s. 475.
 56. Depage. Cyt. z pracy Berndta.
 57. Trofimow. " " "
 58. Lemarchand. " " "
 59. Schwartz. " " "
 60. Monod. Trattato di technica operativa. Vol. II, s. 523.
 61. Berndt. Zur Gastrostomie nach Marwedel. Archiv f. klin. Chirurgie. B. 76, 1905, s. 905.
-

Przyczynek do chirurgii przewodu wątrobnego (ductus hepaticus)

podał

S. DOBRUCKI

lekarz naczelny szpitala Ś-go Wincentego w Lublinie.

Za największą zdobycz w dziedzinie chirurgii przewodów żółciowych głównych uważać należy stwierdzenie faktu nader łatwego gojenia się ran tychże przewodów.

Niezbitym dowodem powyższego twierdzenia jest niezmienne łatwe i prędkie gojenie się przecięć podłużnych, dokonanych w celu wydobycia kamieni żółciowych, w przewodach tkwiących. Kehr (1) w niektórych przypadkach przecinał przewód wątroby i żółciowy wspólny na przestrzeni od 5 do 6 ctm. nieraz od wrót wątroby aż do dwunastnicy i otrzymał zupełne zagojenie się nawet bez zwężeń. Przecięcia poprzeczne przewodów goją się wolniej, jednak w razie pozostawienia chociażby 1—2 ctm. mostka ze śluzówki, zagojenie następuje po upływie 6—8 tygodni z zachowaniem zupełnej drożności przewodów żółciowych.

Jako przykład nadzwyczajnej siły leczniczej natury służyć może przypadek Verhoogena, opisany przez de Graewego (2). U 49 letniej kobiety rozpoznano zatkanie przewodu żółciowego kamieniem; w uśpieniu chloroformowem dokonano jej operacji. Po oddzieleniu dna pęcherza żółciowego od zrosniętej z nim poprzecznicy, znaleziono pęcherz o bardzo grubych ścianach; znaczne zgrubienie przewodu pęcherzowego oraz najbliższych odcinków przewodu wątrobnego i żółciowego wspólnego. Zrodziło się podejrzenie, że ma się do czynienia z rakiem, wobec czego wycięto wszystko, co wydawało się podejrzanem, przy czem z przewodu wspólnego wydobyto duży kamień żółciowy.

Próby zeszywania przewodów głównych wobec znacznego rozjęcia się tychże (6 cm.) nie powiodły się. Wtedy Verhoogen zastosował metodę następującą: do pozostałej obwodowej części przewodu wspólnego włożył sączonek gumowy, 1 cm. w średnicy mierzący, którego wolny koniec wyprowadzono nazewnątrż. W miejscu, gdzie kikut przewodu wątrobnego dotykał do sączoneka, zrobiono otwór w tym ostatnim, tak że żółć z przewodu wątrobnego przez to okienko mogła ściekać poprzez sączonek do przewodu wspólnego i tą drogą dostać się do dwunastnicy. Ranę następnie wypchano muslinem i częściowo zeszyto.

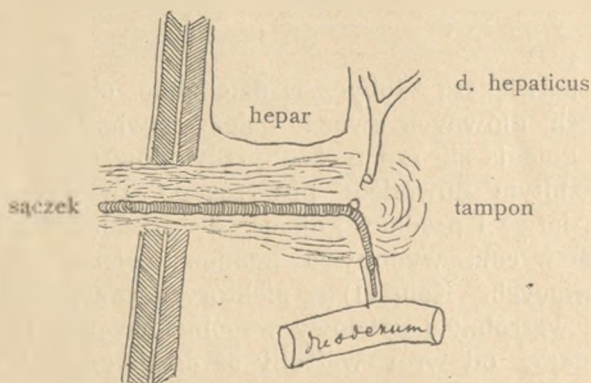


Fig. I.

Trzeciego dnia po operacyi żółć wydziela się jeszcze przez sączonek nazewnątrż. 5 dnia usunięto muslin. 8 dnia — usunięcie sączoneka. W miesiąc niespełna po operacyi chora z zupełnie zagojoną raną wyszła ze szpitala. W rok potem stwierdzono zupełne wyzdrowienie bez przetoki.

Sposobowi Verhoogena można zrobić wiele zarzutów: a) pozostawienie obu końców przeciętych przewodów bez zetknięcia się ze sobą; b) danie możności powstania blizny, zwężającej światło przewodów; c) powstałe blizny mogłyby znacznie utrudnić w przyszłości każdy zabieg, do wytworzenia drożności dróg żółciowych dążący, i t. d.

Natura jednak i z tych nadzwyczajnych trudności wychodzi zwycięsko, rana goi się i chora wyzdrowiała zupełnie.

W piśmiennictwie spotykamy dość obfitą kazuistykę najrozmaitszych zabiegów na przewodzie żółciowym wspólnym dokonanych, daleko uboższa jest natomiast kazuistyka rękoczynów, dokonanych na przewodzie wątrobnym.

Wszystkie zabiegi, na przewodzie wątrobnym wykonywane, dążą do jednego celu: do wytworzenia drożności dróg żółciowych, lub do wytworzenia możności odprowadzenia do kanału pokarmowego tak wartościowej dla trawienia wydzieliny, jaką jest żółć. W razie niemożności wypełnienia powyższych wymagań, dążyć musimy do ułatwienia odpływu żółci nazewnątrz.

Wskazania do zabiegów na przewodzie wątrobnym dać mogą:

1. Kamienie żółciowe i ich następstwa pod postacią niegojących się przetok żółciowych, powstałych bądź samoistnie, bądź, co częstsza, po poprzednich operacjach na drogach żółciowych.

2. Nowotwory samych dróg żółciowych, bądź też narządów sąsiednich, mogących wywołać ucisk, a następnie — niedrożność przewodów. Przyczyną tego ostatniego zjawiska najczęściej bywają choroby trzustki — przewlekłe zapalenie trzustki, torbiele, nowotwory i t. d.

3. Zwężenia przewodów żółciowych:

- a) wrodzone i b) nabyte.

Zwężenia wrodzone należą bądź do pewnych nieprawidłowości anatomicznych (Mathieu) (3), bądź, co zdarza się znacznie częściej, od blizn, powstałych w następstwie spraw zapalnych w drogach żółciowych w okresie życia wewnątrzmacicznego, albo też wkrótce po urodzeniu.

Zwężenia wrodzone spotykamy najczęściej w miejscu, już z natury najwęższem, t. j. przy ujściu przewodu wspólnego do dwunastnicy (ampula Vateri).

Zwężenia nabyte zależą bądź od blizn, powstałych wskutek sprawy zapalnej w przewodach, bądź od owrzodzeń, wywołanych uciskiem kamieni, w przewodach tkwiących, bądź — od blizn pochodzenia urazowego. Zwężenia nabyte przedstawiają

się pod postacią zwężeń ograniczonych lub rozlanych, obejmujących dużą przestrzeń.

4. Urazy.

W tej grupie mamy do czynienia z przerwaniem całości przewodu wątrobnego w przypadkach zgnieceń okolic wątroby, np. przejechanie kołami ciężkiego pojazdu, bądź — nadcięciem lub też całkowitem przecięciem przewodu wątrobnego podczas zabiegu chirurgicznego, na drogach żółciowych dokonywanego. Przecięcie przewodu może być umyślne w razie usuwania nowotworów złośliwych, jak również zupełnie przypadkowe podczas operacji wycięcia pęcherza żółciowego.

Przypadki pęknięcia przewodu wątrobnego bez jednoczesnego pęknięcia wątroby są nader rzadkie. Garre na kongresie chirurgów francuskich w Paryżu 1908 r. mógł przedstawić zaledwie 5 przypadków, zebranych z całego piśmiennictwa. Wszystkie te przypadki były leczone przekłuciami i wypuszczaniem wylewającej się do jamy otrzewnej żółci — wszystkie śmiercią zakończone. Wyjątek stanowi jeden tylko osobisty przypadek Garrego (4), zakończony wyzdrowieniem po dokonanej cholangiohepatoenterostomii.

W przypadku tym 36 letni mężczyzna został przejechany 18 maja 1903 r. przez bardzo ciężki wóz ładowny, przychem przednie koło przeszło poprzecznie przez niego na wysokości żeber. Na razie wystąpiły tylko wymioty bez domieszki krwi, od 8 zaś dnia poczynszy zaczął brzuch powiększać się, chory czuł się źle, utracił zupełnie łaknienie. Po upływie miesiąca od wypadku zrobione nakłucie brzucha wykazało w jamie otrzewnej płyn, żółcią zabarwiony. Po pewnym czasie, blisko w miesiąc po owem nakłuciu, dokonana operacja wykazała pęknięcie przewodu wątrobnego na przestrzeni $3\frac{1}{2}$ ctm. w kierunku podłużnym. Po zeszcyciu tego pęknięcia okazało się, że znajduje się jeszcze drugie pęknięcie przewodu wątrobnego w samych wrotach wątroby; otwór ten został przesączkowany, rana cała wypchna muslinem.

D. 23 sierpnia stolce zupełnie odbarwione, a przez przetokę wydziela się duża ilość żółci; po kilku tygodniach wszystko zagoiło się i chory czuł się zupełnie pomyślnie. Na wiosnę 1904 r. wystąpiła znów żółtaczką, stale zwiększająca się, przychem chory czuł się nie dobrze, zupełnie utracił łaknienie, znacz-

nie wychudł. W lutym 1905 r. Garré dokonał powtórnej operacji, przyczem znaleziono, że pęcherz żółciowy zupełnie nie łączy się z drogami żółciowymi, jest przepełniony śluzową cieczą, w nadciętym przewodzie wspólnym znaleziono płyn śluzoworopny. Garré powziął myśl dokonania hepatocholangoenterostomii, spostrzegłszy w lewym płacie wątroby przez torebkę Glissona przeświecające mocno rozszerzone i przepełnione żółcią przewody wewnątrzwątrobowe. Garré umocował dwunastnicę do lewego płatu wątroby, w okolicy zaś rozszerzonych przewodów zrobił żegadłem Paquelina otwór, około 2 ctm. w średnicy mierzący, i wszył go do otworu, zrobionego w dwunastnicy. W przebiegu pooperacyjnym zaznacza Garré powstanie przetoki dwunastniczej, która bardzo prędko zagoiła się i chory wyzdrowiał. Po 3 latach stwierdzono zupełne wyzdrowienie.

Garré radzi, opierając się na doświadczeniach Haeslera, wybierać do zespolenia zawsze lewy płat wątroby. Do osłabiwości przypadku zalicza autor okresowe zjawianie się żółtaczki, jak również nie mniej dziwne — późne wystąpienie żółtaczki i niewielki jej stopień. Temu właśnie stopniowemu rozciąganiu się przewodów wewnątrzwątrobowych należy przypisać pomyślny wynik operacji.

Słusznie twierdzi Lējars (32), że połączenie z jelitami przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych tylko w przypadku widocznych pojedynczych przewodów może dać wynik pomyślny.

Jest to pierwszy przypadek wyzdrowienia po zespoleniu przewodów wewnątrzwątrobowych z jelitem, jak również pierwszy przypadek wyzdrowienia po rozerwaniu przewodu wątrobnego.

Pierwsze połączenie dróg żółciowych wewnątrzwątrobowych wykonał Czerny 1898 (opisał Merck) (5), w podobnym przypadku Kehra (0) 1903 chora miała się dobrze i po wyjściu ze szpitala, dopiero w 5 tygodni potem zmarła. W przypadku Czernego śmierć nastąpiła następnego dnia po operacji.

Przypadek zespolenia przewodów wewnątrzwątrobowych z dwunastnicą opisał Doberer (7). Po odcięciu pęcherza żółciowego i cięciu przewodu wspólnego wskutek kamienia, w trzy miesiące później niegająca się przetoka zmusiła do powtórnego

zabiegu. Wyosabniając łożysko pęcherza żółciowego, w miąższu wątroby zauważono szparę, co uważać można było za jeden z większych przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych. Otworzywszy ten właśnie kanał, wszyto go w otwór dwunastnicy. Zagojenie zupełne. Wyzdrowienie.

Pozostaje nam do rozpatrzenia obrażenie lub całkowite przecięcie przewodu wątrobnego ręką chirurga.

Taki właśnie przypadek miałem w mojej praktyce szpitalnej.

Do szpitala S-go Wincentego w Lublinie przybyła dnia 20 czerwca 1910 r. M., lat 28 licząca. Od 8 lat zamężna, pierwsze dziecko miała w rok po ślubie. Żadnych chorób zakaźnych, w tej liczbie duru brzuszego, nie przechodziła. Po porodzie ciężko chorowała, a w drugim tygodniu choroby po raz pierwszy poczuła mocny ból w prawem podżebrzu. Wymiotów, zaparcia stolca ani żółtaczkę wtedy nie miała. Od tego czasu bóle w prawem podżebrzu stale powtarzały się, nieraz codziennie.

Urodziła jeszcze dwa razy, ostatni poród przed 1½ rokiem. Podczas ostatniej ciąży bóle w prawem podżebrzu dokuczały bardzo często; podczas bólów zjawiały się niejednokrotnie wymioty, poczem chora doznawała pewnej ulgi.

Od ostatniego porodu bóle znacznie wzmogły się, zaczęły coraz częściej występować, promieniując w okolice prawej łopatki. Ostatecznie chora zdecydowała się udać się do szpitala.

Chora średniego wzrostu, dobrej budowy ciała, płuca i serce zdrowe. W prawem podżebrzu wyczuwa się guz, wielkości małej pięści, w postaci gruszki o bardzo wyraźnych zarysach. Guz twardy, na ucisk wrażliwy, ruchomy przy oddychaniu, znajduje się w bezpośrednim związku z niewiele powiększoną wątrobą. Żółtaczkę niema, ciepłota prawidłowa, tętno 76 prawidłowe. W moczu brak nieprawidłowych składników.

Rozpoznanie: Ropniak lub wodniak pęcherza żółciowego.

D. 24 czerwca w uśpieniu chloroformowem operacja. Cięcie powłok podług Kochera. Pęcherz żółciowy duży, o grubych ścianach, zrosnięty z siecią i poprzeczną. Nietrudne oddzielenie zrostów, jak również pęcherza od wątroby. W przewodzie pęcherzowym wyczuwa się spory kamień, otwór sieciowy (foramen Winslowi) nie zarośnięty, obmacywanie dróg żółciowych głównych nie wykrywa w nich kamieni. Blizny w więzie wątrobnodwunastniczym. Po dokładnem oddzieleniu pęcherza, i podwiązaniu tętnicy pęcherzowej, zacisnięto przewód pęcherzowy zaciskadłem od strony dróg głównych, drugim zaś zaciskadłem od strony pęcherza, i odcięto ten ostatni. Pokazało się, że zaciskadło, od strony dróg głównych nałożone, zacisnęło nie tylko przewód pęcherzowy, lecz równoległe z nim idący przewód wątroby, a tym sposobem i ten ostatni został przecięty poprzecznie.

Spostrzegłszy to, usunąłem miażdżące zaciskadło i, zciawszy zgnieciony brzeg przewodu wątrobnego, na koniec jego ośrodkowy nałożyłem lekkie

zaciskadło jelitowe Doyena dla powstrzymania wydzielania się żółci, i przystąpiłem do zespolenia przeciętego przewodu wątrobnego.

Czterema szwami z cienkiej struny, według Claudiusa wyjalowionej, zespoliłem tylny obwód, wwijając ściany przewodu do wewnątrz, tak ażeby powierzchnie otrzewnowe mogły zetknąć się ze sobą. Szwy nałożono przez wszystkie warstwy przewodu, wiązano nazewnątrz (nie do światła przewodu). Przez niezeszytą z przodu część obwodu włożono wgląb na parę ctm. do przewodu wątrobnego sącdek gumowy, umocowano go szwem ze struny do rany w przewodzie i wyprowadzono nazewnątrz. Następnie nastąpiło podwiązanie kikuta przewodu pęcherzowego w miejscu, gdzie leżały mocno uciskające kleszcze, wypchanie muślinem przestrzeni podwątrobnej i zeszytycie powłok szwem jedwabnym, wszystkie warstwy chwytającym (podług Kehra). Pozostawiono tylko niezeszyte miejsca, przeznaczone na wyprowadzenie wyżej opisanego sącza gumowego oraz pasków muślinu jodoformowego, wypełniającego przestrzeń podwątrobną. Odjęty pęcherz żółciowy, o bardzo grubych ścianach, zawierał ropę i jeden spory kamień, drugi zaś, jeszcze większy kamień był mocno wkliniowany w przewodzie pęcherzowym.

Przebieg pooperacyjny zupełnie bezgorączkowy. Pierwsze stolce na 6 dzień po operacji zupełnie odbarwione. D. 1 lipca wypadł z rany sącdek, a duża ilość żółci od tego czasu zaczęła wylewać się w opatrunek. D. 2 lipca stolce w znacznej części odbarwione, ostatnia jednak porcja wyraźnie zabarwiona żółcią.

Od tego czasu wypływ żółci przez przetokę zewnętrzną zmniejsza się stale, chora wkrótce oddaje stolce zupełnie zabarwione, od czasu do czasu jednak pokazują się kawałki odbarwionego gliniastego kału. Stan chorej stale poprawia się, utylą, łaknienie dobre.

D. 25 lipca wyszła ze szpitala z bardzo niewielką przetoką żółciową. Żółci wydziela się nazewnątrz niewiele.

W końcu września tegoż roku chora pokazała się w szpitalu z raną zupełnie od 4 tygodni zagojoną. Wygląda doskonale, zgola żadnych dolegliwości nie miewa.

Przypadków podobnych znalazłem w piśmiennictwie dwa.

Przypadek Kehra, opisany przez Volkmarą (8). U 37 letniej kobiety rozpoznano ropniak pęcherza żółciowego. D. 24 stycznia 1908 r. operacja. Znalezione: zrosty z siecią, pęcherz zawiera ropę i kamienie. Mocne zrośnięcie się przewodu pęcherzowego z wątrobnym. Wobec złego znoszenia uśpienia zjawia się konieczność przyspieszenia końca operacji, przyczem podwiązano i przecięto przewód pęcherzowy bez dokładnego odseparowania. Na 6 dzień po operacji występuje stale zwiększająca się żółtaczka, stolce zupełnie odbarwione, dowód, że został podwiązany przewód wątrobny. Dnia 9 po operacji podczas zmiany opatrunku zdjęto podwiązki, nałożoną na przewód

wątrobnym. Od tego czasu b. obfite wydzielanie się żółci naze-
wnątrz, stolce stale odbarwione.

D. 11 sierpnia powtórna operacja, odszukanie przeciętego
przewodu wątrobnego i wspólnego, połączenie tylnego obwodu
za pomocą kilku szwów strunowych, pozatem przymocowanie
przedniego obwodu przewodu wspólnego do wątroby, tuż około
otworu w przewodzie wątrobnym, tak że żółć bezpośrednio
może ściekać do przewodu wspólnego. Wypchano muślinem
kseroformowym. D. 25 sierpnia stolce jeszcze odbarwione, gdy
1 września już zabarwienie stolca występuje całkowicie. D. 17
września chora zupełnie zdrowa opuściła szpital.

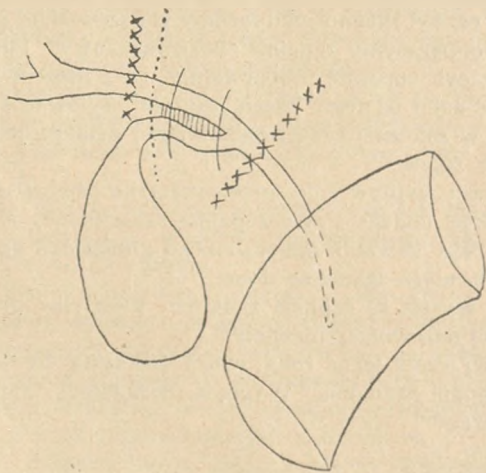


Fig. II.

Przecięcie ——— Kehra, ×××× Dahla, ... Dobruckiego.

Przypadek Delageniera (9). Podczas trudnego wycinania
pęcherza żółciowego z licznymi zrostami w okolicach przewo-
du pęcherzowego, D. podwiązał wrzewód wspólny, biorąc go
za przewód pęcherzowy i przeciął. Spostrzegłszy błąd, oddzie-
lił przewód wątrobnym i przeciął go, usuwając tym sposobem
pęcherz razem z jego przewodem całkowicie. Następnie zeszył
tylny obwód przeciętych przewodów wątrobnego i żółciowego

wspólnego ze sobą, pozostawiając przednią $\frac{1}{3}$ część obwodu nie zeszytą dla włożenia sączka do przewodu wątrobnego w kierunku wątroby. Zagojenie bez powikłań.

W obu tych przypadkach wycięto dolny koniec przewodu wątrobnego i górny wspólnego, w obu też zespolono szwem te dwa przewody. W moim przypadku miało miejsce poprzeczne przecięcie przewodu wątrobnego, powyżej bowiem przewodu pęcherzowego wypadło, zeszyto więc dwa odcinki przewodu wątrobnego (Fig. II).

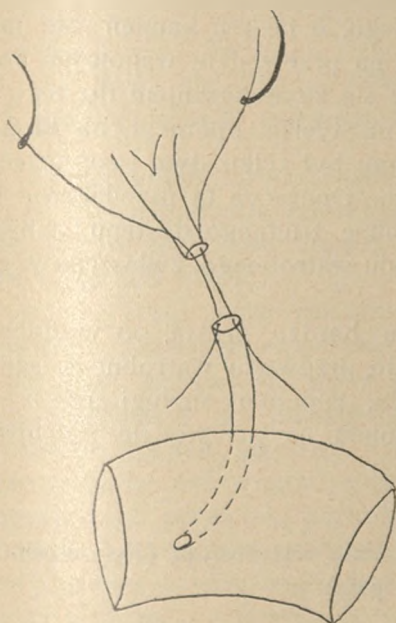


Fig. III.

Nałożenie szwów na końce przewodu.

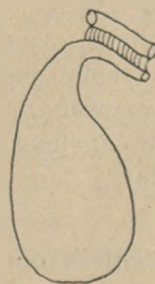


Fig. IV.

Pęcherz odcięty z kawałkiem przewodu wątrobnego.

Ruge (10) wykazał na kongresie chirurgów w 1908 r., że przewód pęcherzowy i wątrobnego w 33% przypadków przebiegają bądź równolegle, bądź okręcając się, tak blisko obok siebie, że w tych zwłaszcza razach łatwo może zdarzyć się uszkodzenie przewodu wątrobnego nawet w razie najdokładniejszego wyosabniania tegoż.

Mając na myśli wskazania, na początku niniejszej pracy wymienione, przechodzimy do rozpatrzenia zabiegów, na przewodzie wątrobnym wykonywanych.

I.

Przecięcie przewodu wątrobnego podłużne (hepaticotomia).

Operację tę po raz pierwszy wykonał Kocher (11) w r. 1889, pierwszy zaś pomyślny wynik otrzymał Cabot (12) w 1892 r. Jedyne wskazaniem do tej operacji jest zatkanie kamieniem przewodu wątrobnego, o ile ten kamień nie może być zsunięty poniżej do cięcia, na przewodzie wspólnym dokonanego. Jak rzadko spotykamy się ze wskazaniem do tego zabiegu, dowodzi fakt, że Kehr na tysiąc operacji, na drogach żółciowych zrobionych, zmuszony był tylko dwa razy uciec się do cięcia przewodu wątrobnego. Operacja ta przedstawia nie małe trudności techniczne wobec trudnego dostępu, a nieraz niełatwego odnalezienia przewodu wątrobnego, zwłaszcza w górnym jego odcinku.

Technika samego zabiegu bardzo prosta; po-wydobyciu kamienia lepiej jest włożyć do przewodu wątrobnego sączek i nie zeszywać rany przewodu, zupełnie analogicznie z powszechnie znanem postępowaniem na przewodzie żółciowym wspólnym.

II.

Kruszenie kamieni w przewodzie wątrobnym (Hepaticolithotripsia).

Myśl tej operacji rzucona została przez Kochera, przez analogię z kruszeniem kamienia w przewodzie wspólnym, wykonana zaś została przez Mayo Robsona, Bailleta, Délageniëra (13). Ten ostatni autor, przecinając pęcherz żółciowy i przewód pęcherzowy, dochodzi do światła dróg głównych i przez otwór w przewodzie wątrobnym wprowadza kleszczyki i kruszy kamień. Kocher przyznaje temu zabiegowi w przypadkach niektórych racyę bytu ze względu na dobre wyniki. Zarzuty zaś teoretyczne, sposobowi temu robione, uważa za niczem niesprawiedliwione.

Mnie zdaje się, że, o ile mamy dostęp do kamienia, to daleko prościej i bezpieczniej naciąć przewód i wydobyć kamień w całości, aniżeli go kruszyć, wypłukiwać cząstki skruszone i nigdy nie mieć pewności, że wszystko zostało usunięte. Manipulowanie kleszczykami w przewodzie wątrobnym pociemku narazić może śluzówkę przewodu na poważne obrażenia, które mogą pociągnąć za sobą wcale niepożądane następstwa, jako to: blizny, zwężenie itd.

Łatwe gojenie się cięć podłużnych na przewodach żółciowych tembardziej powinno przeważać szalę wyboru sposobu postępowania na rzecz cięcia przewodu wątrobnego.

III.

Utworzenie przetoki przewodu wątrobnego (Hepaticostomia).

Tu odróżniamy dwa rodzaje połączeń:

A. Hepaticostomia externa indirecta, przesączkowanie przewodu wątrobnego nazewnątrż. Operacja ta wykonana być może w sposób trojaki.

1. O ile nie mamy zamiaru dokonania wycięcia pęcherza żółciowego, przecinamy pęcherz żółciowy i, stopniowo nadcinając go dalej, posuwamy się w kierunku przewodu pęcherzowego, przecinamy go podłużnie i wprowadzamy do przewodu wątrobnego sącdek gumowy. Drugi zaś koniec wolny sączka wyprowadzamy nazewnątrż, ułożywszy go poprzednio w świetle przeciętego przewodu pęcherzowego i pęcherza, i obszywszy na sączku poprzednio zrobione nacięcia tych narządów. Tym sposobem sącdek całkowicie leży wewnątrz pęcherza i przewodu pęcherzowego, jednym zaś końcem tkwi w przewodzie wątrobnym, drugi koniec jest wyprowadzony na zewnątrż. Dla zupełnego zapobieżenia przedostawaniu się żółci do jamy otrzewnej, możemy umocować pęcherz do otrzewnej ściennej, przyszywając do niej otwór pęcherza, przepuszczający sącdek.

2. Po dokonaniem odcięcia pęcherza, przewód wątroby sączkujemy przez kikut przewodu pęcherzowego.

3. W razie poprzednio zrobionego cięcia przewodu żółciowego wspólnego przewód wątroby sączkujemy przez otwór, zrobiony w przewodzie żółciowym wspólnym. Hepaticostomia

externa indirecta — jest to powszechnie znana operacja pod nazwą „hepaticusdrenage“ Kehra, a głównem wskazaniem do niej służy zakażenie dróg żółciowych, w kamieniach w przewodzie wspólnym spotykane. Operacja ta ma rozległe zastosowanie i bezsporne prawo obywatelstwa w chirurgii dróg żółciowych i daje doskonałe wyniki.

B. Hepaticostomia externa directa polega na bezpośrednim wszyciu otworu, w przewodzie wątrobnym zrobionego, w ranę powłok brzucha. Operacja ta może być wykonana w razie nadmiernego rozszerzenia samego przewodu, co zdarza się prawie wyłącznie w przypadkach wrodzonych zwężeń przewodów żółciowych, poniżej leżących (choledochus). Operacja ta jest zabiegiem wyłącznie paliatywnym, gdyż zupełnie nie usuwa niedrożności dróg żółciowych, uwalnia tylko wątrobę od nadmiernego wypełnienia żółcią, a tym sposobem ratuje chorego od grożącej mu żółticy (cholaemia).

Bezwątpienia, dużo słuszniejszym zabiegiem jest w takich przypadkach — połączenie przewodu wątrobnego z jelitem; operacja ta, dając stały odpływ żółci do jelit, może być zabiegiem doszczętnym. Ciężki jednak, przeważnie, stan chorego zniewala chirurga do wykonania zabiegu możliwie prostego i szybkiego, czyli do zadowolenia się utworzeniem przeroki przewodu wątrobnego.

Wyniki, niestety, tego rodzaju zabiegów są bardzo niepomyślne. Ciężka żółtaczka, poważnemi zmianami w komorze wątroby wywołana, usposabia do krwotoków, stanowiących w tych razach przyczynę zejść śmiertelnych. W piśmiennictwie znajdujemy jeden jedyny przypadek zespolenia przewodu wątrobnego z dwunastnicą, zakończony zupełnem wyzdrowieniem (Tréves) (14).

Przyczynę niepomyślnych wyników operacji stanowi opóźniony zabieg chirurgiczny. Opóźnienie to zależne jest od nader, a nieraz zupełnie niemożliwego rozpoznania wrodzonych zwężeń dróg żółciowych. Przyszłość, być może, da nam sposoby rozpoznawania tych wad wrodzonych w okresie wczesnym, a wtedy i wyniki operacyjne mogą polepszyć się znacznie.

IV.

Zeszycie przewodu wątrobnego (Hepaticorrhaphia).

Myśl zeszywania zupełnie przeciętego przewodu wątrobnego zapożyczona została z dziedziny chirurgii bardzo bliskiej, mianowicie chirurgii przewodu żółciowego wspólnego.

Pierwszy wykonał wycięcie i zeszywanie przewodu wspólnego Kehr w r. 1899 z powodu bliznowego zwężenia w następstwie owrzodzenia, wywołanego uciskiem kamienia. Drugą podobną operację wykonał Doyen z powodu kamienia, uwięzionego w przewodzie wspólnym; trzecią zaś — tenże Kehr w raku przewodu wspólnego dokonał częściowego wycięcia i okrężnego zespolenia końców przewodu wspólnego z dobrym wynikiem.

Zupełnie analogiczna technicznie jest sprawa zeszywania przewodu wątrobnego. Zupełnie przy tem wystarcza zbliżenie i zeszywanie części obwodu szwami ze struny. (Odnosne przypadki przytoczone wyżej). Należy pamiętać, ażeby szwy wiązane były nazewnątrż, nie zaś do światła przewodu; w przeciwnym bowiem razie podwiązka mogła by stać się jądrem kamienia w przewodach żółciowych.

Dobrze jest w takich razach zostawiać długie nitki i wyprowadzić je nazewnątrż obok tamponu, co zawsze we wszystkich operacjach na drogach żółciowych robi Kehr. Baczyć należy, ażeby ze sobą stykały się powierzchnie zewnętrzne, otrzewną pokryte, zupełnie jak w szyciu jelit. Przednią $\frac{1}{8}$ część lub $\frac{1}{2}$ obwodu zostawiamy nie zeszytą, ażeby mieć możność wprowadzenia sącza do przewodu wątrobnego. Sącze w danym przypadku gra rolę nader ważną, ponieważ, wyprowadzając nazewnątrż nieraz zakażoną żółć, ułatwia gojenie się zbliżonych powierzchni przewodu wątrobnego.

Zastanawiającemu się nad wyżej opisanym sposobem zespolenia przewodu wątrobnego przychodzi na myśl pewne udoskonalenie metody. Po dokonaniem nałożeniu szwów na tylny obwód przeciętego przewodu, przez podłużne nacięcie w przewodzie wspólnym wprowadzamy sącze w górę do przewodu wątrobnego, poza miejsce uszkodzone, następnie zupełnie zeszywamy pozostałą część obwodu przewodu wątrobnego, co

na leżącym wewnątrz tegoż śączku da się bardzo łatwo wykonać.

Tę małą odmianę techniki uważam za bardzo ważną, ponieważ dla śączka zamiast otworu poprzecznego otrzymujemy podłużny, czyli że ta odmiana zupełnie odpowiada typowi (3) „hepaticusdrenage“, dającemu doskonałe wyniki. Przy pozostawieniu ośrodkowego końca przewodu pęcherzowego, można śączek przeprowadzić przez ten ostatni, co odpowiada typowi (2) „hepaticusdrenage“.

W razie jednak niemożności bezpośredniego zespolenia obwodów rozciętego przewodu wątrobnego przychodzi nam z pomocą:

V.

Wytworzenie połączenia przewodu wątrobnego z jelitem (hepaticocenterostomia).

Zabieg ten, bardzo dobrze pomyślany, posiada niewątpliwe zalety, ma jednak i stronę ujemną, jak i wszystkie inne połączenia dróg żółciowych z jelitami, a mianowicie: naraża chorego, w pewnym stopniu, na niebezpieczeństwo zakażenia wstępującego dróg żółciowych drobnoustrojami, stale w kanale pokarmowym przebywającymi, najczęściej — lasecznikami okrężnicy.

Ponieważ, w miarę posuwania się od żołądka w stronę odbytu, zawartość jelit coraz więcej obfituje we florę, połączenie przeto dróg żółciowych z górnym odcinkiem kanału pokarmowego za słuszniejsze uważać należy.

Bezpieczniej zatem zrobić zespolenie dróg żółciowych z żołądkiem (Kehr), lub dwunastnicą, aniżeli z jelitem czczym lub krętem, a tem bardziej z okrężnicą. Badania Radziejewskiego (15) z kliniki Mikulicza wykazały, że obawa zakażenia dróg żółciowych w podobnych przypadkach jest nieco przesadzona. Radziejewski twierdzi, że o ile żółć stale, bez przeszkód, przedostaje się do jelit, zakażenie wstępujące mieć miejsca nie może, niebezpieczeństwo natomiast zjawia się dopiero w razie zatrzymania żółci, bądź w razie utrudnionego odpływu do jelit. Klinika jednak zna przypadki zakażeń wstępujących dróg żółciowych z wytworzeniem ropni w wątrobie po połączeniach dróg żółciowych z jelitem.

Wskazania do tego zabiegu są same przez się zrozumiałe, a technika niczem nie różni się od innych zespożeń, jak zespolenie żołądka z jelitem, zespolenie jelit ze sobą i t. d. Szew, czy guzik Murphyeego — jest sprawą gustu każdego chirurga.

Pierwsze zespolenie przewodu wątrobnego z dwunastnicą wykonał Mayo Robson. Metodę podaje następującą: przecięć dwunastnicę na przedniej powierzchni podłużnie, a przez drugi bardzo mały otwór w dwunastnicy, zrobiony nieco ku tyłowi od pierwszego, przeciągnąć kikut przewodu wątrobnego i w tem miejscu go szwami umocować. Po tem pozostaje tylko zeszyć pierwsze cięcie na dwunastnicy.

W połączeniu przewodu wątrobnego z dwunastnicą przybywa jeden szczegół. Wobec małej ruchomości dwunastnicy trudno bywa niekiedy zbliżyć do niej przecięty przewód wątroby. Wtedy przychodzi nam z pomocą t. z. uruchomienie dwunastnicy podług Kochera. Kocher po raz pierwszy wykonał ten zabieg podczas operacyi zespolenia żołądka z dwunastnicą w bliznowem zwężeniu odźwiernika.

W razie niemożności wykonania połączenia z dwunastnicą, należy zrobić zespolenie przewodu wątrobnego z pętlą jelita czczego (Hepaticojejunostomia). Operacya ta, jak to wyżej widzieliśmy, przedstawia pewne niebezpieczeństwo zakażenia wstępującego dróg żółciowych ze wszystkimi groźnemi następstwami. Dla uniknięcia tych nader niepożądanych powikłań, bardzo dowcipny sposób zaproponował Montprofit (16) na kongresie chirurgów francuskich w Paryżu (1908 r.). Chirurg ten zaproponował wykonanie zespolenia przewodu wątrobnego z jelitem czczem w postaci litery Y podobnie do sposobu Roux'a w zespoleniu żołądka z jelitem. Sam Montprofit miał sposobność zrobienia tej operacyi dwukrotnie, lecz tylko na pęcherzu żółciowym (cholecystojejunostomia).

Myśl, rzucona przez Montprofita, znalazła wykonawcę w osobie Dahla (17) ze Stockholmu.

U 61 letniej kobiety podczas bardzo trudnego usuwania pęcherza żółciowego wycięto razem z pęcherzem kawałek przewodów żółciowych głównych, poczem powstała przetoka żółciowa.

Po 3 $\frac{1}{2}$ miesiącach Dahl wykonał wtórne cięcie brzucha, i odszukał przewód wątroby, bardzo mały, gdyż zaledwie 1 $\frac{1}{2}$

ctm. długości mierzący. Następnie poprzecznie przeciął jelito czcze w odległości 40 ctm. od fałdu dwunastniczocznego i oba końce zupełnie zaszył; wolny koniec odcinka obwodowego przeciągnął przez otwór, zrobiony w krezce okrężnicy, aż do kikutu przewodu wątrobnego, i tu wszczepił ten ostatni za pomocą połączenia bocznego (end to said) w wyciągnięty obwodowy odcinek (hepaticojejunostomia). Odcinek ten umocował kilkoma szwami do więzu wątrobnodwunastniczego, a oprócz tego paroma szwami umocował jelito w miejscu przejścia przez otwór w krezce okrężnicy. Wtedy dopiero zrobił boczne połączenie odcinka odśrodkowego jelita czczego z odcinkiem obwodowym za pomocą zespolenia bocznego (said to said).

W przebiegu pooperacyjnym zaznaczyć należy obfite wypływanie żółci nazewnątrz, wobec zupełnie zabarwionych stolców. Ostatecznie chora zupełnie wyzdrowiała.

Zalety tej operacji są widoczne, a polegają na tem, że, łączając pętlę jelita, przeznaczamy takową li tylko dla żółci, a tym sposobem usuwamy możność wstępującego zakażenia dróg żółciowych florą kiszgową.

Operacja ta może mieć bardzo szerokie zastosowanie nawet w razie przerwania ciągłości przewodu wątrobnego bardzo wysoko: u wrót wątroby.

Kausch (33) radzi zwężyć światło jelita za pomocą tworzenia podłużnych fałd na wzór zeszycia fałdzistego żołądka (gastropliegatio). Zwęży jelito do grubości ołówka, tym sposobem zapobiega się zastawianiu się żółci i tworzy się kanał szerokości, zbliżonej do prawidłowej grubości przewodów żółciowych.

Omawiając sprawę zespolenia przewodu wątrobnego z jełitem, wspomnieć należy o bardzo dowcipnym sposobie, jakim posiłkował się Halsted (18) w przypadku niedrożności przewodu wspólnego, a jednocześnie i pęcherzowego. Ta ostatnia okoliczność nie pozwoliła na zrobienie połączenia pęcherza z dwunastnicą (cystoduodenostomia), ponieważ operacja ta byłaby bezcelowa. Halsted poradził sobie w ten sposób, że zrobił połączenie przewodu wątrobnego z pęcherzem żółciowym, a dopiero wtedy wykonał zespolenie pęcherza żółciowego z dwunastnicą; czyli za pomocą pęcherza żółciowego połączył przewód wątroby z dwunastnicą. Wynik pomyślny.

Dotąd mowa była o wytworzeniu połączenia przewodu wątrobnego z jelitami, połączenia bezpośredniego.

W roku zeszłym, gdy mnie zdarzyło się przeciąć przewód wątroby podczas operacji wycięcia pęcherza żółciowego, zespolilem go szwami (patrz wyżej), lecz nie mając pewności, czy ten zabieg doprowadzi do zupełnego zagojenia i czy nie pozostanie na stałe przetoka żółciowa, zacząłem rozmyślać, co zrobić, ażeby żółć całkowicie skierować ku jelitom.

Przyszło mnie wtedy na myśl w razie niemożliwości zrobienia połączenia bezpośredniego przewodu wątrobnego z dwunastnicą, zastosować połączenie pośrednie za pomocą sącza gumowego, włożonego jednym końcem do przeciętego przewodu wątrobnego, drugim zaś przez otwór w dwunastnicy do światła tejże. Zbliżywszy możliwie ku sobie przewód wątroby i dwunastnicę, brak pozostały, czyli część obnażonego sącza miałem zamiar obszyć siecią. Plan tego zabiegu komunikowałem w swoim czasie koledze Sawickiemu i prof. Rutkowskiemu.

Chora jednak moja po pierwszym zabiegu zupełnie wyzdrowiała, nie miałem przeto sposobności wykonania teoretycznie pomysłanej operacji.

Przeglądając odnośne piśmiennictwo, przekonałem się, że Ameryka już odkryta. Sullivan robił zupełnie takie same doświadczenia na psach: pokrywał sącze gumowy, zastępujący częściowy brak przewodu wątrobnego, siecią i przyszywał ją z jednej strony do dwunastnicy, z drugiej zaś do więzów żołądkowookrężniczego (lig. gastrocolicum). Wyniki były doskonałe. Badania zaś późniejsze psów operowanych wykazały, że nowowytworzony przewód był czynny zupełnie dobrze, sącze wypadł do jelit, a wewnątrz nowego przewodu zaczęło pokrywać się nabłonkiem i od strony dwunastnicy, i od strony przewodu wątrobnego. Pośrodku tylko dało się wykryć pasemko wąskie, pokryte nabłonkiem otrzewnowym.

Brewer (20) zupełnie analogicznie postąpił w jednym przypadku. Po usunięciu zupełnie obumarłego pęcherza żółciowego powstała przetoka żółciowa, która zmusiła autora do powtórnego zabiegu. Po otwarciu jamy brzusznej zauważono, że żółć wypływa z przeciętego przewodu wątrobnego, końca zaś obwodowego tego przewodu wyszukać nie udało się.

Wtedy Brewer uciekł się do pośredniego zespolenia przewodu wątrobnego z dwunastnicą przy pomocy sącza gumowego, operując zupełnie tak samo, jak Sullivan w swoich doświadczeniach na psach. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, zagojenie zupełne. W kilka miesięcy po operacji dokonane oględziny chorego potwierdziły zupełne wyzdrowienie.

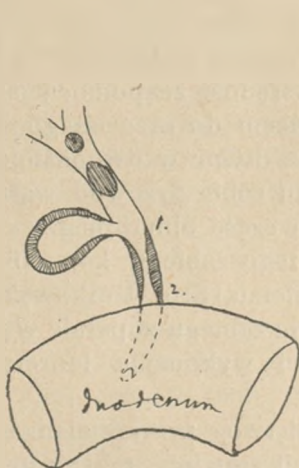


Fig. V.

Od 1—2 wążki, prawie zarośnięty przewód wspólny.

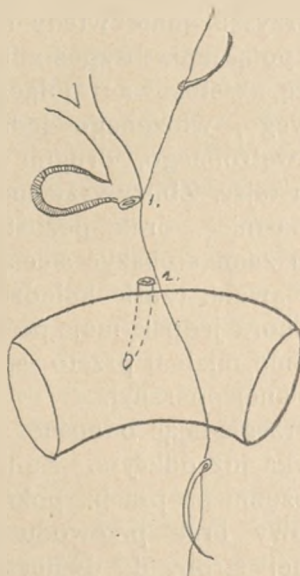


Fig. VI.

Zeszytanie tylnego obwodu prz. wspólnego.

Wobec tak pomyślnych wyników pośrednich połączeń za pomocą tkanki martwej (gumy) z natury rzeczy powstaje myśl zastąpienia sącza gumowego tkanką żywą. Wiadomo, że naczynia krwionośne należą do rzędu tkanek, najlepiej dających się przenosić, i że przeszczepione w inne miejsce ustroju ściany naczyń zachowują wszystkie swoje części składowe (Fischer, Schmieden) (21), i nie zmieniają się nawet do 122 dni, zrastają się natomiast z tkankami okolicznymi (Bode, Fabian) (22). Na tych danych opierając się, Payr (23) użył kawałków żyły nożni-

cowej (v. saphena) zamiast sączka stałego w wodogłowi. König (24) pokrywał szew cewki moczowej rozciętą żyłą z doskonałym wynikiem. Becker (25) w dużym stopniu spodziewa (hypospadiasis) wytworzył z żyły część cewki moczowej i t. d. Użycie żyły zamiast przewodów żółciowych było robione tylko na zwierzętach, lecz, jak dotąd, z wynikiem ujemnym. Przeniesiona żyła zanika i na miejscu jej tworzy się blizna (Heller) (26). Wziąwszy pod uwagę łatwą przyszczepialność naczyń krwio-

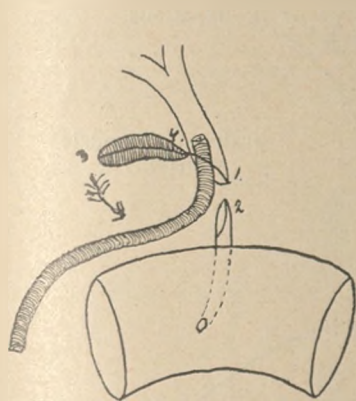


Fig. VII.

Przecięta górna część pęcherza żółc. w kierunku wskazówki zostaje ułożona na miejscu braku w prz. wspólnym. Jednocześnie hepaticusdrenage.

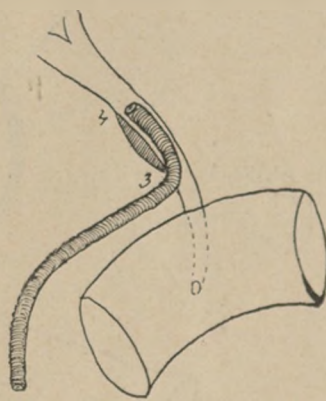


Fig. VIII.

Operacja skończona. W 3) pęcherz przszyty do braku w prz. wspólnym.

Rys. V, VI, VII i VIII podług Liebolda.

nośnych z jednej strony, a możliwość wytworzenia przewodów żółciowych z sieci z drugiej strony, nie należy tracić nadziei, że udoskonalona technika przeszczepiań naczyń zostanie uwieńczona i w podobnych przypadkach pomyślnymi wynikami.

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa postępowania w częściowym przecięciu lub braku części obwodu przewodu wątrobnego. W małych brakach Kehr nie radzi wykonywać żadnego zabiegu wytwórczego, sama bowiem tampo-

nacya wystarcza najzupełniej. W większych brakach, nie obejmujących, oczywiście, całego przewodu ten autor radzi stosowanie operacji wytwórczej podług znanego typu Heinecke-Mikulicza. Całego szeregu operacji wytwórczych: z sieci (Enderlen i Justi) (27), za pomocą płata z żołądka bądź na szypule

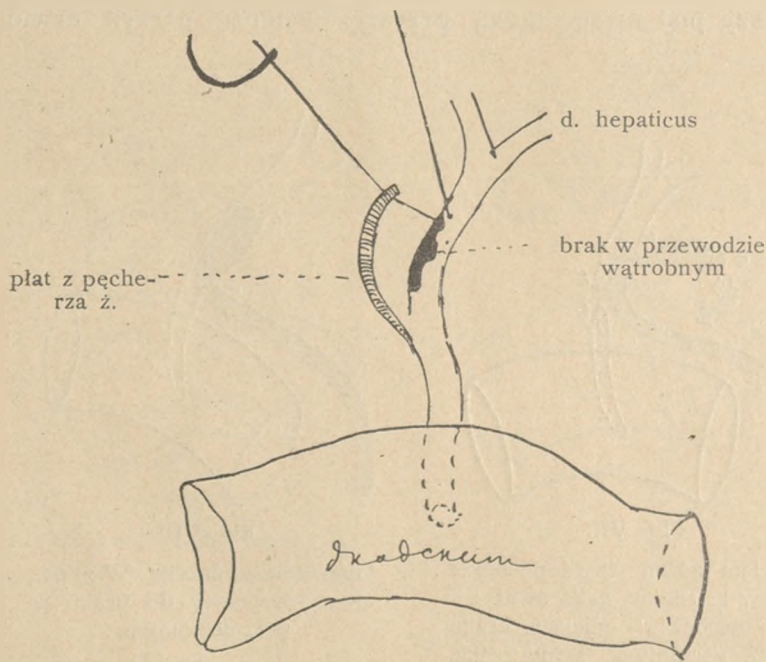


Fig. IX.

Propozycja wytwarzania przewodu wątrobowego z płata z pęcherza żółciowego. (Dobrucki).

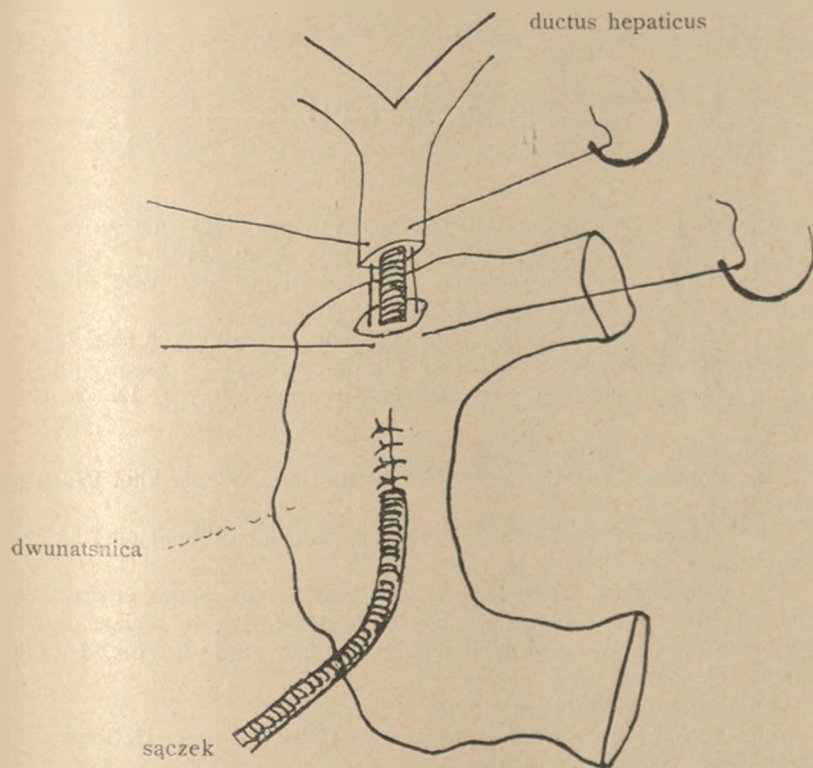
(Stubenrauch) (28), bądź zupełnie oddzielonego (Baldassari i Gardini) (29) i t. d. — dotąd na przewodzie wątrobowym nie stosowano.

Bardzo zachęcająco przedstawia się wytworzenie przewodu wspólnego, zrobione ze ściany pęcherza żółciowego (patrz fig. V, VI, VII, VIII i IX) Kehr (Liebold) (30). Chcąc taki sam zabieg zastosować w braku częściowym przedniej ściany przewodu

wątrobnego, zamiast górnego płata, należy użyć dolnego i przesunąć go w kierunku braku ściany przewodu.

* *

Po skończeniu pracy niniejszej, wpadła mi w ręce rozprawa Voelckera, w której autor, analizując stosowanie sączka



gumowego w połączeniach przewodów żółciowych głównych z dwunastnicą, proponuje nader pomysłowy sposób: wprowadza sączek gumowy do przewodu wątrobnego; drugi koniec sączka przeprowadza przez pozostały kikut przewodu wspólnego, przez brodawkę Vatera do dwunastnicy, z której przez

drugi otwór, w najdostępniejszym miejscu zrobiony, wyprowadza nazewnątrż. Dla zabezpieczenia wyciekania zawartości dwunastnicy, Voelcker sączek, z dwunastnicy wychodzący, obszywa kilkoma szwami na wzór ukośnej przetoki Witzela.

Zalety tego sposobu są widoczne: możność usunięcia sączka nazewnątrż, po wyjęciu zaś zupełne zabezpieczenie powstania przetoki dwunastniczej, zawdzięczając obszyciu metodą Witzela (fig. X).

PIŚMIENNICTWO.

1. Kehr. Technik der Gallensteinoperationen. München. 1905.
2. A. de Graewe. Zentrbl. für Chirurgie. № 26, 1908 r.
3. Mathieu. Rétrécissements non-néoplastiques des vois billiaires principales. Revue de chirurgie. XXXVI, 1908 r.
4. Garré. Traumatisme Hepaticusruptur, geheilt durch eine hepato-cholangioenterostomie, referat w Zentr. für Chirurgie. № 13, 1909.
5. Czerny. Mittheilungen aus den Grenzgebieten. T. IX, r. 1902, str. 566.
6. Kehr. l. citato, str. 258.
7. Doberer. Zur Chirurgie der Gallengänge. Wiener klin. Wochenschrift. № 41, 1910 r.
8. Volkmar. Ein Fall von Verletzung des ductus hepaticus bei der Ectomie. Zentr. für Chir. № 45, 1908 r.
9. Délagénère. 1) Réséction d'une part du can. hépat. et du cholédoque au cours d'une cholecystectomie. Bull. et mém. de la société de chirurgie. 1909 r., p. 1031. 2) Referat w Jahresbericht über die Fort. der Chirurgie za rok 1909, II część.
10. Ruge. Arch. für klin. Chir. T. 87, s. 47.
11. Kocher Theodor. Beiträge zur Chirurgie der Gallenwegen. Deutsch. Med. Wochen. № 13, 1890 r.
12. Cabot. Annals of Surgery. 1893, str. 237.
13. Mayo Robson, Baillet, Délagénère — cytata u Kochera. Chirurgische Operationslehre. Wydanie piąte, str. 818.
14. Treves — cytowany u Mathieu.
15. Radziejewsky. Mittheilungen aus den Grenzgebieten. T. IX.
16. Montprofit. Revue de chirurgie. 1908, str. 575.
17. Dahl. Eine neue Operation an den Gallenwegen. Zentr. für Chirurgie. 1909, str. 266.

18. Halsted — cyt. Kocher, str. 819, dotycząca ryciny bez podania autora u Kochera (Technik der Gallensteinoperationen).
 19. Sullivan. Reconstruction of the bileductus. Journ. of the Amer. med. assoc. I — III, 1910.
 20. Brewer. Hepaticoduodenal anastomosis. Annals of Surgery. Juni, 1910 r.
 21. Fischer und Schmieden. Exper. Untersuchungen über die funktionelle Anpassung der Gefäßwand etc. Frankf. Zeitsch. Path. 3 zeszyt, 1909 r.
 22. Bode und Fabian Heller. Über freie Transplantationen. Ergebnisse der Chirurgie. T. I, r. 1910.
 23. Payr. Drainage der Gehirnventrikel etc. Archiv für klin. Chirurgie. 80, 1906 r.
 24. König. Über die Verlötung unsicherer Nahtlinien mittelst freier Autoplastik. Deutsch. Med. Woch. № 4. 1910.
 25. Becker. Eine neue plastische Operation bei hochgradiger Hypospadie. Verhand. d. deutsch. Ges. für Chir. 1909.
 26. Heller. Ergebnisse der Chirurgie. T. I, 1910.
 27. Enderlen, Justi. Deutsche Zeitsch. für Chirurgie. T. 61, str. 235.
 28. v. Stubenrauch. Gallenblasenoperationen, ref. Deut. Med. Wochenschen. 1903, str. 293.
 29. Baldassari et Gardini. Riforma medica. № 31, 1903 r.
 30. Liebold. Plastische Deckung eines Choledochusdefectes durch die Gallenblase. Zentr. für Chir. № 16, 1908.
 31. Voelcker. Transduodenale Drainage des ductus hepaticus bei Plastic des ductus hepatocholedochus. Beitr. zur klin. Chir. T. 72, zesz. 3.
 32. Lélars. De l'hépatocolangioenterostomie. La semaine médical. 1909, str. 121.
 33. Kausch. Mittheilungen aus d. Grenzgeb. T. XXIII, str. 138—168.
-

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

W sprawie nowoczesnego leczenia tężca

zestawił

JULIAN DRAC

W połowie ubiegłego stulecia zaczęto podejrzewać, że rany chorych na tężec zawierają swoisty jad. W r. 1884 Carle i Rattone, przeszczepiając taką ropę, wywołali tężec u królika. W tym samym roku Nicolayer, zakażając ziemią ogrodową myszy, świnki morskie, króliki wywoływał tężec, i wokoło miejsca zakażonego wykrywał laseczники. Rosenbach znalazł laseczники u człowieka w r. 1886, wyosobnić jednak, i otrzymać czystą hodowlę tych drobnoustrojów udało się dopiero japończykowi Kitasato w r. 1891.

Tężec jest chorobą, nie wszędzie jednakowo często spotykaną. Są miejscowości jakgdyby szczególnie uprzywilejowane w tym względzie. W południowych częściach Stanów Zjednoczonych, na wyspie Bourbon, podług Marwella, tężec zabiera 28%, podług Giera — do 50% noworodków. Z pośród krajów podzwrotnikowych najwięcej ofiar liczą Indye, okolice Senegalu. Dazille wymienia wioskę we Francyi, w której 10% noworodków umiera na tężec. Okolice Berlina dają stosunkowo dużą odsetkę zachorowań na tężec. Wogóle, od czasu do czasu w różnych miejscowościach dzięki pewnym sprzyjającym okolicznościom, np. wojnom, mogą powstawać nawet większe epidemie.

Ponieważ nieraz objawy tężca spotykano bez widocznej rany, zaczęto mówić i podejrzewać tężec „o nieznanym sposobie zakażenia“. Część autorów utrzymywała, że nie zależy on od lasecznika Nicolayera, lecz od innych momentów toksycznych (Rose, Bagoński, Escherich, Chaillons, Villiers).

Spostrzeżenia kliniczne i poszukiwania doświadczalne dowodzą, że w t. zw. reumatycznym tężcu samoistnym zakażenie może następować w zajętych nieżytem górnych drogach oddechowych. Lasecznik przez czas dłuższy pozostaje tam w ukryciu, i dopiero później, dzięki wpływom natury chemicznej, termicznej, mechanicznej, uszkadza siły obronne ustroju i wywiera zgubne swe działanie.

Obecnie ustalono, że przyczyną, wywołującą tężec, bywa zawsze lasecznik tężcowy. Już nie widzimy opisywanych dawniej pomorów szpitalnych, które zależały od niewłaściwego przygotowywania i przechowywania materiałów opatrunkowych.

Aby doszło do zakażenia, potrzeba odpowiednich warunków: 1) przeniknięcia do ustroju ziemi, kurzu, zawierającego laseczniki tężcowe, 2) rany, nadającej się do rozwoju beztlenowców. Rany otwarte, cięcia, powierzchowne braki tkanek nie przedstawiają niebezpieczeństwa. Bardzo często np. wyrobnicy, bose dzieci mają w ranach ziemię, i okoliczność ta nie wywołuje tężca.

Najwięcej sprzyjają rozwijaniu się beztlenowców t. zw. złamania skośne, kanały postrzałowe, powikłane złamania kości z głębokimi uszkodzeniami, krótko określając — bezpowietrzne rany, w które zaciągnięty być może zarazek.

Ferrero z Rzymu zaznacza, że chociaż bardzo usposabiają do rozwijania się tężca zmartwiałe, poszarpane tkanki, jednak w czasie trzęsienia ziemi w Messynie i Kalabryi w r. 1908 wśród ofiar, które miały rany nieraz bardzo poszarpane, przypadków tężca notowano niewiele. Zdaniem autora, rolę ochronną mógł być wyświadcząć wapień, którym ludzie ci bywali zasypywani, rany bowiem wyglądały sucho, bez objawów zapalnych. Aczkolwiek wapień nie odkaża, wykazywać mógł jednak wpływ dobroczynny swem działaniem wchłaniającem.

Gdy laseczniki przedostają się do rany, nie mnożą się już, lecz wydzielają toksyny. Oprócz substancji, wywołującej skurcze — tetanospazminy, w hodowlach tężca znajduje się jeszcze jad, działający na czerwone ciała krwi — tetanolizyna.

Od czasu Heiberga uważano tężec za pierwotną chorobę mięśni. Pochhammer na zasadzie prac doświadczalnych doszedł do wniosku, że nie można przypisywać istotniejszej roli bezpośredniemu działaniu toksyny tężcowej na mięśnie. Niewątpli-

wie powstają zaburzenia w odosobnieniu pomiędzy czuciowymi i ruchowymi włóknami w obwodowych gałązkach mieszanych nerwów. Zdaniem Courmonta, jest to odruch na skutek drażnienia nerwów czuciowych. Prawdopodobna jest teoria Stintzinga, podług której część trucizny pochłania krew, reszta zaś jadu przez oczka w pochewce pęczków nerwowych idzie dalej ku ośrodkom, aby przy wejściu do rdzenia wyrzucić swe działanie.

Skurcze, podobnie jak w zatruciu strychnią, są wywołane przez wzmożenie pobudliwości odruchowej rdzenia. Podług Gumprechta, jad przeprowadzają obwodowe nerwy, mianowicie przez przestrzenie naczyń chłonnych, znajdujące się nie tylko w pochewce, lecz i wewnątrz nerwu; stoją one w bezpośrednim związku z naczyniami chłonnymi podoponowemi. Zwykle po zaszczepieniu toksyna roznoszona bywa przez krew po całym ustroju, lecz rozcieńczenie jej jest tak wielkie, że wymaga dłuższego okresu wylęgania się. Jednocześnie przez przestrzenie chłonne zajętego miejsca przedostaje się jad do odnośnych okręgów rdzenia, i, w razie silniejszego stężenia, powoduje tam teżec miejscowy. Gdy dawka mała, toksyna wyczerpuje się w tem miejscu i teżec ogólny nie zjawia się; w przeciwnym razie jad szerzy się coraz dalej; równolegle upływa czas wylęgania się dla toksyny, znajdującej się we krwi, i dochodzi do teżca ogólnego.

Inni autorowie (Meyer, Ransom) utrzymują, iż nerwy przenoszą jad do ośrodków mózgowych, wskutek zatrucia tych ostatnich występują toniczne skurcze i wzmożona pobudliwość odruchów, tak że nawet miejscowy teżec jest pochodzenia ośrodkowego.

Sawamura w pracy swej z instytutu berneńskiego omawia teżec wstępujący, zstępujący, formy mieszane, oraz teorię powstawania teżca miejscowego. Robiono próby nad wpływem miejsca wstrzyknięcia jadu teżcowego na postać choroby, i nad rolę nerwów w kończynach. W mięśniach, pozbawionych nerwów, teżec zupełnie nie rozwijał się.

W dalszym ciągu dowiedziono, że minimalna śmiertelna dawka toksyny jest tem mniejsza, im bliżej ośrodków nerwowych znajduje się miejsce wstrzyknięcia — rzecz, służąca na poparcie przypuszczenia, że toksyna szerzy się dalej wzdłuż

nerwów obwodowych. Głównem miejscem działania jadu wszczepionego jest w każdym bądź razie część ośrodkowa układu nerwowego. Zdaniem Sawamury, okres wylęgania się stanowi ten czas, który upływa, zanim jad od miejsca wstrzyknięcia, lub miejsca zetknięcia się z nerwem dojdzie do ośrodków.

U niektórych zwierząt, u człowieka objawy występują nie w sąsiedztwie zakażenia, lecz w pewnych określonych miejscach; w następstwie tężec rozchodzi się symetrycznie na inne okręgi. Najprzód zajmuje zwykle mięśnie szczęki i karku, później przechodzi na mięśnie tułowia, brzucha, wreszcie — nóg. Dłonie, przedramię najczęściej pozostają niezajęte. Wzmoczenie się pobudliwości odruchowej ujawnia się w postaci drgawek klonicznych, występuje duszność, przyspieszenie tętna, niestałe podniesienie ciepłoty. Samowiedza bywa najczęściej zachowana.

Prof. Zeri zaznacza u jednego ze swych chorych okres bredzenia bez gorączki, który to okres wystąpił po skończeniu się silnych napadów skurczowych. To samo opisuje Conforti. Autor ten sądzi, że u osób z pewnym brakiem odporności mniej wytrzymałe grupy komórek mogą wyczerpywać się w walce z toksynami, i tracić swą z natury słabą równowagę. U wielu osobników pomimo zajęcia ośrodków odżywczych wskutek zakażenia nawet w razie długotrwałości choroby tego objawu nie znajdujemy. Tak samo jednak, jak i bredzenie nie zawsze występuje, nie wszystkie grupy mięśni podlegają skurczom. Dwa nasuwają się przypuszczenia z tego powodu: albo komórki nerwowe na początku niebezpieczeństwa walczą energicznie i wreszcie się wyczerpują, lub też w okresie zdrowienia pozostałe w ustroju zarodki wytwarzają w dalszym ciągu trucizny, z którymi elementy nerwowe nie są w stanie już tak długo walczyć.

Jak wspominałem, od czasu zakażenia do zjawienia się pierwszych objawów tężca upływa pewien t. zw. „okres wylęgania się”. Nawet po bezpośrednim wstrzykiwaniu toksyny do mózgowia królika Roux i Borel wyczekiwać musieli 8—12 godzin na rozwinięcie się tężca. Courmont i Doyon na świnkach morskich sprawdzili, że dawka, 30.000 razy większa od śmiertelnej, o 2 godziny wcześniej, 90.000 razy silniejsza—o 3 godziny zmniejsza okres wylęgania się. Dawki średnie u myszy, świnek morskich działają po 24—48 godzinach, u królików po

3 — 4 dniach, u kury po 8 — 9 dniach. U człowieka Rose widział tężec raz jeden bardzo wcześnie po urazie, gdyż drugiego dnia. Zazwyczaj w 45% objawy występują w drugim tygodniu, w 30% — w pierwszym, w 20% — w trzecim lub czwartym.

Nieraz choroba jawia się niezwykle późno. Vaillard i Rouget podają fakt, że po zaszczepieniu świnie morskiej zarodników tężca objawy spostrzeżono dopiero po upływie czterech miesięcy. Można przypuszczać, że tak samo i u ludzi zarodniki czas dłuższy pozostają w ustroju i zakażają ustrój dopiero w szczególnie odpowiednich dla siebie warunkach; podług Vaillarda, w pierwszym rzędzie usposabia do tego złamanie kości.

Rozpoznanie na zasadzie badań mikroskopowych robić nie można. Laseczniki w większości przypadków znajdują się w bardzo małej ilości u wrót zakażenia i zbyt mało są charakterystyczne, aby je można było poznać na zabarwionym preparacie. Należy wydzielić z rany, zeszkrobiny z zajętych narządów (nieżytych lub zapalnych), szczepić myszom, potem, w razie dodatniego wyniku, starać się otrzymać czystą hodowlę. Kreuter chciał zastosować do wczesnego rozpoznawania tężca dwie próby odpornościowe: metodę wytwarzania komplementu, i wykazywania antyhemolizyny, lecz przyszedł do wniosku, że:

- 1) bodziec, wywołujący tężec, należy do drobnoustrojowych antygenów, które nie są w stanie wykazać materii, zatrzymujących komplement;

- 2) ludzkie i zwierzęce surowice w większości przypadków zawierają normalantylinę;

- 3) pod wpływem zakażenia ilość antyliny wzrasta.

W rozpoznaniu różniczkowym należy zwracać uwagę na możliwość zatrucia strychniną, na zapalenie opon mózgoworodzeniowych, histeryę i wściekliznę; w tej ostatniej nie bywa sztywności. Czasami trudno bywa rozpoznać chorobę, gdyż niekiedy tężec występuje tak gwałtownie, że powoduje śmierć, nim zdążą rozwinąć się skurcze. Zdarza się również, że w przypadkach nawet śmiertelnych stężenie nie jest ciągłe i wogóle niezbyt wybitne. Nieraz skurcze zaznaczają się tylko wzmożoną sztywnością. Wreszcie przebieg bywa do tego stopnia łagodny, że skurcze nie zjawiają się zupełnie.

Mimo to, iż tężec występuje niekiedy w tak lekkiej postaci,

naogół rokowanie bywa niepomysłne. Rose z 716 przypadków, zebranych z różnych szpitali, oblicza przeciętną śmiertelność na 88%. Dużą rolę odgrywa i czas wylęgania się: z wczesnych przypadków umiera 91%, z opóźnionych — 81,3%, z b. późno występujących — 52,9%.

Zapobieganie rozwijaniu się tężca polega na odpowiednim leczeniu ogniska miejscowego, które jest również ogniskiem drobnoustrojowem i na wstrzykiwaniu surowicy przeciwtoksycznej. Imperiali gorąco poleca uważne postępowanie przeciwnie, oraz leczenie rany balsamem peruwiańskim, co na szeroką skalę wypróbowali w czasie ostatniej wojny Japończycy i Colmers w czasie trzęsienia ziemi w Kalabrii.

Nie wszystkim lekarzom jest znane zapobiegawcze działanie surowicy przeciwteżcowej, to też Flügge uważa za bardzo korzystne, aby chirurdzy pracowali współzrędnie z bakteriologami.

Od czasu wynalezienia przez Behringa surowicy przeciwteżcowej dokonywano wielu prób odnośnych, lecz doszli wszyscy do przekonania, że, gdy wystąpiły już objawy szczekocisku i tężenia, wstrzykiwać surowicę jest już zapóźno. Aby skrócić drogę wchłaniania się, wstrzykiwano surowicę bezpośrednio do mózgowia, rdzenia lub nerwów. Wyniki były wątpliwe, najlepsze stosunkowo przy sposobie śródnerwowym.

W celu zapobiegania najczęściej wstrzykuje się surowicę podskórną, według Behringa po 10—20 jednostek przeciwtoksycznych. Suter podaje 12 takich opisów, w których zaznacza potem bardzo lekki przebieg.

Calnotte wybiera inną drogę, stosując surowicę wysuszoną, rozpylając ją na otwartą ranę. W Indo-Chinach, gdzie $\frac{1}{5}$ dzieci umierała na tężec, środek ten ma działać zupełnie wystarczająco.

Solieri zaznacza, że zapobieganie tężcowi za pośrednictwem surowicy lub suchej antytoksyny w Niemczech i we Francji jest bardzo rozpowszechnione, we Włoszech, natomiast, nie znalazło oddźwięku, przynajmniej w piśmiennictwie niewiele o tem mówią, z wyjątkiem prac Pergola, Viscontiniego i Federiciego. Autor ów przez 3 lata w szpitalu w Grosseto w podejrzanych przypadkach wstrzykiwał po 10—50 ctm.³ surowicy Pasteura, do kilku dniach — wstrzykiwania powtarzał. Na zasa-

dzie swych własnych 35 spostrzeżeń i prac innych autorów dochodzi do wniosku, że złe wyniki zależą najczęściej od zbyt małej dawki surowicy. Należy wstrzykiwać jaknajwcześniej po 20—30 ctm.³, i po 6—8 dniach wstrzykiwanie ponawiać, aż rana nie będzie zawierała tkanek zgorzelinowych i jednocześnie należy stosować energiczne leczenie chirurgiczne.

Simon chwali atytoksynę Höchst. W jednym ze swych przypadków zastosował ją lędźwiowo, śródżylnie i podskórnie. W drugim, pomimo że wstrzyknięto 20 jednostek, tężec wystąpił, lecz zakończył się wyzdrowieniem. Był to pięcioletni chłopczyk; jeszcze i po zjawieniu się tężca wprowadzono mu surowicę lędźwiowo i śródżylnie.

Canonnes podaje następujący opis: dwoje młodych ludzi wypadło z bryczki do rowu, odnosząc uszkodzenia. Żona uległa cięższemu urazowi; wstrzyknięto jej 20 ctm.³, później — ponownie 20 ctm.³ surowicy, tężec nie rozwinął się. Mąż, któremu surowicy nie wstrzykiwano, zmarł na tężec.

Osądzenie skuteczności leczenia surowicą jest bardzo trudne, gdyż tężec po części występuje sporadycznie, w przebiegu zdarzają się zmiany i wahania, a czasami następuje nawet samoistne wyleczenie.

Z zestawień Engelmanna, Köhlera, Behringa, Schuckmanna, gdy będziemy krytycznie roztrząsać historye chorób, wynika, że nieraz otrzymuje się niewątpliwie wyniki dodatnie, często jednak — zupełne niepowodzenie.

Z tego powodu surowicą leczono w najrozmaitszy sposób.

1) Wstrzykiwania podskórne stosowano najczęściej, jako sposób najkrótszy i najłatwiejszy. Robi się je w pobliżu miejsca zakażonego, wprowadzając od 10—20 ctm.³ surowicy, czyli 100—200 jednostek.

2) Wstrzykiwań śródżylnych zaniechano, gdy przekonano się, że toksyny przechodzą z tkanki podskórnej przez naczynia chłonne.

3) Wstrzykiwania w sąsiednie gałązki nerwowe w połączeniu z wstrzykiwaniami w jeszcze więcej dośrodkową część są zabiegiem bolesnym, pozwalającym na wprowadzenie bardzo małej ilości antytoksyny. Küster ogłosił 2 pomysły wyniki, Kocher i inni zapatrują się na tę metodę sceptycznie.

4) Wprowadzano surowicę i pod oponę twardą rdzenia, podobnie jak w znieczulaniu birowskiem.

Ponieważ płyn mózgowordzeniowy u ludzi (Küster, Stintzing) zwykle w tężcu zawiera dużo toksyn, zaleca się sporą ilość tegoż wypuścić. Po wstrzyknięciu surowicy, miednicę unosi się ku górze, aby wyżej położone części rdzenia wprowadzić w zetknięcie się z antytoksyną. Lucker radzi w ten sposób wprowadzać dziennie 10—20 ctm³.

Meyer i Ransom metodę powyższą odrzucają, gdyż, zdaniem ich, antytoksyna przedostaje się do tkanki dopiero po uszkodzeniu samego nerwu. Ransom wprowadzał toksynę królikom do żył i nie mógł jej później znaleźć w płynie mózgowordzeniowym. Rodzi się stąd pytanie, czy zjawiska tego nie można sobie wytłumaczyć różnością dróg w powstawaniu zakażenia. Gdyby spotrzeżenia Stintzinga sprawdziły się, wstrzykiwania podtwardówkowe drogą przekłucia lędźwiowego byłyby najwięcej usprawiedliwione.

Jako materyał do leczenia używa się płynnych i suchych przetworów. W Niemczech najwięcej jest rozpowszechniona surowica Behringa, wyrabiana przez firmę marburską dr. Sieberta i Ziegenbeina w płynie po 100 jednostek, i jako przetwór stały po 20 jednostek. 100 J. kosztuje 15 marek, 20 J.—3 marki. Drugim preparatem jest antytoksyna Tizzoni-Cattoniego, przygotowywana przez firmę Mercka w Darmsztadzie. Jest to żółty proszek, sprzedawany w słoikach po 4½ grama (około 5,000,000 jednostek). Dorosłym, w przypadkach lżejszych, jako dawkę początkową stosuje się połowę zawartości, rozpuszczonej w wyjalowionej wodzie (1,0 na 10,0 wody), następnie wstrzykuje się 2,25 gr.; w przypadkach bardzo ciężkich — od razu całą zawartość.

Instytut Pasteura wyrabia podobną do beringowskiej surowicę płynną w buteleczkach po 10—20 ctm³. W 1-ej lub 2-ch dawkach wstrzykuje się od 10—50 ctm³.

Leczenie tężca surowicą mniej więcej około roku 1900 — 1905 doszło do martwego punktu. Później z powodu zmian co do sposobu wstrzykiwań i ilości używanej surowicy metoda ta zaczęła zdobywać większe rozpowszechnienie. Szczególnie zaś praca Hofmana z Grazu, oparta na wyniku leczenia 30-tu cho-

rych, rzuciła lepsze światło na traktowanie surowicą, zwłaszcza na drodze lędźwiowej.

Surowicę należy podawać wytrwale w zależności od stanu chorego. Według Behringa, lecznicza dawka dzienna powinna wynosić 100 jednostek, trzeba ją powtarzać często, codziennie nawet, i zmniejszać stopniowo, gdy już nastąpi widoczna poprawa.

O ile teżec jest umiejscowiony, wystarczyć mogą wstrzykiwania podskórne, w razie grożącego ogólnego rozszerzenia się choroby konieczne są powtarzane wstrzykiwania pod opone twardą.

Na działanie surowicy można liczyć, gdy ją zacznie się wstrzykiwać jeszcze przed upływem mniej więcej 30-tu godzin od czasu wystąpienia pierwszych objawów choroby. Sawamura na zasadzie doświadczeń na zwierzętach utrzymuje, że w tęzczu wstępującym antytoksyna zdolna jest ocalić zwierzę, jeżeli zastosujemy ją nie później, niż w 17 godzin po stwierdzeniu pierwszych objawów tęcza.

Zajmujące opisy wyleczenia antytoksyną Höchsta podaje Wiedemann. W jednym przypadku mogło być dojsć do t. zw. dawnego „letargu“, stan przedstawiał się b. groźnie. Dzięki surowicy stopniowo otrzymywano polepszenie zależnie od okolicy wstrzyknięcia w gałązki nerwu, lub podskórnice. Autor zaznacza, że kto przeżył te najcięższe przypadki, kiedy lekarz stoi prawie bezradnie, chloroformuje chorego, nie mogąc inaczej pomóc, wie, do jakiego stopnia mógłby dojrzeć i przypadek powyższy.

Innym razem wstrzykiwał autor, nie mając pod ręką świeżej antytoksyny, surowicę chłopca, przed dwoma laty wyleczonego z tęcza, i uzyskał szybką, jakkolwiek nietrwałą, poprawę stanu chorego. Byłoby interesujące, dodaje, określić, jak długo ustrój zachowuje antytoksynę, skoro po dwóch latach posiada ona jeszcze pewne działanie.

M. Jakowski, lecząc bezskutecznie swe 3 przypadki surowicą, co prawda—w dawkach małych, bo po 50 jednostek jednorazowo, ogółem 150, poszedł za przykładem Tuffiera i Hodsona, i zastosował upust krwi z następnem wprowadzeniem pod skórę fizyologicznego roztworu soli. W 1 przypadku zrobił 3 upusty krwi po 250 ctm.³ każdy, w drugim — dwa, poczem zaraz

wlewał podskórnie 450 — 500 ctm.³ roztworu soli. Wynik był pomyślny. W dwóch innych przypadkach również skutecznie użył powyższego sposobu bez uprzedniego wstrzykiwania surowicy.

Jakowski zaznacza, że lekarz bardzo często może znaleźć się wobec rozwiniętego tężca, i nie mieć pod ręką ani w najbliższem sąsiedztwie surowicy swoistej; jeżeli wreszcie minął sakramentalny okres 30-tu godzin od chwili wybuchu cierpienia, gdzie surowica, użyta w dużej dawce, ma działać niezawodnie, autorowi wydaje się uzasadnionem w tych razach stosowanie metody, przezeń użytej.

Włosi ratują się w inny sposób. Od dwudziestu przeszło lat wstrzykują podskórnie roztwór kwasu karbolowego z takimi wynikami, że, jak pisze Conforti, obecnie nie potrzeba przytaczać zestawień i opisów chorób, aby przekonywać o wartości tego środka. Dlatego, prawdopodobnie, zdaniem jego, lekarze w ostatnich czasach ogłaszają mniej odnośnych spostrzeżeń, gdyż uważają leczenie tężca kwasem karbolowym za tak naturalne, jak leczenie błonicy surowicą Behringa. Już dawniej Maragliano zaznaczał, że sprawa wartości tej metody dostatecznie jest omówiona, i że obecnie w sposób ten należy leczyć tężec powszechnie, zachowując surowicę do celów zapobiegawczych lub leczniczych współrzędnych. Podług zestawień Zeriego, Rabbittiego, Curtiego, Ascoliego, kwas karbolowy ratuje 90% chorych, według Imperialiego—80%. Surowica Tizzoniego, względnie najlepsza, daje 37% śmiertelności.

Metodę powyższą we Włoszech wprowadził i rozpowszechnił Baccelli. Opierając się na teoryi, że toksyny, powodujące tężec, szczególnie działają na rdzeń, w którym pobudzają czynność odruchową, po otrzymaniu dobrych wyników w leczeniu podskórnymi wstrzykiwaniami kwasu karbolowego nerwobólu, bólu mięśniowego, zapalenia nerwów, zastosował ten sposób w tężcu u człowieka. Przedmiot ten był tematem pięknej pracy Giulia Imperialiego, wydanej w „Giornale di medicina militare“ (fasc. X — XI, 1910). Autor dochodzi do wniosku, że wogóle, w celu otrzymania pożądanego wyniku, należy: 1) zapobiedz, by ogniska urazowe, względnie—miejsca zakażone, nie posiadały warunków, sprzyjających rozwijaniu się laseczników Nicolayera; 2) starać się stłumić zakażenie, nim wystąpią skur-

cze; 3) zwalczać zdecydowany tężec, zapobiegając dalszemu szerzeniu się i wytwarzaniu toksyny.

Bacelli wypróbował działanie kwasu karbolowego, jako środka uspokajającego układ nerwowy, antytoksycznego i zniżającego ciepłotę ciała. Prócz tego pomaga on najwidoczniej wydalaniu z ustroju jadu, gdyż w okresie obfitego stosowania środka równolegle zwiększa się pędzenie moczu i pocenie się. Imperiali działanie karbolu tłumaczy w ten sposób, że w zetknięciu się z toksyną zobojętnia tę ostatnią; tamuje zaś rozwój zakażenia łatwiej od surowic i zapobiega dojściu toksyny do komórki nerwowej, na którą znów wywiera wpływ kojący.

W r. 1880 z polecenia Bacceliego dr. Gualdi na pierwszym kongresie medycyny wewnętrznej podał przypadek tężca, wyleczony wstrzykiwaniami kwasu karbolowego w klinice rzymskiej. W r. 1891 dodano 8 nowych spostrzeżeń. W piśmiennictwie od r. 1895 do czasu obecnego Imperiali naliczył około 200 przypadków. Ze 190 chorych, leczonych kwasem karbolowym, wyzdrowiało 157. Gdy zastosować ocenę krytyczną ciężkości zachorowań, wynika, że z 94 ciężkich przypadków tężca wyleczono 92, zmarło 2; z 39 bardzo ciężkich wyleczono 22, zmarło 17; z 15 przypadków tężca piorunującego wyleczono 1 chorego, zmarło 14.

Piśmiennictwo włoskie w danym przedmiocie posiada materiały obfite. W samym piśmie „Il Policlinico“, wydawanem w Rzymie, co rok zjawia się przynajmniej kilka prac, w których są podawane odnośne spostrzeżenia. Autorowie wstrzykują zazwyczaj 2%—3% roztwór kwasu karbolowego co 2 godziny: pierwszego dnia po jednej strzykawce Pravatza za każdym razem, drugiego i następnych dni więcej, tak iż dochodzą do 1,0—1,5 karbolu na dobę. Ujemnych skutków — podrażnienia nerek — nie spostrzegano. Zadawano sobie pytanie, dla czego chorzy, dotknięci tężcem, tak dobrze znoszą kwas karbolowy: można im bez szkody wstrzykiwać nawet dawkę, większą od minimalnej śmiertelnej. Maragliano zauważył, że jeden i ten sam chory po ustąpieniu tężca traci tę wytrzymałość — świadczy to o pewnem powinowactwie pomiędzy jadem chorobowym, a karbolem.

W miarę słabnięcia objawów zmniejsza się ilość wstrzykiwanego karbolu, niekiedy na parę dni przerywa się; leczenie

jednak należy prowadzić wytrwale przez kilka tygodni, nieraz miesiąc cały, aż do zupełnego wyzdrowienia. Cati np. w przeciągu 32 dni zrobił 309 wstrzyknień. Do niewątpliwych zalet kwasu karbolowego zaliczyć wypada i jego taniść; wszędzie go można otrzymać, dawki i sposób zastosowania za pomocą strzykawki Pravatza są bardzo łatwe. Wystarczyć mogą 2 wizyty lekarza, aby wskazać osobom, odpowiednio uzdolnionym, sposób leczenia.

Rzecz prosta, zaniedbywać i pomijać nie można leczenia pomocniczego: odosobnienia chorego, podawania chloralu, medinalu w ławatywach, i t. p. objawowych środków. Piccagioni upatruje równoległość pomiędzy wzmożeniem napięcia tętniczego i przebiegiem choroby. Napięcie tętnic zależy od skurczu ścian, który znów powoduje skąpe moczenie: przez nerkę przechodzi wtedy mała ilość krwi; serce zaś jest nieprzygotowane, nieprzerosłe, a zatem zwalczyć nie może oporu obwodowego, mocz staje się bardzo nasyconym. Z tego powodu autor stosuje obfite ławatywy z roztworu fizyologicznego soli, aby zwiększyć ilość moczu, morfinę, chloral, bromki — jako leczenie dodatkowe, za podstawowe uważając wstrzykiwania kwasu karbolowego.

Villard w przypuszczeniu, że bezpośrednią przyczyną śmierci w tężcu bywa wyczerpanie się skurczów mięśniowych wskutek ciągłego drażnienia przez zbyt wielką ilość jadu, radzi je zwalczać chloretonem.

Autor ten w taki sposób uratował 5 chorych, podając chloreton w słabym alkoholu do wewnątrz, lub w ciepłej oliwie przez odbytnicę. Chorzy zasypiali zwykle co najmniej na pół godziny, skurcze ustępowały na 12—16 godzin.

Tęzec próbowano również leczyć solami magnezu i wapnia. Wstrzykiwania siarkanu magnezowego stosowali u człowieka śródrdzeniowo w tężcu przyrannym, nawet powtarzano u tego samego chorego kilkakrotnie te wstrzykiwania, np. u pewnego siedmioletniego dziecka zrobiono w ciągu 13 dni 11 wstrzyknień. Za każdym razem natychmiast rozkurczały się mięśnie zupełnie, a czasami występowała śpiączka, objawy te jednak znikały po 20—30 godzinach bez śladu.

Z pośród sposobów przeciwtoksycznych stosowano jeszcze leczenie wyciągami tkanki nerwowej i cholestearyną. Działanie

zawiesiny mózgu królika wypróbowali na zwierzętach Wassermann i Takaki; odnośne spostrzeżenia w tężcu u człowieka podali Krokiewicz, Schramm, Kadyi, Żupnik.

Almagia w r. 1905, badając, jakie substancje systemu nerwowego ośrodkowego wiążą się z toksyną tężcową, doszedł do przekonania, że lecytyna i cholestearyna posiadają własności wiązania toksyny. W r. 1907 Almagia i Mendes przedstawili dwóch ludzi, wyleczonych z tężca wstrzykiwaniami cholestearyny; jeden z tych przypadków należał do bardzo ciężkich. Leczenie zaczyna się od wstrzykiwania 1—2% zawiesiny, i stopniowo dochodzi się do 1,5 cholestearyny na dobę. Liczby tych spostrzeżeń są zbyt małe, aby sądzić było można o skuteczności środka.

Na podstawie podanych wyżej prac, dotyczących leczenia tężca, dochodzimy do wniosku, że byłoby ze wszech miar rzeczą pożądaną i pożyteczną wypróbowanie w leczeniu tej choroby kwasu karbolowego, który tak bardzo zachwalał włośi, a o którym wśród naszego ogółu lekarskiego prawie się nic nie wie. Zwłaszcza lekarze prowincjonalni nie byłoby w tych razach tak bezradni, nie mając w posiadaniu surowicy, która, zresztą, już przez zjazd chirurgiczny berliński w r. 1906 uznana została za środek dobry, lecz tylko w celu zapobiegania tężcowi.

PIŚMIENNICTWO.

1. Bönitsch. Serumtherapie bei Tetanus. Münch. med. Woch. 1909, № 37.
2. Bruno. Due casi di tetano curati con le iniezioni sottocutanee di acido fenico. Il Policlinico. 1911, fasc. 12.
3. Canannes. Sérothérapie antitétanique. Journ. de méd. et de Chir. 1909, c. 6.
4. Caminiti. Il Policlinico. 1909, f. 50.
5. Cati. Un caso di tetano traumatico curato con metodo Baccelli. Il Policlinico. 1911, f. 12.
6. Chattat. Sérothérapie antitétanique. La semaine méd. 1909, № 43.
7. Choupin. Sérothérapie antitétanique. Presse méd. 1909, c. 89.
8. Chłapowski. Z fizjologii i farmakologii wapnia i magnu. Nowiny Lek. 1910, z. 4.

9. Conforti. Su tre casi di tetano traumatico. Delirio posttetanico. Il Policlinico. 1909, f. 43.
10. Cordero. Un caso di tetano guarito colle iniezioni di acido fenico alle Baccelli. Il Policlinico, 1911, f. 12.
11. Crespolani. Un caso di tetano traumatico curato col modo Baccelli. Il policlinico. 1909, f. 40.
12. Drevet. Tetanus traité à l'aide des injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie. Gazette des hôpitaux. 1909, № 13.
13. Eisler und Pribram. Tetanusantitoxin. Handb. der Technik und Methodik der Immunitätsforschung. 1908, Bd. I, 1909, Bd. II.
14. Finzi. Tetano e cura Baccelli. Il Policlinico. 1911, 12.
15. Flügge. Aetiologie und Prophylaxe der Wundinfektion. Zeitschr. für Aertztliche Fortbildung. 1910, № 17.
16. Foschi. Il Policlinico. 1909, f. 15.
17. Geneo. Il Policlinico. 1907, f. 50.
18. Heilmeyer. Zur Antitoxinbehandlung des Tetanus. Münch. Méd. Woch. 1910, № 12.
19. Jakowski. Upusty krwi i wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej w tężcu. Medycyna. 1908.
20. Kolle und Wassermann. Handbuch der Pathogenen Mikroorganismen. Berlin. 1904.
21. Krokiewicz. Dalsze przypadki tężca urazowego, leczone wstrzykiwaniami podskórnymi zawiesiny mózgowej. Gazeta lekarska. 1900, № 20.
22. Kreuter. Zur Serologie des Tetanus. Arch. f. klin. Chir. 1909, Bd. 90.
23. Mahon-Dillon. Treatment of traumatic Tetanus by Antitoxin Serum. Brit. Med. J. 1909, oct. 9.
24. Mazzuoli. Il Policlinico. 1909, f. 15.
25. Meone. Un caso di tetano curato con metodo Baccelli. Il Policlinico. 1911, f. 12.
26. Palese. La cura alla Baccelli nel tetano. Il Policlinico. 1909, f. 4.
27. Paoli. Injections intraarachnoid. du sulfate de magnésie dans le trait. de tetanus. La sem. méd. 1909, № 39.
28. Paton. Prognosis in tetanus. Brit. Med. 1909, Aug. 14.
29. Piccagioni. L'acido fenico nel infezione tetanica. Il Policlinico. 1909, f. 15.
30. Paolini. Tetano e acido fenico. Il Policlinico. 1911, f. 12.
31. Pitt. Tetanus treated with Antitoxin. The Lancet. 1909, Aug. 14.
32. Pochhammer. Exp. Untersuchungen über die Entstehung des Starrkrampfes und die Wirkung des Tetanustoxins im menschlichen und tierischen Organismus. Volksmanns klin. Vortr. № 520, № 522.
33. Richardson. Tetanus after surgical operations. Br. med. 1909, Apr. 17.
34. Roberts. Treatment of Tetanus. Brit. med. Journ. 1909, May 8.
35. Sawamura. Arbeiten aus d. Institut zur Erforschung d. Infektions Kr. in Bern. 1909, H. 4.

36. Schneider. Serumtherapie des Tetanus. Münch. Med. Woch. 1909, № 19.
 37. Simon. Zwei mit Antitoxin „Höchst“ behandelte Fälle von schwerem Tetanus mit günstigem Ausgang. Münch Med. Woch. 1909, № 44.
 38. Solieri. Sulla profilassi antitetanica a mezzo della iniezione preventiva di siero antitossico. Il Policlinico. 1909, f. 50.
 39. Stromeyer. Ein Beitrag zur Lehre vom kryptogenetischen Tetanus. Münch. Med. Woch. 1910, № 32.
 40. Wiedemann. Tetanus traumaticus mit Antitoxin „Höchst“ und Blutserum eines geheilten Tetanuskranken geheilt. Münch. Med. Woch. 1911, № 15.
 41. Willand. The treatment of tetanus by chloretone. Annals of surgery. July, 1909.
-

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Calot. *Leczenie gruczołów szyjnych.*

C. obecnie jest stanowczym przeciwnikiem t. zw. doszczętnego usuwania gruczołów chłonnych gruczołowych, albowiem, po pierwsze, operacja wywołuje oszpecenie, co nieraz u kobiet równa się kalectwu, dalej—wcale nie chroni od nawrotów; nieraz odnosi się wrażenie, że pobudza do dalszego zjawiania się gruczołów. Nawet najlepszym operatorom przytrafiają się przytem uszkodzenia niepożądane, np. nerwów. A przecież, podług C., można niemal zawsze osiągnąć wyleczenie gruczołów szyjnych bez blizny, trzeba jednak do tego obustronnej cierpliwości.

Według autora, przeważna liczba, bo niemal $\frac{2}{3}$ gruczołów, ma skłonność do wessania się, jeżeli stosujemy przytem i leczenie ogólne i usuwamy przyczynę miejscową powiększenia się gruczołów. Inne gruczoły znów ropieją, a nie wielka jest liczba gruczołów twardych, na które i tak mamy sposób, mianowicie C. wstrzykuje w nie po kilka kropli płynu, złożonego z karbolu, kamfory naftolowej, terpentyny i karbolu siarczanego (aa). Powstaje potem zwykle ropień, który leczymy dalej zachowawczo, podobnie, jak zimne ropnie, mianowicie wstrzykując w nie po wypuszczeniu ropy 2—20 ctm³. mieszaniny:

Rp.	Aether.	30,0
	Creosot.	5,0
	Guajacol.	1,0
	Jodoform.	10,0
	Ol. olivar.	70,0

W leczeniu tem należy zachowywać pewne ostrożności, co uchroni nas od następnych przetok. Przedewszystkiem postępować należy jałowo. Do odkażania skóry nadaje się znakomicie jodyna.

Następnie używać należy igieł, o ile możności, cienkich. Jeżeli treść gruczołu jest serowata, wtedy wstrzykujemy trochę rozczynu, używanego do rozmiękczenia gruczołów twardych,

lub, co lepiej, 2,0 gm. naftolu kamforowego, rozpuszczonego w 12,0 gliceryny.

Igieł nie należy wbijać prosto w gruczoł, lecz skośnie, i to z przesunięciem skóry, tak by otvorek skóry nie leżał nad gruczołem. Następne nakłucia, wykonywane w miarę potrzeby co kilka dni, robimy z nowych punktów.

Zwykle 7—8 nakłuć wystarcza do wyleczenia tak, że leczenie trwa 1—2 miesięcy; w przypadkach gruczołów twardych — dłużej, naturalnie.

Trud, jednak, opłaca nieraz znakomity wynik, za który chorzy są nam dozgonnie wdzięczni.

W razie całego pęku gruczołów twardych robimy kilkakrotnie wstrzykiwania, i rozmięczamy częściami, co zwykle też, wprawdzie wolniej, prowadzi do celu.

W ten też sposób leczyć można i sprawy przetokowe.

Leczenie to ma liczne zalety. Prócz tego, że nie daje blizn, z czasem tworzących nieraz szpetne keloidy, jest ono nie bolesne i łatwe tak, że może je niemal każdy lekarz przeprowadzać.

Liczne ilustracye potwierdzać mają zapatrywania autora. (*Le Monde Medical* № 418).

A. KLĘSK.

Brandes. *O stosowaniu trypsyny w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.*

Dotychczasowe wyniki stosowania trypsyny w gruźlicy chirurgicznej nie są bardzo korzystne. Przeważnie pochylnie wyrażają się autorowie o leczeniu ropni zimnych, natomiast w innych cierpieniach: kości, torebek, gruczołów, otrzymywano wyniki mniej pomyślne. Wogóle, podług Sohlera, leczenie trypsyną ma następujące wady: preparat sam jest nieraz nie czysty i łatwo rozkłada się, dalej — nieraz wywołuje objawy toksyczne, a wstrzykiwania są bolesne.

Autor, na mocy swego doświadczenia, nie może znów tak ganić leczenia trypsyną. Bezwarunkowo w wielu przypadkach, zwłaszcza zimnych ropni, trypsyna leczy nawet tam, gdzie już przedtem kilkakrotnie stosowano bez skutku jodoform. Jest też ona bezwarunkowo wskazana tam, gdzie np. chory jodoformu nie znosi.

Trypsynę jednak stosować należy ostrożnie, bo czasem niszczy ona i tkankę zdrową, prowadząc do przetok.

Obecnie mamy już preparaty czyste, w postaci jałowych 10% rozczyнів w rurkach Freunda i Redlicha, lub zachwalany preparat amerykański firmy Fairehild Bros-Foster z Nowego Yorku.

(*Munch. med. Wochenschr.* № 28, 1911).

A. KLĘSK.

Czerny i Caan. *Doświadczenia ze salwarsanem w guzach złośliwych.*

Salwarsan okazał się skutecznym i w wielu innych cierpieniach prócz kiły, a że nieraz w przypadku nowotworu reakcja Wassermanna jest dodatnia, postanowili autorowie próbować tego leczenia w przypadkach nowotworów, nienadających się do operacyi. W ten sposób też leczyli 12 nowotworów: 7 raków, dwa mięsaki, 3 przypadki choroby Hodgkina.

Najlepszy wynik osiągnięto w dwóch przypadkach mięsaków, gdzie i reakcja Wassermanna była zarazem dodatnia. Najmniejszy skutek był w chorobie Hodgkina, podczas gdy w rakach tu i owdzie spostrzegano zmniejszenie się guzów w czasie leczenia. Natomiast bardzo często spostrzegano wybitną poprawę podmiotową, zwłaszcza co do bólów, nawet tam, gdzie morfina ani na chwilę nie skutkowała. Już sam ten fakt przemawia na korzyść salwarsanu. Szkodliwych wpływów nie zauważono nigdy.

Tam więc, gdzie zwłaszcza reakcja Wassermanna jest dodatnia, leczenie salwarsanem uważają autorowie za zupełnie słuszne, zwłaszcza w mięsakach. Leczenie to jednak należy przeprowadzać na razie tylko w zakładach i u osób niebardzo wynędzniałych.

Dawkę stosować należy kilkakrotnie i to śródżylnie i miejscowo w guz.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 17. 1911).

A. KLĘSK.

Werner i Caan. *Elektro- i radioterapia na usługach leczenia guzów złośliwych.*

Doświadczenie kliniczne domu samarytańskiego w Heidelbergu wykazuje, że $\frac{3}{4}$ nawrotów nowotworów zaczyna się od miejsca operacyjnego, a nieraz odnosi się wrażenie, że nowotwór zostaje jakby wszczepiony w tkanki, np. w kanały szwów, kikuty mięśni i t. p.

Widać z tego, że wycinanie tkanek nożem w stadyach późniejszych nie zawsze może usuwać z otoczenia ognisk chorych, a nieraz je tam operacja wnosi. Nic też dziwnego, że oglądamy się ciągle za sposobami niszczenia tkanki rakowej w inny sposób.

Przedewszystkiem starano się leczyć rany pooperacyjne z pomocą piorunowania, termopenetracyi i promieni Röntgena. Co do piorunowania, to wprawdzie nie można mu odmówić tu i owdzie korzystnego działania, mimo to wyniki, osiągnięte w Heidelbergu, nie są zbyt świetne. Lepsze już wyniki osiąga się przez rentgenizowanie rany po wycięciu guza, względnie — wyskrobaniu. Także nieraz wartościowe usługi oddaje Röntgen

przed operacją guza, na razie do operacji się nie nadającego, celem zmniejszenia, względnie — uruchomienia tegoż.

W przypadkach, gdzie z powodu rozmiarów guza można operować jedynie tuż na granicy zdrowej, okazało się bardzo korzystnym, „elektryczne wycinanie z pomocą igły Foresta“.

Sposób ten polega na przedzieleniu tkanek z pomocą elektrycznego łuku światła, wychodzącego z elektrody w kształcie nożyka, a pochodzącego z prądu o wysokim napięciu.

W ten sposób w domu samarytańskim operowano 90 nowotworów, przyczem w 49 przypadkach (dość jeszcze krótki czas obserwacji) osiągnięto bardzo dobre wyniki. Także sposób ten nadaje się bardzo dobrze do leczenia toczenia.

Natomiast, naturalnie, sposób ten nie chroni od nawrotu, gdy już operuje się w chorem, ale za to przy operacjach na granicy w zdrowem bardzo często chroni od nawrotu i nie rozsiewa tkanki nowotworowej w otoczeniu.

Natomiast zwykle rezygnować należy ze szwu, co zwykle, wobec następowego leczenia rany promieniami Röntgena, nie jest wielkiem nieszczęściem.

Także nadzwyczaj cenną okazała się kombinacja wycinania igłą Foresta i termopenetracji. Ta ostatnia jest przeciwwskazana w razie sąsiedztwa wielkich naczyń. Tkanę zwęgloną usuwa się ewentualnie w pewien czas na ostro.

Także w razie niemożebności wycięcia guza w całości stosuje się termopenetrację, a potem wyskrobuje, lub naodwrot. W guzach wewnętrznych udaje się osiągnąć wynik przez odsłonięcie takowych operacyjnie i udostępnienie działaniu promieni X lub radu.

Nawet w razie przerzutów trzeba nieraz operować ognisko pierwotne, a to celem oswobodzenia chorych od bólów i gnicia. W razie sąsiedztwa naczyń stosujemy zamiast termopenetracji piorunowanie i wyskrobanie.

(Münch. med. Wochenschr. № 23, 1911).

A. KLĘSK.

Martin. *Ustawiczne wlewania soli kuchennej do odbytnicy; „lawatywa kropłowa“ pod kontrolą oka.*

Ustawiczne wlewania małych na raz ilości rozczynów soli kuchennej, czyli t. zw. lawatywa kropłowa, polecona w Niemczech przez Katzensteina, a w Ameryce przez Murphyego, pozwala nam wprowadzać do ustroju spokojnie bez zabiegu duże ilości płynów, bo 2—4 litrów na dobę. Nadzwyczaj pomocną przytem jest bańka szklana, łącząca irygator z węzem, a dozwalająca na spostrzeganie ciągłe kropli, spadających z irygatora, bez wyjmowania rurki z kiszki. Wlewania od strony kiszki mają wiele zalet, wyższych od wlewań podskórnych lub środ-

żylnych. Wprawdzie działają wolniej, ale za to systematycznie, nie przeciążają nigdy serca i układu krwionośnego, bo nadmiar płynu odchodzi ewentualnie na zewnątrz, a o potrzebnej ilości decyduje sam ustrój.

Wlewania te znajdują korzystne zastosowanie w zapaleniu otrzewnej, po operacjach, krwotokach, zapadach, otruciach, w ostrych chorobach zakaźnych i t. p.

W ten sposób można długi czas wlewać płyn. Zwykle wystarcza $1\frac{1}{2}$ —2 litrów dziennie. Czasem po 3—5 dniach ustaje wchłanianie, i wtedy trzeba zmniejszyć dodatek soli, ew. dodać trochę makowca (5 kropli) lub na pewien czas wstrzymać wlewanie. Do kiszki wsuwa się cewnik Nelatona około 20 numer. kalibru.

M. stosuje te wlewania obecnie także zapobiegawczo przed operacjami, celem zmniejszenia shocku operacyjnego.

(*Munch. mediz. Woch.* № 18. 1911).

A. KLĘSK.

Franke. *Operacyjne leczenie podagry.*

F. na mocy swego korzystnego przypadku zachęca bardzo w uporczywej podagrze, w razie gdy leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku i bóle są częste, operację, polegającą na odsłonięciu stawu i doszczętnem usunięciu części chorobowo zmienionych, przedewszystkiem zaś chrząstki stawowej. Ewentualnie wyciąć należy i cały staw, gdyż zabiegi paliatywne, jak proste wyskrobanie, nie prowadzą do celu i nawroty są rychłe.

Potem zakrywamy kość częścią powięzi szerokiej, wziętej z uda, i ustalamy na 10—12 dni, poczem zaczynamy ruchy celem zapobiegnięcia zarośnięciu stawu, choć i to ostatnie nie jest wielkiem nieszczęściem.

Zwykle po 3 tygodniach proces jest ukończony.

Nie dawno zaproponował autor także operacyjny zabieg w przewlekłych zmianach w stawie na tle influenzy.

(*Medizin. Klinik.* № 29. 1911).

A. KLĘSK.

Hofmeier. *Jodyna w praktyce chirurgicznej*

Autor przytacza szczegółowe dane historyczne, dotyczące się zastosowania jodyny w chirurgii, i wylicza różne sposoby jej użycia.

Dłużej zastanawia się nad przemywaniem jodyną. Autor dłuższy czas przemywał rany zgorzelinowe roztworem jodowym: na poczekaniu robiono roztwór z ciepłą wodą wyjałowioną. Zawsze po wyskrobaniu autor przemywał macicę i pochwę mocnym roztworem jodyny. Owrzodzenia żylakowe, przemy-

wane tym rozczyntem i okładane muślinem, nasiąkniętym tymże płynem, tracą odrażającą woń i zgorzelinowy charakter, i oczyszczają się. Po odjęciu piersi autor obmywa ranę przed zeszyciem gazą, zmoczoną gorącą wodą jodową, i na kilka minut przykładą kawał muślinu, tymże płynem nasiąknięty, do całej powierzchni rany: jest to dobry środek tamujący krew i odkażający.

W dalszym ciągu autor podaje kilka spostrzeżeń klinicznych, w których wybitnie występuje wartość jodyny, jako środka odwanającego i odkażającego.

Pierwszy przypadek. Kobieta, 32 l. wieloródka; po poronieniu. Autor widział ją w dziesiątym dniu choroby; znalazł objawy zakażenia ogólnego. Znalezione ropień w zatoce Douglasa i cuchnącą wydzielinę z macicy. Wyskrobano macicę i przemyto wodą wyjałowioną. Następnie otworzono ropień, z którego wylała się duża ilość cuchnącego płynu. Wprowadzono szeroki sążek gumowy do otworu i jamę przemyto mocnym rozczyntem jodowym; macicę również przemyto tymże rozczyntem. Woń natychmiast ustąpiła; te przemywania powtarzano 3—4 razy dziennie w ciągu 4—5 dni, kiedy nareszcie sążek usunięto i nastąpiło wyleczenie.

Drugi przypadek. Kobieta, wieloródka, 46 l. Rak macicy, który przechodził na pęcherz i na odbytnicę; wytworzyły się przetoki pęcherzowo- i kiszkwopochwowa. Używano różnych płynów odkażających, ale woń ustąpiła dopiero wtedy, gdy użyto wody jodowej. Przemywanie to było stosowane 2—3 razy dziennie z tym skutkiem, że woń prawie zupełnie znikła, i że obrzęk i złuszczenie warg ustąpiły, co sprawiło chorej znaczną ulgę. Vanverts radzi przemywać jamę otrzewnej rozczyntem Lugola (jodyny 1,20, jodku potasu 2,40, wody 23,0) celem wywoływania zrostów w chirurgicznych cierpieniach narządów brzusznych.

Skutki drażniące jodyny są niewielkie w porównaniu z jej własnościami leczniczymi.

Były notowane przypadki zatrucia, gdy czysta jodyna została wchłonięta po pędzlowaniu śluzówki pochwy i szyi. W jednym z tych przypadków skutek już po 6-ciu minutach był widoczny. Niebezpieczeństwo zatrucia jodyną może być łatwo usunięte, jeżeli zostanie zastosowane przemywanie sterylizowaną wodą, która rozpuszcza i unosi resztki jodyny; zresztą bardzo szybko wyrabia się odporność na ten środek leczniczy. Połączenie kwasu karbolowego z jodyną w równych częściach jest także używane; zauważono przytem, że karbol przeszkadza wchłanianiu jodyny.

(International Journal of Surgery. tom 24. № 1. 1911).

B. WEISBERG-BISZOWSKA.

Bürker. Nowa teoria uśpienia.

Teorii uśpienia mamy kilka. W r. 1847 w rok po podaniu uśpienia eterowego przez Mortona i Jacksona podali pierwszą teorię uśpienia Bibra i Harless. Podług nich, uśpienie polega na wylugowaniu tłuszczu z mózgu przez narkotyki.

Meyer i Overton twierdzą znów, że główną rolę w uśpieniu odgrywają lipoidy.

Podług Höbera, pobudzanie żywej protoplazmy polega na zmianie konsystencji i zdolności rozpuszczania kolloidów tejże, a mianowicie na rozluźnianiu tychże. Gromadzący się zaś w lipoidach komórek narkotyków wstrzymuje te procesy, a przez to wywołuje uśpienie.

W zupełnie innym kierunku poszły znów prace i teorie z instytutu Verworna.

Winterstein wykazał, że wśród uśpienia asymilacja tlenu w substancji nerwowej jest porażona, a przez to produkty rozkładowe nie zostają dostatecznie oksydowane i przez to powodują uśpienie. Reicher i Salkowski znaleźli wśród uśpienia we krwi zwiększoną ilość lipoidów, a także zwiększone wydzielanie acetonu, zwłaszcza w powietrzu oddechanem, a przy długich uśpieniach zwiększone wydzielanie amoniaku i zwiększoną kwasotę w ustroju, zwłaszcza nagromadzenie kwasu acetooctowego i oksymasłowego w moczu.

Mansfeld twierdzi znów, że lipoidy umożliwiają wnikanie tlenu do wnętrza komórki, narkotyków zaś wstrzymuje to wnikanie, działając na lipoid i wywołując przez brak dostateczny tlenu w komórkach nerwowych pewnego rodzaju duszenie się tychże.

Bürker zaś w swych badaniach przekonał się, że narkotyki chemicznie są w ustroju zupełnie obojętne; natomiast wobec korzystnych warunków zostają energicznie nagabywane przez czynny tlen i oksydowane. Przekonać się łatwo o tem można na dwóch woltametrach, jeżeli do jednego doda się eteru i prąd przepuści. Wkrótce już można widzieć, że w woltametrze z eterem gaz na katodzie poprostu bucha i ma znacznie większą objętość, niż w woltametrze kontrolnym. Na anodzie zaś przytem gromadzą się: tlenek węgla, bezwodnik kwasu węglowego, kwas octowy, jako produkty oksydacji eteru.

Tlen zaś w ustroju znajduje się w podobnie czynnej formie, jak na anodzie. Dalsze badania wykazały, że im silniejszy narkotyk, tem też silniej zużywa tlen przy elektrolizie do swej oksydacji.

B. stawia z tego następującą teorię narkozy. Narkoza powstaje przez to, że narkotyków z powodu rozpuszczalności w lipoidach gromadzi się głównie w układzie nerwowym. Nagromadzenie to znów powoduje zabieranie chemiczne tlenu, a przez

to niejako duszenie i porażenie fizyologicznej czynności tkanki nerwowej.

Przez oksydację narkotyku powstają produkty, powodujące zakwaszenie ustroju, a pośrednio zwiększone wydzielanie amoniaku, co uważać należy za proces neutralizacyjny.

Uruchomione i rozłożone tłuszcze i lipoidy mogą stać się źródłem obfitego wydzielania acetonu.

Tem też tłumaczyć sobie należy zgubne nieraz następowe działanie uspiania, groźne przypadłości w cukrówce po uspianiu i t. p.

Wogóle przemiana materii przy uspianiu jest zmieniona podobnie, jak i w cukrówce, zwłaszcza co do procesów oksydacji.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 27).

A. KLĘSK

Läwen. *O zastosowaniu nowokainy w roztworze sody i soli do znieczulenia miejscowego.*

Niedawno Gros zrobił spostrzeżenie, że znacznie pewniej i silniej działają dwuwęglany, niż chlorki środków znieczulających. Na mocy doświadczenia klinicznego potwierdza to Läwen w zupełności. Dwuwęglan np. nowokainy działa 2 — 3 razy silniej, niż chlorek. Przez ostrożne gotowanie dwuwęglanu jeszcze wzmacnia się to działanie, bo tworzy się węglan, posiadający jeszcze większe hydrolityczne własności.

Dwuwęglany nadają się znakomicie do znieczulenia w przewodnictwie (*Leitungsanästhesie*), np. przy rwaniu zębów, znieczulaniu nadoponowem Obersta itp.

Läwen poleca następujące roztwory:

I.	Natr. bicarb.	0,15
	Natr. chlor.	0,1
	Novocain.	0,6
	Aq. dest.	30,0
II.	Natr. bicarb.	
	Natr. chlor.	aa 0,2
	Novocain.	0,75
	Aq. dest.	50,0
III.	Natr. bicarb.	0,25
	Natr. chlor.	0,5
	Novocain.	1,0
	Aq. dest.	100,0

IV. Natr. bicarb.	0,15
Natr. chlor.	
Novocain.	aa 0,5
Aq. dest.	100,0

Znieczulenie występuje przytem znacznie szybciej i trwa dłużej.

Najczęściej np. do zębów, operacyi na palcach itp. używa L. rozczyntu № III (wystarcza 2—5 cm.³).

(*Munch. med. Wochenschr.* № 39. 1910).

A. KLĘSK.

Läwen. Znieczulenie miejscowe w operacyach nerek.

Autor zrobił na zwłokach spostrzeżenie, że po wstrzykiwaniu zabarwionych płynów można osiągnąć zupełne zabarwienie tkanek głębokich, a więc przestrzeni pozaotrzewnej i okolicy nerki.

Zużytkował to praktycznie do znieczulenia miejscowego w operacyach nerki. Do znieczulenia wystarcza zwykle 60—80 cm.³ 0,5—1% rozczyntu nowokainy.

Technika wstrzykiwania następująca: Najpierw wstrzykuje się z 4 punktów w linii, równolegle biegnącej do grzebienia kości biodrowej, a potem znowu w czterech miejscach w linii, przebiegającej na 2 ctm. obok wyrostków kolczystych, i przez to znieczula nerwy 12 międzyżebrowy i 1—3 lędźwiowy tuż przy ich wyjściu z kanału rdzeniowego, a w końcu znieczula się podskórną samo pole operacyjne. Wyżej zaś wspomniane wstrzykiwania robi się bardzo głęboko, wbija igłę aż do kości i potem, wstrzykując, cofa.

W ten też sposób można wykonać znieczulenie dla operacyi przepukliny pachwinowej, znieczulając wspomniane nerwy. Sposób ten jednak dla przepukliny nie ma wyższości nad zwykłym znieczuleniem miejscowym Brauna.

Podobne próby znieczulania przykręgosłupowego przeprowadzili już dawniej Corning i Sellheim. Ten ostatni podał nawet szczegółowo technikę.

Iglę wbija na 2—3 ctm. bocznie od linii środkowej grzbietu, skośnie ku dołowi i środkowi, aż mniej więcej w głębokości 3 ctm. dojdzie się do kości łuku kręgowego. Wtedy po brzegu łuku wchodzi się między dwa kręgi jeszcze na 1—2 ctm. głęboko, i następnie wstrzykuje.

Zdaje się jednak, że ta trudna technika jest zbyteczna, a wystarczą głębokie wstrzykiwania na 4—5 ctm. od linii środkowej, gdyż płyn dojdzie stąd dalej sam, odczekać należy jednak przytem najmniej 15 minut.

(*Munch. med. Wochenschr.* № 26. 1911).

A. KLĘSK.

Zeller. *Uśpienie skopolaminowopantoponowe.*

Autor rozporządza materiałem 1620 uśpień skopolaminowych, i z wyników jest bardzo zadowolony. Dawniej używał 0,0009 skopolaminy i 0,02 morfiny, obecnie zaś 0,0006 skopolaminy, a zamiast morfiny — pantoponu 0,04, który bezwarunkowo przewyższa tutaj morfinę, nie wpływa bowiem ujemnie na oddech.

Wstrzykuje w dwóch porcjach podskórnie powyższe dawki na 1 i 1½ godziny przed operacją, podczas której usypia eterem, zużywając tegoż do operacji półgodzinnej około 38 gramów.

Sen nie jest tak głęboki po pantoponie, jak po morfinie, ale zato chorzy potem czują się lepiej, i nie mają częstych po morfinie bólów głowy.

Sinica nie zjawia się, wiatry po laparotomiach odchodzą lepiej, brak okresu podniecenia, wymioty rzadko.

Braun poleca jeszcze przytem sztucznie zmniejszać krążenie.

(*Munch. med. Wochenschr.* № 25. 1911).

KŁĘSK.

Hertel. *Gumitropakokaina do znieczulenia lędźwiowego* *).

Swego czasu polecił Erhardt dodatek do płynu wstrzykiwanego celem znieczulenia do rdzenia w postaci gumy, a w ostatnich czasach kwasu arabidowego. Co do tego ostatniego autor nie ma jeszcze doświadczenia, natomiast dodatek gumy okazał się nadzwyczaj praktyczny.

Szef autora, prof. Klein w Monachium, używa do wstrzykiwania igieł złotych lub platynowych. Wstrzykuje zwykle pomiędzy 3—4 krąg lędźwiowy w pozycji siedzącej, poczem w razie operacji w pochwie i na międzykroczu chora siedzi dalej jeszcze 5 minut, a w cięciach brzucha przenosi się chorych zaraz na 5 minut w pozycję Trendelenburga. Ewentualnie kombinuje Klein znieczulenie rdzeniowe z zamroczeniem skopolaminowem.

Od chwili używania gumitropakokainy wyniki są znacznie lepsze. Zmniejszyła się liczba znieczuleń nieudanych i następne powikłania i przypadłości są bardzo rzadkie. Mimo to, w operacjach dłuższych trzeba pod koniec przystępować do chloroformu, lecz wtedy zużywa się minimalną tegoż ilość. Cza-

*) Termin „znieczulenie lędźwiowe“ obecnie nie ma już racji bytu, albowiem wstrzykuje się płyn obecnie przecież i znacznie wyżej, tak że jedynie znieczulenie rdzeniowe powinno być nazwą dominującą.

(*Przyp. streszczającego*).

sem wstrzyknięcie nie udaje się z powodu budowy kolumny kręgowej, lub też chorzy są tak nerwowi, że mimo tego, iż nie czują, nie dadzą się bez uspienia ogólnego operować.

Przy używaniu gumitropakokainy nie spostrzega się porażań, ani zaburzeń oddechowych, a nudności i wymioty występują znacznie rzadziej.

Mimo to wszystko znieczulenie rdzeniowe uważa autor za sposób pomocniczy, a nie główny, i w porównaniu z uspieniem ogólnem nie przedstawiający wcale mniej niebezpieczeństw.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 16. 1910).

A. KLĘSK.

Burchardt. *O uspieniu śródżylnem.*

Na mocy 250 uspień śródżylnych odpiera B. zarzuty, czynione tej metodzie.

Bötticher podniósł, że przy podniesionej ciepłocie (39° — 40°) 5% roztwór eteru wywołuje rozkład krwi i hemoglobinurę. B. absolutnie temu zaprzecza. Tak samo niesłuszny jest zarzut, że śródżylne uspienie eterem szkodzi nerkom. Szkodzić ono może o tyle, o ile wogóle dla nerek mają być szkodliwe wlewania śródżylne nawet środków obojętnych. Z tego też powodu unikać należy uspienia śródżylnego, jak i wdychowego, przy ciężkich zaburzeniach w nerkach.

Inni zarzucają znów metodzie, że ochładza organizm przez wprowadzenie do krwi roztworu o ciepłocie 28° . I to także jest niesłuszne, jak przekonali B. ścisłe mierzenia ciepłoty.

Również niesłuszny jest zarzut, że wlewania te wpływają niekorzystnie na ciśnienie krwi. O ile serce jest w porządku, dopiero po wlewie 2000 — 3000 cm.³ mogą wystąpić pewne zaburzenia. Unikać natomiast należy tego uspienia w zaburzeniach serca, zastoinach, ciężkiej żółtaczce i t. p.

Są i tacy, którzy zarzucają metodzie, że powoduje ona wśród i po operacji większe krwawienie z naczyń, a Schlimpert nawet dowodzi, że tkanki stają się przez to więcej napęczniałe, co utrudniać ma orientację, zwłaszcza w miednicy małej. Autor tego nie spostrzegął.

Tu i owdzie zdarza się, że chorzy nie zasypiają głęboko, ale to pochodzi z odporności na eter wogóle. Wprowadzać się powinno około 80 cm.³ co minutę. Najpoważniejszy zarzut przeciwko uspieniu śródżylnemu podniesiono, twierdząc, że często wywoływać ma ono zakrzepy i zatory. B. sprzeciwia się także temu, bo nie spostrzegął ani razu tych powikłań, pamiętać jednak należy o tem, by prądu płynu nie przerywać ani na chwilę. Niektórzy polecali w tym celu dodatek hirudyny. B. próbował tego, ale miał bardzo niekorzystne wyniki i absolutnie odradza dalszych prób, bo hirudyna jest środkiem niebezpiecz-

nym. W dalszym ciągu swej pracy omawia B. próby śródżylnego usypiania i innymi środkami w zastępstwie eteru.

Uretan wywołuje senność następową, trwającą nieraz do dwóch dni, i z tego powodu nie nadaje się do uspienia śródżylnego wcale.

Hedonal wywołuje senność, trwającą do 7 godzin, i czasem drażni nerki.

Chloralhydrat nie jest też środkiem obojętnym. Nerking i Schürmann polecają go wspólnie z uretanem, a Giani w mieszaninie:

Rp.	Chloral-hydrat	0,5
	Urethan	1,0
	Gumi	1,0
Sol. phys.	Natr. chlor.	100,0

Isopral w roztworze 1 — 2% daje za to uspienie spokojne i równomierne, a głębokie. Chloralamid wywołuje również zaślugi sen, weronal trudno rozpuszcza się w wodzie i daje złe uspienie, weronalnatrium jest łatwo rozpuszczalny, ale poraża często oddech, dawki nie dają się umiarkować.

Hedonalem śródżylnie usypiał chorych Fedoroff z Petersburga (0,75% płynu 300 — 700 cm.³), i miał osiągać dobre wyniki prócz kilku asfiksyi i następowych podnieceń. Natomiast przykra, ze względu na powikłania np. płucne, była długa senność (do 32 nieraz godzin). Borel spostrzegał po hedonalu białko w moczu, podobnie autor, stosując hedonal, w 10 przypadkach — trzy razy. Także nieraz wywołuje hedonal spadek ciśnienia krwi. Natomiast lepiej już znacznie działa kombinacja eteru z hedonalem.

Bardzo korzystne wyniki osiągał B. u ludzi przy stosowaniu isopralu, zwłaszcza, że wystarczają tu małe bardzo dawki.

Unikać należy jednak tego środka przy powikłaniach sercowych.

Najlepsze zaś wyniki (70 uspień) osiągnął B. przy kombinacji isopralu z eterem. Zaczyna isopralem, a w stadium tolerancji przechodzi do eteru. Unika się przez to podniecenia. Pamiętać należy przy uspieniu śródżylnem także o zapadaniu się języka. Uspienie śródżylnie powinno znajdować zastosowanie w następujących przypadkach:

1) zapady, 2) zapalenie otrzewnej z ciężkim przebiegiem, 3) wyniszczenia i krwotoki, 4) operacje na głowie i szyi, 5) operacje w ustach u dzieci, 6) powikłania przedoperacyjne w płucach.

(Münch. med. Woch. № 15. 1911).

A. KLĘSK.

Madelung. *O uśpieniach mieszanych i kombinowanych.*

W ostatnich czasach polecają coraz to więcej uśpienia mieszane, wzgl. kombinowane, a to na mocy spostrzeżenia, że środki, działające podobnie, sumują swe działanie podane wspólnie w małych dawkach, nie wywołując za to objawów np. zatrucia, i działają nawet pewniej, niż odpowiednio wielka dawka jednego ze składników.

Tak np. Honigmann twierdzi, że działanie chloroformu i eteru sumuje się a nawet powiększa, tak że znacznie mniejszymi dawkami kombinacji tych środków wywołać można ten sam skutek, co dużymi jednego z nich. M. przeprowadził w tym celu odpowiednie badania, lecz niestety, nie może tego potwierdzić, albowiem otrzymywał tylko działanie, odpowiadające jedynie sumie obu zużytych środków. Natomiast po poprzednim zastosowaniu morfiny i skopolaminy oszczędza się rzeczywiście bardzo wiele narkotyku, a odnosi się to tak do eteru, chloroformu, jak i nawet do gazu rozweselającego.

(Takie uśpienie przy znieczuleniu lędźwiowym, np. pod koniec tegoż lub w razie nieudania się, przebiega znacznie lepiej i osiąga się narkozę znacznie mniejszymi dawkami. (*Prz Streszcz.*).

(*Arch. f. experim. Pathalog. u. Pharmacol.* 62, V).

A. KLĘSK.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

Albert Gessen. *Pęknięcie wewnątrztrzewnowe torbieli jajnika.*

Pęknięcie torbieli jajnikowych jest powikłaniem dosyć częstym. Torbiele mogą otwierać się do rozmaitych organów brzusznych, obok leżących, lub nazewnątrż przez otwór w ścianie brzusznej.

Ponieważ pęknięcie torbieli prawie zawsze zależne jest od zmian w ścianie tejże, autor zaczyna od ogólnego przeglądu budowy tejże.

Najczęstszą grupę stanowią torbiele nabłonkowe, dalej idą torbiele mieszkowe, torbiele krwawe, torbiele wodunkowe i torbiele skórzaste.

Grubość ścian torbieli jest zmienna. W bliskości szypuły w ścianie torbieli lub w nasadzie przegrody pomiędzy komorami w torbieli wielokomorowej łatwo stwierdzić trzy warstwy:

zewnątrzną i wewnętrzną włóknistą, i środkową naczyniową komórkową, która maleje, w miarę oddalania się od nasady. Na zewnętrznej powierzchni torbiel jest pokryta nabłonkiem sześciennym, na wewnętrznej—nabłonkiem wielokształtnym: wałeczkowym, migawkowym lub kubkowatym.

Na stronie zewnętrznej torbiele, najczęściej gładkiej, można czasem spotkać nowotwory z tkanki łącznej i nabłonkowej, te ostatnie mogą wydrążyć się i tworzyć torbiele wtórne. Oba te rodzaje nowotworów mogą powstawać jednocześnie, rozszerzając się na narządy sąsiednie lub też wypełniać wnętrze torbiele, aż do jej pęknięcia. Nowotwory te mogą uleże zwyrodnieniu klejowatemu.

Ściany torbiele nabłonkowych zwyrodniają się w miarę, jak tętnica przestaje wskutek zakrzepu zasilać krwią daną okolicę; najczęstsze zwyrodnienia są tłuszczowe i zwapnienie. Tłuszczowe zwyrodnienie zaczyna się w warstwie nabłonkowej wewnętrznej i dosięga stopniowo warstw zewnętrznych; taki sam przebieg ma zwapnienie. Zawartość torbiele bywa przezroczysta lub mętna, mniej lub więcej krwawa, często klejowata; tworzy się ona z wydzielin nabłonkowych, przesiąku surowiczego, czasem i wylewów krwawych. W płynie torbielowym znajdujemy też komórki nabłonkowe, prawidłowe lub ziarnistotłuszczowe, ciała białe, krwinki czerwone, bryłki cholesterynowe i inne.

Ani badanie mikroskopowe, ani chemiczne płynu torbiele nie wykryło w nim nic, swoistego dla torbiele.

Torbiele skórzaste nigdy nie dosięgają rozmiarów torbiele nabłonkowych, choć czasami mogą być olbrzymie. Mogą być one jedno i wielokomorowe; zawartość oddzielnych komór może być różna.

Ściana ma budowę skóry, pokryta jest od wewnątrz naskórkiem nietkniętym lub częściowo złuszczonym, i zawiera wszystkie pierwiastki właściwej skóry. Jest ona gładka lub sfaldowana, bywa otoczona zewnętrzną osłoną włóknistą, od której ją oddziela warstwa tkanki na podobieństwo tkanki podskórnej.

Szypuła, długa w tej odmianie guzów, czyni je ruchomymi i usposabia do skręcenia się. Zawartość tych torbiele jest znana.

Pierwszy wyraził możliwość pęknięcia torbiele jajnika Spiegelberg w 1870 r. Od tego czasu statystyka wykazuje bardzo pokaźne liczby tego powikłania. Nepven wykazał w 1875—128 przypadków, Duffner w 1892 r. naliczył już 215, Storer w 1897 r. ogłasza 328 przypadków. Schroder sądzi, że pęknięcie torbiele jajnika jest zdarzeniem codziennem, lecz Spencer Wells na 500 zabiegów wycięcia jajnika znalazł tylko 12 pęknięć przedzabiegowych.

Wiek chorej jest tu bez wpływu. Jonkins opisał zapalenie otrzewnej wskutek pęknięcia torbieli jajnika u dziewczynki 3½ roku mającej, Young zaś przytacza przypadek pęknięcia torbieli u kobiety 79-letniej.

Wielkość torbieli nie stanowi szczególnego warunku, sprzyjającego omawianemu powikłaniu. W zasadzie, nadmierny i nagły rozrost torbieli może prędzej spowodować zwyrodnienie ściany lub łatwiej wystawić ją na skutki urazów; a jednak w praktyce przekonywamy się, że bardzo często pękają i małe torbiele.

Najczęściej ulegają pęknięciu torbiele skórzaste i nabłonkowe: na 99 przypadków było: 8 torbieli skórzastych, 31 torbieli wielokomorowych, 4—jednokomorowych, 8 brodawkowych, 5 krwawych, 10 międzywiciadłowych, 25 torbieli z płynem klejowatym, 6—zropiałych, 2—ze ścianami zwapniałymi.

Przyczyny, bezpośrednio wywołujące przedarcie ściany torbielowej, dzielą się na urazowe i samoistne.

1. Pęknięcie urazowe bywa wynikiem urazu zewnętrznego, wewnętrznego lub zabiegowego.

a) Urazem zewnętrznym bywa: upadek, kopnięcie w brzuch, wysięk, ucisk przez pas brzuszny;

b) Uraz wewnętrzny bywa spowodowany przez wysięk przepony lub inny, który może wywołać wzmożenie ciśnienia wewnątrz torbieli: wysięk mięśni, taniec, śmiech, wymioty, drgawki porodowe, zgięcie ciała, przewracanie się z boku na bok i t. d.;

c) Uraz zabiegowy najczęściej jest wynikiem nakłucia, mianowicie tam, gdzie ściana torbieli jest tak cienka, że trójkątne wywołuje raczej rozdarcie, niż przekłucie, lub też kiedy przyrząd ten nie jest dosyć ostry. Również mogą wywołać pęknięcie: mięsienie, nacieranie, mycie zbyt energiczne skóry brzucha przed operacją, badanie dwuręczne.

2. Pęknięcie uważamy za samoistne wtedy, gdy nie znajdujemy żadnej przyczyny zewnętrznej. Należy wówczas przypuszczać, że istnieją zmiany w samej ścianie torbieli, jako to: ścieńczenie ściany wskutek jakiegokolwiek zwyrodnienia, albo w grę wchodzi takie powikłanie, jak krwotok, ropienie w torbieli, skrócenie szypuły, zwiększenie ciśnienia wewnątrztorbielowego, albo też powikłanie połogowe.

a) Zwyrodnienie ściany torbieli tłuszczowe lub zgorzeli-nowe powstaje wskutek przeszkody w krwiobiegu, jak zakrzep w naczyniach, skrócenie szypuły. Torbiele z narostami nowotworowymi ulegają pęknięciu albo wskutek zwyrodnienia i rozmiękczenia tych wtórnych guzów, przez które płyn z wewnątrz torbieli przedostaje się do jamy otrzewnej prawie bez objawów klinicznych, albo też wskutek rozmnożenia się wewnątrztorbielowego tychże samych guzów aż do rozsadzenia ściany.

Zdarzają się dosyć często wielokrotne pęknięcia: Tillaux (1873) operował torbiel po 13-tu samoistnych pęknięciach niebolesnych, po których za każdym razem guz wracał do swoich zwykłych wymiarów.

b) Krwotoki wewnątrztorbielowe zdarzają się w połowie przypadków skręcenia lub wydłużenia się szypuły. Krwotok taki może być wywołany przez uraz zewnętrzny, przez nakłucie, lub zwyrodnienie ściany.

c) Ropienie torbieli bywa wywołane albo przez zakażenie torbieli miejscowe, lub też bywa tylko powikłaniem w ogólnym zakażeniu.

Skręcenie szypuły stanowi najczęstszą przyczynę pęknięcia torbieli. Jeżeli skręcenie jest powolne, to wywołuje od czasu do czasu obostrzenia zapalne, zrosty i krwotoki, powiększające objętość torbieli. Skręcenie nagłe daje zgorzel ściany.

Wszystkie okresy ciąży, jak również okres porodu i stan popołogowy mogą wywołać pęknięcie torbieli przez krwotok lub ropienie. Pęknięcie torbieli w tych okresach jest b. niebezpieczne.

Zawartość torbieli może wylać się do jamy otrzewnej, nie wywołując żadnych objawów — belesności, i innych. Bywa to wtedy, gdy rozdarcie ściany jest małe i płyn przedostaje się do jamy otrzewnej stopniowo i w umiarkowanych ilościach. W przeciwnym razie może nastąpić wstrząs z natychmiastowym zejściem śmiertelnym.

Najczęściej chora przechodzi okres przedwstępnych mniej lub więcej silnych bólów w brzuchu, które stają się ostrymi w chwili pęknięcia torbieli. Innym razem ból stopniowo wzrasta, i w chwili zabiegu chirurgicznego trudno zdać sobie sprawę, kiedy nastąpiło rozdarcie ściany.

Bólowi nagłemu nieraz towarzyszy osłabienie, które może dojść do omdlenia, lub nawet śmierci. Nieraz wtedy występują poty obfite, drgawki. Innym razem widać obraz podobny do zapalenia otrzewnej: uczucie niepokoju, duszność, tętno nitkowate, kończyny zimne.

Czasami obraz kliniczny przypomina duży krwotok wewnętrzny. Kiedy indziej pęknięcie przechodzi niepostrzeżenie, gdy stan ogólny był już dostatecznie zły, np. po uprzednim zakażeniu wewnątrztorbielowym.

Badanie stwierdza, że brzuch stracił swój wygląd kulisty, i wygląda, jak w puchlinie brzusznej. Obmacywanie wykazuje, że ciało kuliste i gładkie zapadło się i cofnęło w kierunku szypuły. Opukiwanie daje umiędscowienie stłumienia i odgłosu bębenkowego, podobne do tego, jakie widać w puchlinie brzusznej.

Oprócz powyższych objawów, chirurg, wezwany do chorej po pewnym czasie, znajduje tylko typowe objawy zapalenia otrzewnej, jeśli płyn wylany z torbieli był już zakażony. Innym

razem, gdy płyn ten jest bezgnilny, lekarz nie może zrobić należytego rozpoznania i jest skłonny uważać cierpienie za drobną niedyspozycję.

Wylany z torbieli do jamy otrzewnej płyn, o ile nie jest zakażony, powoduje obfite wydzielenie moczu—kilka do 20 litrów na dobę, biegunkę i poty. Z powyższego widać, że pęknięcie wewnątrzo-trzewne torbieli jajników może dać dwa główne obrazy kliniczne: prostej puchliny brzusznej, albo też ostrego zapalenia otrzewnej.

Gdy torbiel posiada płyn klejowaty, który z trudnością i powolnie wylewa się do jamy brzusznej, nie dając przytem typowych objawów puchliny (przelewania się płynu i t. d.), — właściwe rozpoznanie pęknięcia może być b. utrudnione. Nie raz można wziąć pękniętą torbiel z wylewem krwawym lub ropnym wewnątrzo-trzewnym za ciążę zewnątrzmaciczną, albo za duży ropniak jajowodu pęknięty.

Rokowanie w pęknięciu torbieli jajnika może być różne, zależne od przypadku. We Francyi przez pewien czas utrzymywano, że śmiertelność od pęknięcia torbieli bywa znaczna i równa się 50% i wyżej.

Jednocześnie w Niemczech Schroeder uważał rokowanie w pęknięciu torbieli jajnika, jako w powikłaniu codziennem, za zupełnie pomyślne; Spencer Wells na 12 przypadków przezeń operowanych miał tylko jedno śmiertelne zejście. Później poglądy autorów francuskich zmieniły się. Spostrzeżenia, podane przez autora, przemawiają na korzyść pomyślnego rokowania, o ile płyn torbielowy nie jest zakażony; pęknięcie torbieli skórzastej bywa często dla chorej fatalne. Po pęknięciu torbieli zakażonej z objawami zapalenia otrzewnej rokowanie zależy od stopnia ogólnego zatrucia ustroju w chwili zabiegu, czyli że wyniki mogą być dobre lub złe, i że żadnego absolutnego prawidła w tych przypadkach niema.

Pęknięcie torbieli krwawopęcherzykowej najczęściej bywa nieszkodliwe, może jednak spowodować śmierć przez wpływ krwi lub zapalenie otrzewnej. Po pęknięciach mogą powstać zrosty torbieli z sąsiednimi narządami, co może być źródłem niedrożności jelit, lub bardzo żywych bólów. Torbiele przyjajnikowe po pierwszym pęknięciu najczęściej zupełnie zasklepiają się; — w innych odmianach torbieli po pierwszym pęknięciu najczęściej następują inne, dając wielokrotne wylewy, które, jakkolwiek nieszkodliwe same przez się, mogą w końcu wyczerpać chorą lub zakazić się; wielokrotne obostrzenia zapalne otrzewnej dają zrosty z torbielą, które utrzymują rozdarcie otwarte. W torbielach wielokomorowych następne pęknięcia mogą być niebezpieczne pomimo, że pierwsze przeszły bez groźnych objawów; tłumaczy się to tem, że zawartość różnych komór może być różna i posiadać różne własności trujące.

Po pęknięciu torbieli brodawczakowej mogą brodawczaki rozsiać się po całej otrzewnej i dać przerzuty odległe. Rokoowanie pęknięcia w czasie ciąży jest zawsze poważne. Wielokrotny wylew płynu torbieli do jamy otrzewnej może wywołać poronienie. Okres połogowy dużo posiada warunków, sprzyjających zakażeniu zawartości torbieli, więc pęknięcie w owej chwili może być niebezpieczne.

Najskuteczniejszym leczeniem jest usunięcie torbieli.

Ciąża nie może stać na przeszkodzie do wycięcia torbieli jajnika.

(Rozprawa, Bordeaux. 1909).

B. WEISBERG-BISZOF-SWERDEROWA.

Jacques Luncz. *Leczenie krwawień i włókniaków macicy za pomocą wyciągu gruczołu piersiowego.*

Zdaniem autora, gruczoł mleczny należy do gruczołów o wydzielinie wewnętrznej.

Znany jest związek gruczołu mlecznego z narządami płciowymi. Wczesne usunięcie jajników wpływa hamująco na rozwój gruczołu mlecznego, usunięcie zaś tego ostatniego nie przeszkadza rozwojowi narządów płciowych, oraz nie bywa powodem bezpłodności. Wrodzony brak sutka idzie w parze z brakiem jajników, lub jajnika odnośnej strony. Dawniej sądzono, że łączność ta odbywa się drogą nerwów, lecz doświadczenia Goltza, Ewalda, Ribberta i innych wykazały myłność tego twierdzenia. Związek czynności tych dwóch gruczołów przypisują obecnie działaniu wydzieliny wewnętrznej gruczołu płciowego.

Rozwój nadmierny gruczołu mlecznego w czasie ciąży jest wywołany, zdaniem niektórych autorów, wpływem ciała żółtego. Z chwilą jednak, kiedy następuje zanik ciała żółtego, czynność jajnika ustaje na cały dalszy przebieg ciąży, oraz pozostaje ograniczony w okresie karmienia; natomiast gruczoł mleczny właśnie w tych okresach staje się najbardziej czynnym. Jednym z wybitnych objawów choroby, znanej pod mianem przerostu sutka, jest zmniejszenie się lub zupełny brak peryodu, pochodzący z zaniku czynności gruczołu płciowego. Uregulowanie czynności jajnika wywołuje zmniejszenie się przerośnięcia gruczołu mlecznego.

Na zasadzie stwierdzonego przeciwnictwa gruczołu płciowego i tarczowego, oraz faktów, przytoczonych wyżej, można przypuszczać współdziałanie gruczołu tarczowego i mlecznego. W samej rzeczy, autor przytacza przypadki, gdzie wobec zaniku gruczołu tarczowego przerośnięte gruczoły mleczne, działając zastępczo, przeszkodziły wystąpieniu objawów charłactwa. Sutek jest również w związku z innymi gruczołami o stwier-

dzanej wydzielinie wewnętrznej, co potwierdza, zdaniem autora, istnienie swoistej wydzieliny wewnętrznej gruczołu mlecznego, może nie koniecznej, lecz użytecznej do podtrzymania harmonii ustroju.

Rozwój włókniaków jest związany, zdaniem wielu autorów, z zaburzeniami czynności wydzielniczej jajników. Toteż od dawna czyniono próby leczenia guza pośrednio przez oddziaływanie na gruczoły płciowe.

Bell w Glasgowie (1896) pierwszy raz zastosował wyciąg gruczołu mlecznego w leczeniu włókniaków macicy. Wynik był bardzo pomyślny: ustąpienie krwawienia, zmniejszenie się guza. Następnie leczenie to było wypróbowane przez szereg autorów, przeważnie amerykańskich. Spostrzeżenia dowodzą, że w bardzo wielu przypadkach działanie jest szybkie i skuteczne, jakkolwiek są przypadki, nie poddające się wpływowi leczenia. W każdym razie ta metoda leczenia nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i powinna być stosowana, jako leczenie przygotowawcze, jak również w przypadkach, gdzie niemożliwy jest zabieg operacyjny.

Doświadczenia na zwierzętach stwierdziły, że wyciąg gruczołu mlecznego obniża ciśnienie krwi, oraz działa swoisto na mięśnie macicy i, wywołując skurcze, powoduje zanik włókien mięśniowych oraz naczyń krwionośnych. Spostrzeżenia powyższe każą przypuszczać dwojakie działanie lecznicze wyciągu: na czynność wydzielniczą jajnika, oraz na włókna mięśniowe macicy.

Bardzo dobre wyniki leczenia wyciągiem gruczołu mlecznego, jak stwierdzają liczne obserwacje, daje „Ataxie ovarienne” Jayle’a, spotykana tak często u młodych dziewcząt w wieku dojrzewania i związana z niedokładnością czynności jajnika oraz innych gruczołów.

Krwawienia w okresie przekwitania, zależne również od nieprawidłowej czynności gruczołu płciowego, ustępują pod wpływem leczenia wyciągiem gruczołu mlecznego.

Leczenie to było również stosowane w krwawieniach poporodowych, spowodowanych nieprawidłowem położeniem macicy, lub jej zapaleniem.

Autor zapisuje zwykle po 0,50 w opłatkach 2 razy dziennie po jedzeniu. Dawkę można zwiększyć lub zmniejszyć w granicach od 0,25 do 1,0, stosownie do wskazań. Przy zaburzeniach miesiączkowania leczenie rozpoczyna się na 10 dni przed peryodem, oraz na 3 dzień miesiączki do końca jej trwania. Przy włókniakach należy stosować wyciąg prawie bez przerwy w przeciągu długich miesięcy.

(*La Gynecologie* №.№ 4, 5, 6. 1911).

M. KASPEROWICZOWA.

Seitz. *Hormony jajnikowe, jako przyczyna wzrostu mięśniaków.*

Wzrost i powiększenie się macicy zależą od stanu jajników. Po kastracyi macica kurczy się, przy aplazji jajników brakuje często macicy lub jest szczątkowa, przy menopauzie występuje też starcza inwolucja macicy. Jeżeli usunie się jajniki i wszczepi je w inne miejsce, to inwolucji macicy niema, o ile jajniki przyjmą się. Podobny związek panuje też między mięśniakami a jajnikami. Dotąd nie spostrzegano mięśniaków przed okresem dojrzewania płciowego; mięśniaki rozwijają się dopiero po dojrzaniu, zwykle po 30-ym roku życia. Także po menopauzie nie rozwijają się mięśniaki, o ile przedtem nie istniały, a nieraz istniejące zmniejszają się.

Frenholme i Hegar wykazali, że przez kastrację możemy wpłynąć ujemnie na wzrost mięśniaków macicy i wstrzymać krwotoki, o ile niema trzeciego jajnika, lub też nie wyjęliśmy jajnika w całości. A nie chodzi tu tylko o samo odcięcie dożu krwi, bo po podwiązaniu naczyń z czasem, gdy krążenie uboczne powstanie, mięśniaki rosną dalej.

W połogu często mięśniaki w czasie zwijania się macicy ulegają zmniejszaniu się, lub i zgorzeli.

Przez zadziaływanie promieni Röntgena na jajniki, co powoduje zanik tychże, wywołać też możemy energiczną zmniejszanie się, a nawet zanikanie mięśniaków.

Natomiast menopauza u osób, cierpiących na mięśniaki, występuje później, co dowodzi, że jajniki funkcjonują tu więcej.

Fakty te dowodzą bezsprzecznie, że jajniki, a raczej ich hormony, mają bezpośredni wpływ na rozwój i wzrost mięśniaków macicy.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 24, 1911).

A. KLĘSK.

A. Bétrix. *Zachowawcze leczenie raka macicy.*

Leczenie kobiet z rakiem, nienadającym się do operacyi, zdaniem autora, powinno mieć na celu nie tylko zwalczanie przykrych objawów raka, lecz niszczyć tkanki rakowe i nawet starać się o rzecz dotychczas niemożliwą — wyleczenie zupełne.

W walce z głównym objawem raka — krwawieniem zastosowywano bardzo wiele środków.

Podwiązanie tętnic odnośnych nie dało w praktyce wyników dość pomyślnych. To samo da się powiedzieć o zastosowaniu leków, tamujących krew, lub przeciwnilnych. Wstrzykiwania działają na niewielkiej przestrzeni i nie mogą tamować rozwoju guza. W ten sam sposób i z podobnym wynikiem zastosowywano wyciągi gruczołów chłonnych, tarczowego,

trzustki i innych. Leczenie promieniami X również nie dało oczekiwanych wyników; w paru tylko przypadkach zauważono zmniejszenie wydzieliny i bólów, oraz bardziej powolny rozwój guza.

Promienie radium zmniejszają krwawienia, odór wydzielin znika, następuje powolny zanik guza. Niestety, jest to środek nazbyt drogi. Piorunowanie daje wyniki bardzo pomyślne dzięki małej odporności komórki rakowej, poddającej się łatwo działaniu czynników fizycznych, niszczących tkanki. Sposoby biologiczne są dopiero na drodze doświadczeń. O wartości „*electrocoagulation thermique*” Doyena autor nie wypowiada swego zdania.

Co do wyboru zabiegu, to zależy tenże od rodzaju przypadku. Powinno się tu mieć na celu nie tylko zwalczanie krwotoku i wydzielin, lecz i zniszczenie procesu rozpadowego. Znana jest mała odporność komórki rakowej na działanie gorąca; to też raki, nie nadające się do doszczętnego leczenia operacyjnego, powinny być traktowane przypalaniem, skrobienie zaś może być stosowane jedynie wobec obfitych, miękkich, łatwo krwawiących mas. Samo wyskrobienie bez następczego przyżegania może stać się bodźcem do przyspieszenia rozwoju guza. Niektórzy zalecają przyżeganie kwasem azotowym lub chlorkiem cynku, lecz autor uważa za najskuteczniejsze — żegadło, które tamuje całkowicie krwawienie i wytwarza mocny i twardy strup. Zabieg ten powinien być dokonany w głębokim uśpieniu, gdyż w tych warunkach jedynie można go dokładnie wykonać. Następnie wkłada się suchy opatrunek z jałowej gazy dermatologicznej lub bismutowej i pozostawia się go na 3 — 5 dni. Po 15 dniach, gdy wytworzony strup odpadł, można zastosować przyżeganie chemiczne stężonym kwasem azotowym lub chlorkiem cynku. Chore po zabiegu muszą pozostawać pod opieką lekarza, gdyż przy wydzieleniu się strupa możliwe jest krwawienie. Natychmiastowe wyniki powyższego postępowania są dobre: ustanie krwotoków, wydzielin, zmniejszenie się nacieczenia, uruchomienie macicy. Co do wyników na przyszłość, są one zmienne i zależą od stanu ogólnego chorej, wieku, oraz umiejscowienia nowotworu.

Zachowawcza operacja Saengera polecana bywa w raku kanału szyi i polega na usunięciu szyi macicy przy pomocy żegadła. 74 przypadków, operowanych przez Saengera, dały wynik zadowalający.

Przetoki kiszkwopochwowe nadają się do operacji Küstnera, polegającej na wytworzeniu szerokiej łączności pochwy z kiszka ponad zwieraczem odbytnicy, oraz zamknięciu pochwy od strony szpary sromowej.

Należy się w ciągu leczenia dbać o stan ogólny chorej, jak również o łagodzenie bólów narkotykami. Zwalczanie cu-

chnących wydzielin najlepiej da się skutecznie za pomocą suchych opatrunków, często zmienianych, z wyjałowionej gazy kseroformowej lub jodoformowej.

(*La Gynécologie* № 6. 1911).

M. KASPEROWICZOWA.

Stern. *Cięcie cesarskie na umarłej.*

Dotychczasowa statystyka cięcia cesarskiego na umarłej jest nie bardzo zachęcająca, a to z tego powodu, że, o ile lekarza wezwą w czas, robi on cięcie na żywej lub umierającej, lub też wzywają go już za późno. Schwarz w statystyce swej na 107 przypadków nie przytacza ani jednego uratowania dziecka, Dohrn podobnie na 90, Lange na 141 trzy razy, Heymann—na 190 pięć razy, a z nowszych najlepszą statystykę ogłosił Winckel, bo z 32—11 ocalań dziecka, i Dicke z 34 aż 19. Dziecko udaje się ocalić zwykle tylko wtedy, gdy u matki niema dłuższego konania—tylko śmierć nagła, i to zwykle tylko do 20 minut po nastąpieniu zgonu.

Operując, trzeba jednak pamiętać o tem, że śmierć matki może być pozorna, i dlatego należy postępować czysto i lege artis, bo były przypadki, że matka umierała potem dopiero wskutek samej operacji.

S. spostrzegał przypadek, gdzie dokonał, po stwierdzeniu śmierci matki, cięcia cesarskiego i dziecko wyratował. Nie chciał operować w agonii, albowiem nie mógł być pewnym aseptyki, a badanie wykazywało, że dziecko ma się dobrze, a nie jest przyjemne, gdy matka wśród operacji właśnie umrze i rodzina może mieć do lekarza pretensyę, kładąc śmierć na karb operacji.

(*Münch. med. Woch.* № 18. 1911).

A. KLĘSK.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 9 marca 1911 r.

1. *Kijewski F.* Przypadek bąblowca sterczu.
2. *Dobrowolski.* a) przypadek niedorozwoju dłoni i stopy,
b) przypadek zwężenia przelyku, leczony utworzeniem przetoki żołądkowej, wykonanem z pewną modyfikacją.
c) przypadek ropienia, wywołanego grzybką streptotrix (streptotrichosis).
3. *Stabholtz.* Przypadek raka krtani, leczony preparatem „antituman”.
4. *Stankiewicz Wł.* Przypadek guza zapalnego w jamie brzusznej.
5. *Rogosiński.* Przypadek martwaka czaszki pochodzenia kilowego.
6. *Krauze.* Przypadek oderwania łąkotki zewnętrznej stawu kolanowego.
7. *Mintz.* Rozszerzenie przelyku z powodu skurczu wpustu.
8. Rozprawy w sprawie odczytu Szerszyńskiego „O ropniach podprzeponowych”.

1. *Kijewski* przedstawia chorego, któremu wykonał operację skutkiem bąblowca gruczołu krokowego.

Bolesław Sm., lat 40, murarz, przed 5½ laty zaczął uczuwać trudność oddawania moczu, ból, szczególnie w okolicy szyi pęcherza moczowego, co trwało kilka miesięcy, i cierpienie samo z wolna uspokoiło się.

Przed 5 laty skutkiem zaburzeń kiszkowych zapisał się do szpitala, miał podobno guz w górnej części brzucha z prawej strony, uskarżał się na ból w brzuchu, wymioty i biegunkę. Po 3 miesiącach po obfitych wymiotach nastąpiła znaczna poprawa i chory z wolna wracał do sił.

Przed 3 laty Sm. poddał się operacji usunięcia guzów krwawnicowych. Po zabliźnieniu się rany Sm. nie uważał się za zdrowego. Ustawiczne zaburzenia kiszkowe, pewne niewielkie bóle podczas oddawania moczu, a niekiedy trudność, znievoliły go do ponownego szukania pomocy w szpitalu, dokąd też przybył — do oddziału Kij. 5 stycznia 1911 r.

Badanie wykazało, co następuje. Osobnik dobrego wzrostu, prawidłowej budowy, odżywiania miernego. W narządach klatki piersiowej badanie nie wykazało nic nieprawidłowego, w jamie brzusznej oprócz bolesności

w okolicy okrężnicy nie stwierdzić nie można było. Chory uskarżał się już to na zaparcie stolca, trwające po kilka dni, już to na rozwolnienie, 10—12 razy w ciągu dnia musiał oddawać wypróżnienie. Obecnie od 4 dni nie było stolca.

Po opróżnieniu kiszek zbadano kışkę stolcową. W miejscu, odpowiadającym gruczołowi krokowemu, znajduje się guz, wielkości 2 pięści dorosłego mężczyzny, kulisty, chęłbocący, o powierzchni dosyć gładkiej, przeważnie rozszerza się na lewą połowę ampulae rectalis i wypukła się do kışki stolcowej. Oddawanie moczu utrudnione, cewnika metalowego wprowadzić nie można, badanie moczu nie wykazuje ani białka, ani cukru.

Po odpowiednim wypłukaniu kışki stolcowej, rozszerzeniu zwieracza i możliwem odkażeniu błony śluzowej, wykonał K. próbne przekłucie, przy czem otrzymał płyn bezbarwny, niemal przezroczysty, lekko opalizujący, z kilkoma skrzepkami, które można rozróżnić okiem. Badanie drobnowidzowe wykazało części otoczek chitynowych oraz haczyki bąblowca. Reakcyja Weinberga ujemna.

D. 14 stycznia 1911 r. operacya w uśpieniu chloroformowem. Na kroczu cięcie półkoliste ponad otworem stolcowym. Kışkę odsunięto ku dołowi i po rozsunięciu części miękkich K. dotarł do samego guza. Przeciął warstwę rozciągniętego gruczołu krokowego i na głębokości 1 cm. otworzył jamę bąblowca. Usunięto znaczną ilość cieczy i wtórnych pęcherzyków bąblowcowych; jamę wypłukano 1% formaliną, badanie palcem wnętrza jamy wykazało liczne przegródki, które dzielą je na kilka komór.

Do jamy wprowadzono sączek i paski gazy wyjąłowanej.

W ciągu pierwszych kilku dni ciepłota ciała była podniesiona, dochodziła nawet do 39° C., stopniowo jednak wróciła do wysokości prawidłowej. Wydzielono z rany strzępy. Chory wraca do sił. Wielkość jamy szybko zmniejszała się, 10 marca 1911 r. nastąpiło zablżnienie, i chory opuścił szpital.

Kijewski oprócz chorego przedstawia preparaty bąblowca.

2. *W. Dobrowolski* przedstawia 3-ch chorych:

1) I. T., 12-letni chłopiec, z wadą rozwojową lewej ręki (zrost palców z wrodzonym brakiem IV i V palca) oraz prawej stopy (wrodzony brak IV i V). Wobec tego, że wielki palec lewej ręki jest złączony mostkiem skórnym z resztą niedorozwiniętych palców wzdłuż całego swego brzegu wewnętrznego, D. zamierza most ten przeciąć, aby w pewnej mierze ułatwić choremu ruchy chwytne niedorozwiniętą kończyną.

2) E. K., lat 27, z zawodu stolarz. Zwężenie przełyku po obżarciu tegoż łągiem potasowym w lipcu r. ub. Od połowy stycznia b. r. zupełna niemożność polykania nawet płynnych pokarmów. Wziernikowanie przełyku (kol. Gantz w oddziale doc. Janowskiego) wykazało bliznowe zwężenie tego kanału na wysokości 29 cm., a pośród zwężenia bardzo nieznaczny otwór. Przetyczka przełykowa № 6 zatrzymywała się w miejscu przeszkody, nie mogąc przejść po za nią. Ogólne osłabienie i upadek sił.

Powikłanie: w obu dolnych płatach płuc od tyłu rozsiane rzężenia i świsty. 26 stycznia r. b. utworzenie przetoki żołądkowej sposobem Ullmanna: wyciągniętą część ściany żołądka D. skręcił u jej podstawy na

180° i w tej pozycji wszął w ranę brzuszną (ściślej: przyszycie w tej pozycji do tylnego listka pochewki m. prostego). Wierchołek wyciągniętego stożka przecięto, i wprowadzono do żołądka cewnik Nelatona № 18. Za pomocą żywienia przez przetokę siły chorego zaczęły szybko wracać, stan ogólny uległ wybitnej poprawie. Rana skórna zagoiła się przez rychłozrost. Początkowo obok cewnika wylewała się nieznaczna ilość treści żołądkowej, obecnie zaś nic nie przedostaje się na zewnątrz. W 3 tygodniu po operacji D. zaczął systematyczne rozszerzanie przelyku, dochodząc obecnie do № 14 przetyczki.

Od pierwszych dni marca chory żywi się wyłącznie przez usta, pilyka nietylko płynne, lecz i papkowate pokarmy, a nawet siekane mięso.

Skóra naokoło przetoki zupełnie niezmienną.

W zakończeniu tego pokazu D. zaznacza, iż metoda Ullmanna, polegająca na wytwarzaniu śrubowatego przebiegu przetoki żołądkowej, daje wynik dobry i nie ustępuje pod względem swej wartości wielu sposobom wytwarzania przetoki żołądkowej, a nawet je przewyższa.

3) W. Z., rolnik, lat 38. Od pół roku ciągle tworzenie się ropni w przedniej części szyi; część tych ropni zabiłżniła się zupełnie, jeden zaś z nich pozostawił przetokę nad prawym obojczykiem. W połowie lutego chory zaczął kasłać, przyczem płwocina w ciągu dwu dni była mocno cuchnąca i zmieszana z krwią, poczem kaszel szybko zaczął ustawać i ilość płwociny znacznie zmniejszyła się.

W chwili przybycia do szpitala chory ujawniał stan podgorączkowy, w prawym płucu nad i pod obojczykiem znaleziono (kol. Bełkowski w oddziale d-ra Chelchowskiego) stłumienie bez wyraźnych zmian wysłuchowych. Nad prawym obojczykiem przetoka, z której sączy się rzadka ropa. Wzdłuż prawego brzegu tchawicy podłużny naciek. W górnej części mostka podłużnego kształtu ropień, który nakłuto i otrzymaną ropę z białawymi grudkami zbadano za pomocą mikroskopu — nic znamiennego dla promienicy nie znaleziono. Ani w płwocinie, ani w ropie nie wykryto łaseczek gruźlicy. Aglutynacja na las, gruźlicze nie wychodziła nawet w rozcieńczeniu 1 : 10.

D. 1-go marca r. b. operacja w znieczuleniu miejscowem: przetokę otwarto i wyskrobano, zmienione części miękie powycinano, toż samo zrobiono i po otwarciu ropnia na mostku. Wreszcie w celu otwarcia nacieku na prawej stronie tchawicy poprowadzono cięcie po wewnętrzny brzeg mięśnia mostkowosutkowoobojczykowego prawego — w nacieku obnażonym nie znaleziono żadnego ogniska ropnego.

We wziętej w czasie operacji do badania ropie wykryto (dr. Karwacki) obecność włoskowca (streptothrix), winowajcy owych ropni.

Przypadek niniejszy dla tego zasługuje na uwagę, że klinicznie robił wrażenie promienicy, oraz ze względu na samoistne opróżnienie się ropnia po tchawicy (cuchnąca płwocina z krwią). Dla chirurga, oczywiście, praktycznego znaczenia niema różniczkowanie pomiędzy ropniami promienicy i włoskowca.

3. *Stabholz*. Chory K., 46-letni, w lipcu ub. r. był operowany przez dr. Kijewskiego z powodu raka, zajmującego całą prawą połowę krtani. Po uprzedniem wytworzeniu przetoki tchawiczej dokonano mu rozszczepienia

krtani: wycięto struny głosowe z prawej strony, wszystkie części miękkie aż do chrząstki, chrząstki nalewkowe oraz część dolną prawej połowy nagłośni wraz z tkanką otaczającą, w której można było wyczuć dużo drobnych twardych guzików. Pacjent opuścił szpital we dwa tygodnie po operacji po zupełnem zabliźnieniu się rany

D. 7 lutego r. b. chory znów przybył do szpitala, uskarżając się na ból w gardle przeważnie z prawej strony podczas łykania. Wziernikowanie wykazało: śluzówka pozostałej lewej połowy nagłośni przekrwiona, nieowrzodzona. Blizny na miejscu wyciętem prawej połowy nagłośni oraz więzów prawego nagłośniowojęzykowego i nagłośniowonalewkowych zupełnie zdrowe. Natomiast cała podstawa języka wraz ze środkowym więzem nagłośniowojęzykowym przekrwione, nabrzmiale, mięsistej spistości, nieowrzodzone, łatwo krwawiące, bolesne przy dotykaniu zgłębnikiem. U samej podstawy języka, jak również na powierzchni więzu nagłośniowojęzykowego wyczuwa się oddzielne, rozsiane, drobne, twarde guziki.

Ponieważ, dla wielkości rozmiarów sprawy nowotworowej, na razie nie można było myśleć o jakimkolwiek bądź pomyslnym wyniku zabiegu chirurgicznego, za poradą dr. Kijewskiego S. zaczął stosować u chorego antituman Riedla.

St. podaje kilka szczegółów o tym nowym preparacie. W październiku ubiegłego roku ukazała się w „Deutsche Klinische Wochenschrift“ № 37 praca prof. Oestreicha pod tytułem „Ein neuer Versuch der Behandlung des Krebses“. Autor na szeregu sekcji stwierdził, że ze wszystkich tkanek jedynie ściany tętnic i chrząstka nigdy nie podlegają zniszczeniu przez raka. Autor stara się objaśnić przyczynę odporności tych dwu tkanek. Przede wszystkim nie odgrywa tu roli znaczniejsza spistość wyżej wymienionych tkanek, bo, jak wiadomo, właśnie twarde kości są jednymi z najwięcej ulubionych miejsc przerzutów raka.

Swoisty sposób unaczynienia ścian tętnic, jak również zupełny brak unaczynienia chrząstki nie rozstrzygają również sprawy, ponieważ ściany żył, mające takie samo unaczynienie, co i ściany tętnic, w przeciwieństwie do tych ostatnich ulegają bardzo często zakażeniu rakowemu. Wyłączwszy te dwie przyczyny, autor zatrzymuje się na tem, że, prawdopodobnie, skład chemiczny ścian tętnic i chrząstki sam przez się chroni te tkanki od zakażenia rakowego. Wychodząc z tego założenia, autor zaczął czynić badania, jaka mianowicie składowa część wyżej wymienionych tkanek nie sprzyja rozrostowi komórek rakowych, niszczy je zupełnie, lub przynajmniej zubożnia niewątpliwie wydzielany przez nowotwór, a bliżej jeszcze nam nieznany jad.

Na podstawie swych badań, których szczegółowo nie podaje, prof. Oestreich zatrzymał się na kwasie siarczanochondroitinowym, mianowicie na jego soli sodowej (natrium chondroitinosulfuricum). Wypuszczony przez Riedla pod nazwą antitumanu preparat jest właśnie 2,5% roztworem natrii chondroitinosulfurici w wodzie przekroplonej z domieszką 0,01%—eucaini do każdej ampułki, zawierającej 4 ctm.³ roztworu natrii chondroitinosulfurici.

Oestreich radzi wstrzykiwać antituman pod skórę do dowolnie obranego miejsca w ciągu pierwszego tygodnia po jednej ampułce 2 razy dziennie

(St. dla zbyt wygórowanej ceny wstrzykiwał tylko raz dziennie po jednej ampulce).

Po 4 tygodniach należy przerwać leczenie na 1—2 tygodnie, następnie znów wstrzykiwać preparat, jak poprzednio, w ciągu 4 tygodni. Zaleca Oestreich stosowanie swojego preparatu przedewszystkiem po każdym zabiegu operacyjnym z powodu raka, a to gwoi zapobieganiu przerzutów tam, gdzie nie można liczyć na powodzenie zabiegu chirurgicznego.

St. nie wylicza wszystkich objawów, jakie zwykle towarzyszą wstrzykiwaniu antitumanu, odsyłając do pracy prof. Oestreicha. Nadmieniam tylko, że to wszystko, o czem mówi ostatni, w zupełności sprawdziło się w przebiegu stosowania antitumanu na siedmiu chorych szpitalnych. Nie mówi również St. o wartości tego nowego zabiegu leczniczego, gdyż, jak zaznacza, spostrzeżenia jego są przedewszystkiem nieliczne, natomiast podaje kilka szczegółów z historii choroby przedstawianego chorego, aby dowiedzieć, że Oestreichowska metoda zasługuje na wypróbowanie.

Już po pierwszym wstrzyknięciu można było stwierdzić duże przekrwienie i obrzmienie na całej podstawie języka, zajętej przez nowotwór. Obrzmienie to po dalszych wstrzykiwaniach wzmagало się stale. Po 6—7-em wstrzyknięciu obrzmiałe miejsce zaczęło pokrywać się szarym, brudnym nalotem, a miejsce, odpowiadające oddzielnemu rozrzuconym guzikom, głównie na więzie środkowym nagłośniowojęzykowym, zaczęły ulegać głębokiemu rozpadowi, i wydzielać się stopniowo wraz z płwociną.

W chwili obecnej na miejscu guzków pozostały dziury o czystym dnie, które z wolna zaczynają zablizniać się. Jaki będzie dalszy przebieg sprawy, trudno na razie przewidzieć. Dodaje tylko St., że przed wstrzykiwaniem antitumanu chory uskarżał się na ogólne osłabienie i szybko charłaciał, obecnie zaś czuje się znacznie lepiej i z wolna przybiera na wadze. A takiego choćby nieznacznego wyniku nie widział St. po stosowaniu antimeristemu Schmidta i innych zalecanych środków przeciwrakowych.

4. *W. Stankiewicz* przytacza spostrzeżenie chorej z guzem zapalnym jamy brzusznej.

Chora J. S. lat 39, mężatka, wstąpiła do szpitala Ewangelickiego d. 5 listopada 1910 r. z powodu dolegliwości, doznawanych w brzuchu. Wzrostu średniego, budowy prawidłowej, cery bladej, narządy oddychania i serce w porządku. tętno 86, oddechów 24, ciepłota 39,1. Język obłożony, pragnienie, łaknienie słabe, stolce zaparte. W jamie brzusznej w okolicy pępkowej na prawo od tegoż guz wielkości pomarańczy, nieco rozlany, o powierzchni gładkiej, dość twardy, nieco ruchomy, przy pociskaniu nieco bolesny. Brzuch lekko wzdęty, okolica kiszek ślepej swobodna, na ucisk niebolesna, pomiędzy guzem i dolnym brzegiem wątroby odgłos bębniasty; takież odgłos wypukuje się na przebiegu poprzecznicy i w okolicy żołądka. Ze strony macicy nic nieprawidłowego, chora urodziła 8 razy pomyślnie. Nerki zdrowe, moc prawidłowy.

Chora nie przechodziła żadnej poważnej choroby prócz kolki żółciowej z żółtaczką przed kilku laty. Guz obecny zauważyła od roku, bez wyraźnej przyczyny, od czasu do czasu tylko doznawała tępych bólów i cza-

sem gorączki W ostatnich czasach guz zaczął znacznie powiększać się i to ją skłoniło do wejścia do szpitala.

W ciągu kilkudniowego spostrzegania i po zastosowaniu okładu ciepłego na brzuch, opróżnieniu kiszek i użyciu wody alkalicznej, ciepłota ciała spadła do 36,8, guz jednak nie zmniejszał się wcale, wobec czego przystąpiono do operacji 10 listopada.

Pod chloroformem cięcie w linii środkowej, sięgające powyżej pępka. Na guzie znaleziono poprzecznicę rozdętą i na znacznej przestrzeni sklejoną z powierzchnią guza. Jelita cienkie także umiarkowanie wzdęte, nieco przekrwione i skleione z guzem. Przy powolnem oddzielaniu jelit okazało się, iż powierzchnie złane pokryte były nalotem żółtawym, a jednocześnie z tych wzrostów zaczęło sączyć się nieco płynu ropiastego z guza. W miarę posuwania się w głąb, oddzielanie stawało się coraz trudniejszym a z powierzchni odkrytych występowało dość znaczne krwawienie.

Badając wszechstronnie jamę brzuszną, Stan. przekonał się, iż okolica kiszek ślepej nie miała żadnego stosunku z guzem; brzeg wątroby był zupełnie swobodny i pęcherz żółciowy nie wciągnięty w obręb guza; żołądek tak samo dał się swobodnie wymacać, jedynie cała masa guza wypełniała szeroką podstawą przestrzeń wzdłuż krezki. Z kilku miejsc, odpowiadających oddzielnym wzrostom, sączyło się nieco płynu ropiastego, nigdzie jednak wyraźnej jamy lub ogniska chelbacącego S. nie wyczuł.

Wobec tego, po dokonaniu toalety jamy brzusznej, St. wytamponował obnażoną powierzchnię guza, i ranę w większej części zaszył.

Przebieg w ciągu dni 10 był z gorączką lekką — do 38° najwyżej; potem wróciła ciepłota prawidłowa, rana szybko zaczęła goić się — chora odzyskała łaknienie, czując się z każdym dniem lepiej.

Po dwu tygodniach St. stwierdził znakomite zmniejszenie się guza, które postępowało stale tak, że w chwili wypisania chorej ze szpitala 12 grudnia St. wyczuwał zaledwie guz wielkości jaja w głębi brzucha.

Rozbiór mikroskopowy wyciętego podczas operacji kawałka guza wykazał charakter jego zapalny.

5. *Rogosiński*. Chory J. N., l. 28, został przysłany ze szpitala św. Łazarza 3 listopada 1910 r. do II A oddziału chirurgicznego szpitala Dz. Jezus z powodu objawów martwicy kości ciemieniowych na tle kiłowym. Zazalenie kił przed 6 laty. Przed rokiem rozpoczęło się próchnienie podniebienia twardego, nie poddające się leczeniu ręką, które ustąpiło po wstrzyknięciu salwarsanu. Od roku bóle głowy. Przy zbadaniu znaleziono na pokrywie czaszki i na czole chelbotanie ciastowate, pod skórą górnych powiek przetoki, przez które sączy się wydzielina brudna, cuchnąca.

D. 4 listopada 1910 r. zrobiono 3 podłużne cięcia na skórze głowy, usunięto sporą ilość cuchnącej wydzieliny. Excochleatio. Tamponatio

Obie kości ciemieniowe były zmartwiałe, martwak nie dał się wyjąć. Po 4 tygodniach poddano chorego powtórnie operacji: martwak udało się podważyć i usunąć. Pod martwakiem znaleziono młodą tkankę ziarninową.

Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny. Brak kości pokryła ziarni-

na, z której po 6 tygodniach od usunięcia martwaka wytworzyła się blizna twarda, jak młoda chrząstka. Rany skóry leczone maścią szkarłatową.

Chory opuścił szpital 28 stycznia 1911 r., mając na głowie niewielkie świeże blizny. W marcu stwierdzono, że na miejscu uległej martwicy kości wyczuwa się twarda pokrywa z wyjątkiem wąskiego paska, przebiegającego pośrodku na granicy obu kości ciemieniowych. Miejsce to ugina się przy uciskaniu.

6. *Krause*. Wogóle uszkodzenia łąkotek stawu kolanowego do rzadkości nie należą; u nas jednak z przypadkami takimi spotykamy się rzadko. W zeszlorocznym „Przeglądzie Chirurgicznym i Ginekologicznym” kol. Biesiekiński opisał przypadek pęknięcia łąkotki zewnętrznej stawu kolanowego lewego i oderwania się jej od przyczepu obok rozerwania się przyrzędu więzadłowego z następczem nadwichnięciem kolana po ciężkim urazie. Przypadek więc dość powikłany, po operacji odpowiedniej zakończył się pomyślnie. W przypadku Kr. miało miejsce jedynie tylko oderwanie łąkotki zewnętrznej lewego kolana bez żadnych jakichkolwiek uszkodzeń po nieznacznym urazie.

Dotyczy on 19-letniej chorej, która 1½ roku temu, chcąc wejść na krzesło, doznała silnego bólu w lewym kolanie i usłyszała chrzęst. Momentalnie kolano obrzmiało, chora po położeniu się do łóżka wyprostować kończyny nie mogła. Przeleżała wtedy kilka tygodni, poczem wstała, lecz zawsze, chodząc, czuła ból w kolanie na stronie zewnętrznej. Po kilku miesiącach zjawił się wysięk w kolanie, który wessał się po zastosowaniu okładów i kąpieli. Wysięk w kolanie zjawiał się kilkakrotnie i za każdym razem wysysał się po leżeniu w łóżku przez kilka dni i zastosowaniu okładów. W ostatnich tygodniach chora coraz gorzej chodziła, bóle pojawiały się często, mięsienie zaś, ani kąpiele nie pomagały.

Badanie za pomocą zdjęcia rentgenowskiego wykazuje jakoby nadłamanie kłykcia zewnętrznego piszczeli, przyczem odłam uległ zrośnięciu z pewnem przemieszczeniem jego łąkotki zewnętrznej. Wobec tego Kr. poradził chorej poddać się operacji, na co zgodziła się i zapisała się do jego oddziału w szpitalu. Badanie zewnętrzne stawu kolanowego prócz bólu przy ucisku żadnych zmian nie wykryło.

Dnia 2r grudnia r. z. otworzono staw kolanowy cięciem Textora w uśpieniu chloroformowem. Po otwarciu stawu kolanowego na pierwszy rzut oka nie niewątpliwego nie zauważono, chrząstki stawu prawidłowe, żadnego wysięku, żadnego odlamu, dopiero po mocniejszym zgięciu kolana można było zauważyć oderwanie tylnego przyczepu łąkotki zewnętrznej, łąkotka uniesiona nieco ku górze. Wycięto ją całą, nałożono następnie szew na torebkę stawową i na skórę.

Po operacji chora wskazywała na bóle, które po kilku dniach ustąpiły. Dnia 30 grudnia K. usunął szwy, rana zagojona przez rychłozrost. Kilka dni przez małą szparkę na końcu blizny wydzieliał się płyn stawowy.

D. 6 stycznia 1911 r. zaczęto stosować mięsienie i kąpiele, a 18 t. m. chora zaczęła chodzić przy pomocy drugiej osoby.

Obecnie kolano jest nieco zgrubiałe, rzepka ruchoma, kolano zgina

do kąta około 45° . Chora chodzi, nieco kulejąc. W ostatnich dniach chora chodzi lepiej i jest nadzieja, że po dalszem stosowaniu mięsienia i odpowiedniego aparatu czynność stawu jeszcze znacznie poprawi się.

Uszkodzenie łątki zewnętrznej daleko rzadziej zdarza się, aniżeli uszkodzenie wewnętrznej, która jest cieńsza, przyczepy jej są słabsze i luźniejsze.

Z odnośnej statystyki widać, że na 104 przyp. w 80 uległa uszkodzeniu łątko wewnętrzna, a w 15 zewnętrzna. Na 75 spostrzeżeń Morisona 65 przypada na łątkę wewnętrzną i 2 tylko na zewnętrzną.

Przyczyny, wywołujące uszkodzenia łątek, są przeważnie urazy i niekoniecznie znaczne. Występują one po mocnem zgięciu kolana, wtedy w szparę stawową dostaje się łątko i może łatwo być uszkodzona przez uraz; dalej po raptownem wyciąganiu mocno zgiętego kolana, a najczęściej po skręceniu forsownem uda.

Rozpoznawanie cierpienia nie zawsze jest łatwe. Ważną bardzo rzeczą w rozpoznawaniu jest wywiad. Zawsze w chwili urazu występuje silny ból w okolicy wewnętrznej lub zewnętrznej stawu. Gdy nastąpiło zwichnięcie lub oderwanie łątki z uwięzieniem między kłykcami stawu, badając natychmiast, wyczuć możemy płaskie ciało w szparze stawowej, od ucisku bolesne. W późniejszych okresach trudno odróżnić w mowie będące cierpienie od innych cierpień przewlekłych stawu kolanowego: ciała obce, synovitis hypertrophica, gościec i inne.

Bardzo pomocne w rozpoznawaniu są promienie Roentgena, chociaż i tu rozpoznanie może być mylne, jak to miało miejsce w przypadku, przez Kr. spostrzeganym. Na rentgenogramie widać szparę stawową zwężoną z powodu sfałdowania się łątki po oderwaniu jej przyczepu. Leczenie wobec trudnego rozpoznawania może być tylko operacyjne.

W przypadkach niepowikłanych można ograniczyć się do cięcia od więzadła rzepkowego ku zewnątrz lub wewnątrz; jeżeli nic nie widać, należy zgiąć kolano i goleń nieco skrócić, wtedy łątko nieco unosi się i łatwiej można zorientować się. W przypadku Kr. trzeba było uciesić się do zupełnego otwarcia stawu kolanowego, w przypuszczeniu, że istnieje uszkodzenie. W razie zwichnięcia łątek można odprowadzić zwichniętą łątkę. W świeżych przypadkach zranienia można nałożyć szew, najlepiej jednak łątkę usunąć. Wyniki są zwykle pomyślne, nie zawsze jednak otrzymujemy powrót do stanu prawidłowego. Lepsze wyniki co do sprawności daje usunięcie łątki wewnętrznej, prawdopodobnie dla tego, że główna czynność przypada na łątkę zewnętrzną, która jest grubsza i lepiej umocowana.

7. *Mintz* przedstawił 4 chorych, dotkniętych samoistnem rozszerzeniem przelyku i skurczem wpustu, pokazał rentgenogramaty tych przypadków i na posiedzeniu wykonał kilka prób z różnokolorowymi płynami (z kawą czarną i z błękitem metylenu), które dowiodły, iż powyżej i poniżej przeszkody, znajdującej się na 40 parę cm. od zębów siecznych, istnieją dwa nie łączące się ze sobą zbiorniki. Zbyt wielka na pozór odległość miejsca przeszkody, przewyższająca prawidłową odległość wpustu, często bywa

źródłem błędów rozpoznawczych. Znane są przypadki rozszerzenia przełyku, w których z powodu mylnego rozpoznania rozszerzenia żołądka wskutek zwięźnienia odźwiernika wykonano zespolenie żołądka z jelitem. Wobec tego należy w każdym przypadku, gdzie na zasadzie objawów podejrzewamy rozszerzenie przełyku, upewnić się przedewszystkiem, czy dolny koniec zgłębnika przełykowego tkwi w żołądku. W tym celu badamy chemiczne i fizyologiczne własności znajdujące się po nad przeszkodą zawartości (brak kwasu solnego i zacynow, często — obecność kwasu mlecznego, duża domieszka śluzu), dalej — wtłaczamy powietrze, śledząc, czy wraca przez usta, czy też rozdyma ściany żołądka, wreszcie — sprawdzamy wyniki badania wewnętrznego za pomocą diafanoskopii, ezofagoskopii i radiografii. Zwłaszcza ostatnia metoda ma ważne znaczenie dla rozpoznania różniczkowego między rozlanem rozszerzeniem przełyku z częściowem lub t. z. uczyłkiem w dolnej części przełyku.

Co się tyczy leczenia samoistnych rozszerzeń przełyku, to odróżniamy leczenie objawowe i przyczynowe. Objawowe polega na łagodzeniu najcięższych objawów, jakimi są zastój pokarmów i nieobojętna dla ustroju fermentacja w przełyku, oraz niedostateczne odżywianie. Pierwszy cel osiągamy za pomocą częstych płukań, drugi w ten sposób, że karmimy chorego raz lub kilka razy przez wprowadzony do żołądka zgłębnik, tam zaś, gdzie nie udaje się zgłębnika do żołądka wprowadzić, ograniczamy się do żywienia chorych przez odbytnicę, lub przez przetokę żołądkową.

Leczenie przyczynowe oparte jest na patogenecie omawianego cierpienia. Faktem jest, że prawie we wszystkich przypadkach samoistnego rozszerzenia przełyku stwierdzamy skurcz wpustu, mniejsza o to, czy jest on pierwotny, czy też wtórny; drugim niemniej ważnym faktem jest ten, że ze zmniejszeniem się lub ustaniem skurczu objawy utrudnionego połykania znacznie poprawiają się, lub znikają.

Stosowane w celu zmniejszenia skurczu wpustu środki apteczne, jak przetwory bromowe, atropina, kokaina i t. p., jak również zalecana przez niektórych galwanizacja, są zupełnie bezskuteczne.

W r. 1900 Mikulicz zastosował w przypadku skurczu wpustu metodę Hackera, t. z. Sondierung ohne Ende. Tą samą metodą posługiwali się Martin, Cahen, Kraska i Hacker, zawsze prawie z przemijającą poprawą. W r. 1903 Mikulicz po utworzeniu przetoki żołądkowej rozszerzał wpust pod kontrolą palców za pomocą kleszczyków aż do 12—13 cm., i w 6-ciu przypadkach otrzymał zupełne wyleczenie. Mikulicza naśladowali Ledderhose, Goldmann i Graff. Wilms, Bousdorf i Goldmann rozszerzali wpust tytko za pomocą palców. Rumpel i Jaffe zalecali częściowe wcięcie rozszerzonego worka. Sposób ten Reisinger zastosował w jednym przypadku z pomyślnym skutkiem.

Chcąc uniknąć tak poważnej operacji, jak wytworzenie przetoki żołądkowej, niektórzy klinicyści próbowali rozszerzać wpust od strony ust. Rosenheim, Plummer, Strauss, Wilms i Henle posługiwali się rozszerzadłem, zbliżonem do typu rozszerzadła wpustowego Schreibera. Gottstein udoskonalił to rozszerzadło w ten sposób, że balon składa się z 2 powłok gumo-

wych i trykotowej pośrodku, przez co zgłębnik nabiera większej sztywności.

Einhorn zbudował metalowe rozszerzadło i za pomocą tegoż otrzymał w jednym przypadku bardzo pomyslny wynik.

Fr. Kijewski, zabierając głos w rozprawach nad odczytem Szerszyńskiego w sprawie ropni podprzeponowych, mówi, co następuje:

Szerszyński przedstawił referat z kilku ostatnich prac francuskich i niemieckich, nie przytoczył spostrzeżeń własnych, nie robił wniosków, referat też jego właściwie do dyskusji nie nadaje się. Ponieważ jednak prelegent starał się przedstawić całokształt wiadomości obecnych o ropniach podprzeponowych, przeto K. pozwolił sobie zwrócić uwagę na niektóre punkty.

W referacie rzuca się w oczy zupełne pominięcie naszego piśmiennictwa, jakgdybyśmy nie brali zgoła udziału w tej sprawie, a istnieje w piśmiennictwie naszym cały szereg spostrzeżeń, komunikatów i kilka wcale dobrych obszerniejszych rozpraw o ropniach podprzeponowych, z materiału tego mógł obficie korzystać referent. K. przypomina spostrzeżenia Matlakowskiego (1889), Jawdyńskiego (1889), Jundziłła (1891), Grünbauma (1892), Wł. Brunnera (1893), Ehrlicha (1893), wyborną pracę Biegańskiego (1893), F. Kijewskiego (1894), Troczewskiego (1895), komunikat Szteynera, który operował ropień podprzeponowy sposobem Lannelongue'a, pracę Dziembowskiego (1905 r. — o rozpoznawaniu), spostrzeżenia Goldmanna (1907 r.). Nie śledzi K. zbyt bacznie za pracami w tym kierunku, przeto sądzi, że jeszcze możnaby przytoczyć kilka spostrzeżeń z naszego piśmiennictwa.

Co się tyczy cech rozpoznawczych, to w przypadkach większych wyśięków, szczególnie na prawej stronie, na klatce piersiowej przy opukiwaniu otrzymuje się linię łukowatą, sięgającą od przodu 4, a niekiedy nawet 3 żebra, a ku tyłowi opuszczającą się do 9 żebra. Z lewej strony większe zbiorniki ropy pod przeponą znoszą przestrzeń Traubego.

Wyżej wzmiankowana linia stłumienia nie zmienia się po zmianie położenia chorego, jeżeli zaś pod przeponą znajdują się oprócz ropnej zawartości i gazy, to na najwyższym punkcie po zmianie pozycji chorego otrzymuje się odgłos bębenkowy. Ponad linią stłumienia, przy nieobecności wysięku w opłucnej, wysłuchać można szmery oddechowe.

Większe zbiorniki ropy i umiejscowione ku przodowi łatwiejsze są do rozpoznania; bez porównania trudniejsza sprawa z małymi ropniami podprzeponowymi. Nakłucie próbne klatki piersiowej nie przedstawia zbyt wielkiego niebezpieczeństwa skutkiem wywołania odmy piersiowej, na którą referent zwraca uwagę. Wszak już od dawna przy operacjach na płucach Lowson of Hull wywoływał sztucznie zwolną odnę piersiową, i kiedy płuco opadło, otwierał swobodnie klatkę piersiową, Dollinger (1900 r.) zaś z Budapesztu proponował i sam otwierał klatkę piersiową w międzyżebrazach, wprowadzając do jamy opłucnej cienki sącdek na 1 dzień przed operacją na płucach.

Delagenière przedstawiał na zjeździe chirurgów francuskich w 1910 r. szereg chorych po operacjach na płucach, którym to chorym zawsze wy-

wolywał odnę piersiową i jest zdania, że odma piersiowa, wywołana zwolna, ostrożnie, nie powoduje groźnych następstw dla chorego.

Zgodzić się należy z poglądem referenta o szkodliwości i niebezpieczeństwie dla chorego nakłuwania ognisk zapalnych. Jeżeli ze strony wolnej jamy opłucnej lub otrzewnej przekłujemy otorbiony ropień, to z miejsca uklutego pod wzmożeniem ciśnieniem może, jak ze strzykawki, wypływać zawartość ogniska i być przyczyną groźnego zapalenia opłucnej lub otrzewnej, co spowodować może nawet śmierć chorego. Jeżeli już zachodzi konieczna potrzeba uciekania się do nakłucia próbnego, to wykonywać je należy albo bezpośrednio przed otwarciem samego ogniska, albo też wybierać takie miejsce, gdzie wypływ samowolny zawartości może być hamowany.

Wielkie ropne ogniska podprzeponowe unoszą przeponę ku górze, i ta dociera na znacznej przestrzeni do klatki piersiowej; obydwie listki opłucnej, pokrywającej wewnętrzną ścianę klatki piersiowej i przeponę, szczelnie przylegają do siebie. Jeżeli w tych warunkach nisko pod 9 żebrzem na linii pachowej wykonywa się nakłucie, to można uniknąć zaciekania ropy do jamy opłucnej.

Dalej wykonywać można nakłucie poniżej klatki piersiowej od tyłu pod ostatnim żebrzem, od przodu zaś ze strony jamy brzusznej w tych tylko razach można uciekać się do przekłucia, jeżeli mamy pewność, że nastąpiło sklejenie się otrzewnej na pewnej przestrzeni naokoło ogniska ropnego. Zauważyć należy, że pod tym względem łatwo popełnić błąd i nie znaleźć sklejin, jak to K. miał możność przekonania się na jednym z przez się operowanych przypadków.

Dalej, do cech rozpoznawczych zaliczyć należy także sztywność kręgosłupa — chorzy skutkiem bólu nie wykonują ruchów kręgosłupem.

O rozpoznawaniu ognisk ropnych, wychodzących z trzustki, przypomina to, co przed kilku laty mówił przy torbielach trzustki.

Ropnie podprzeponowe bywają otwierane ze strony klatki piersiowej, jamy brzusznej od przodu lub od tyłu, poniżej klatki piersiowej.

Operowanie przez klatkę piersiową, wycięcie żebra, przecięcie dwóch listków opłucnej i przecięcie przepony brzusznej ma tę niedogodną stronę, że może sprzyjać zaciekaniu ropnej zawartości do jamy opłucnej.

Już w roku 1894 K. wspominał, że prof. Kosiński w celu unikania następczego ropniaka opłucnej nie otwierał jamy otrzewnej, lecz na dwa listki opłucnej — przysięcenny i pokrywający przeponę — nakładał szczelny szew na przestrzeni 10 ctm. i następnie przeponę przekławał grubym trójgranicem, a po upływie 10 dni otwierał szeroko całe ognisko.

Operacja Lannelongue'a u nas była również wykonana przez Szteynera, a Faytt zajął się szczegółowem opracowaniem tej sprawy, badając przestrzeń pomiędzy opłucną i przeponą po usunięciu części łuku żebrowego, za pomocą licznych nastrzykiwań.

Wybór operacji zależy ściśle od umiejscowienia ogniska ropnego. Na zejście operacyjne ma wpływ ogólny stan chorego, który zwykle jest mocno nadwyreżony, rozległość zniszczenia, podstawowe cierpienie, powodujące ropień, a także powikłania.

Kryński podnosi jeden ze sposobów rozpoznawczych, służących do określenia siedziby i treści ropnia, a mianowicie — nakłucie próbne. Sposób to ważny, i dający bardzo ważne wskazówki, lecz należy go używać oględnie i przede wszystkim umiejętnie. Zdaniem Kr., nakłucia nadużywa się często i to ze szkodą dla chorego, albowiem w przypadkach przekłuwania przez jamę opłucną naraża się chorego na duże niebezpieczeństwo wylania się treści ropnej z pod przepony do jamy opłucnej.

Z tego więc względu przekłucie próbne winien robić chirurg tylko przed samą operacją, będąc zupełnie do niej przygotowany zaraz po wykonaniu nakłucia próbnego. Pozostawienie czasu dłuższego pomiędzy obydwoma tymi zabiegami stanowczo powinno być niedozwolone.

Sławiński. W początkowym okresie rozwoju ropnia podprzeponowego, zwłaszcza pochodzenia wyrostkowego, obecność płynu wysiękowego w jamie opłucnej wskazuje na umiejscowienie sprawy zapalnej, i niekiedy dopiero po dniach kilku wykryć można ropę pod przeponą przez nakłucie w tem samym miejscu, gdzie nakłucie poprzednie ujawniło płyn w opłucnej.

Sawicki. W przypadkach ropni podprzeponowych, umiejscowionych w worku sieciowym, powstałych wskutek zgorzeli trzustki, można do ropnia przedostać się od strony lewej łędźwi. Już Luschka w atlasie swoim podaje rysunek poprzecznego przecięcia tułowia na wysokości 12 kręgu grzbietowego, na którym to rysunku widać, że worek sieciowy na dość znacznej przestrzeni przylega bezpośrednio do okolicy łędźwiowej. S. sprawdzał to samo na trupach, wypełniwszy przed tem worek sieciowy gipsem. Powód do tych doświadczeń dał S. przypadek ropnia podprzeponowego, powstałego w worku sieciowym. S. próbował dotrzeć do niego od strony łędźwi. Po wykonaniu cięcia, przedostał się do otrzewnej, odluszczył ją na znacznej przestrzeni, lecz z powodu znacznej głębokości rany zaniechał tej drogi i poszedł od strony klatki piersiowej przez przeponę. Po opróżnieniu ropnia przekonał się, że i od strony łędźwi doszedł doń także. Wypadło tylko przebić cieniutką warstwę otrzewnej, by się do ropnia przedostać. Należało tylko wyciąć jedno żebro, rozszerzyć pole operacyjne, a wówczas dostęp do ropnia był dostateczny. To samo potwierdził drogą poszukiwań na trupach. Dolna część klatki piersiowej tworzy okap, utrudniający dostęp do ropnia.

Należy jedno lub dwa żebra wyciąć, a dostęp staje się zupełnie dostatecznym.

Szerszyński, w odpowiedzi na zarzut Kijewskiego, że nie powołuje się na autorów polskich, zaznacza: celem referatu było przedstawić sprawę ropni podprzeponowych w oświeceniu cenniejszych prac z ostatnich lat paru, dlatego uważał za zbyt liczne powoływanie się na prace autorów polskich z przed 15—20 lat.

Z powodu przemówienia Sawickiego Sz. przypomina badania Catza i Kendirdjyego, którzy za pomocą odlewów gipsowych dowiedli obecności i w worku sieciowym uchyłka śledzionowego, przylegającego po przez przeponę do tylnej, dolnej części klatki piersiowej na stronie lewej. Kórte radzi otwierać ropnie worka sieciowego na miejscu XI żebra ze strony lewej po uprzednim wycięciu tego ostatniego.

BR. SZERSZYŃSKI.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 24 lutego 1911 r.

1. *Neugebauer* przedstawił chorą wieśniaczkę, dotkniętą zniszczeniem przegrody pęcherzowopochwowej porodowego pochodzenia tak niezwykle, że, według jego zdania, operatorowi, aby chorą zwolnić od moczo toku, nie pozostanie nic innego, jak dokonać tak zwanego zaszycia pochwy wysokiego. Ponieważ operacja ta przez wielu fachowców uważana jest — za bezwarunkowo nie pozwoloną ze względu na jakoby zawsze fatalne jej następstwa późniejsze, *Neugebauer* zapytuje obecnych kolegów o ich zdanie, jaką drogą w danym przypadku można by uniknąć dokonania tej operacji, upraszając o osobiste zbadanie chorej na miejscu. Osobiście w danym przypadku w zaszyciu pochwy upatruje on ultimum refugium sanationis relativae dla nieszczęśliwej ofiary braku odpowiedniej pomocy akuszeryjnej we wsiach naszych. W danym przypadku poród u pierwiastki trwał 6 dni, zanim nareszcie został kleszczami ukończony przez lekarza. Fistula utero-vesicovaginalis profunda vasta cum stenosi secundaria cicatricosa vaginae infra fistulam. Wskutek bliznowego zwężenia pochwy nawet mały palec nie może dotrzeć do górnego odcinka pochwy, wzgl. do kloaki pęcherzowopochwowej, w której pogrążona jest szyja maciczna, wzgl. jej pozostałości.

W danej kwestyi *Neugebauer* już raz zabierał głos w sekcji ginekologicznej i dziś powołuje się na artykuł w *Medycynie*, ogłoszony w roku 1907, № 47: „Fistula utero-vesicovaginalis profunda. Hysterokleisis vesicalis. Sanatio. Kilka słów w obronie tej operacji w niektórych wyjątkowych przypadkach przetok moczowych“.

W dyskusyi zabierali głos *Monsiorski* i *Stankiewicz Czesław*.

2. *Ssteyner* przedstawił za nieobecnego kol. *Ślaskiego* chorą, operowaną w jego oddziale przez kol. *Ślaskiego* z powodu wycisowania macicy, trwającego od roku.

Maryanna K. lat 24, zamężna, urodziła raz jeden. Poród przyjmowała babka wiejska; po odejściu łożyska nastąpiło wycisowanie macicy, w następstwie czego zjawily się silne krwotoki maciczne, które trwały cały czas do przyjazdu do szpitala, czyli przeszło rok czasu.

Operacja dokonana sposobem *Küstner-Piccoliego*. Po otwarciu szerokiemi tylnym sklepienia przecięto macicę nożyczkami wzdłuż do samego dna, poczem odwrócono ją, a trzon zaszyto dwoma piętrami. Następnie po ułożeniu macicy we właściwej pozycji dokończono zeszycia szyi już przez otwór w tylnym sklepieniu, przesączkowano sklepienie, i nałożono 3 szwy na ranę zewnętrzną. W dwa tygodnie uzdrowienie całkowite. Położenie macicy w przodozgięciu. Jest to trzeci przypadek wycisowania macicy, operowany u nas w *Królestwie*.

W dyskusyi zabierał głos *Neugebauer*.

(Streścił mówca).

3. *Tymieniecki* przedstawił chorą po symphysitis purulenta. Chora J. W., lat 36, zamężna od 8 lat, urodziła 4 razy samoistnie, poronień nie było, w pierwszych dniach listopada 1910 r., będąc w ostatnim miesiącu ciąży, podczas kwaszenia kapusty szatkownicą uderzyła się mocno w podbrzusze, i z powodu silnego bólu zemdlała; w ciągu 2 tygodni stan pogarszał się: nie tylko chodzić, ale nawet ruszyć się nie mogła.

D. 17 listopada 1910 r. z powodu coraz silniejszych bólów, przypuszczając rozpoczynający się poród, została odwieziona do Instytutu Położniczego, gdzie d. 23 listopada, t. j. w 6 dni — samoistnie urodziła płód płci męskiej, wagi 3700, żywy, donoszony. Podczas pobytu w Instytucie stale wieczorami gorączkowała, nawet do 40°. Z powodu widocznego nacieczenia tkanek w okolicy kości łonowych w 12 dni po porodzie d. 5 grudnia 1910 została przepisana do oddziału chirurgicznego szpitala Dziec. Jezus. Tu znaleziono rozlany ropień w okolicy spojenia łonowego, idący więcej w lewą część podbrzusza, stan gorączkowy. D. 6 grudnia pod chloroformem przecięcie: wypłynęło dużo cuchnącej ropy; na dnie rany widać rozejście się spojenia łonowego tak szerokie, że można włożyć 2 palce w rękawiczce na głębokość około 3 ctm.; nieznaczne obnażenie kości łonowej lewej. Następne leczenie przez zwykłe sączkowanie. C. spadła natychmiast. Stopniowo stan poprawił się, w miesiąc zaczęła chodzić. Zagojenie pełne. Dolegliwości żadnych. Chodzi b. dobrze. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że, pomimo ropienia w tak blizkiem sąsiedztwie, stan ten nie wpłynął ujemnie na poród, ani na okres poporodowy, i że w skutkach swych nie pozostawił żadnych śladów, gdyż chora chodzi bardzo dobrze.

(Streścił mówca).

4. *Stankiewicz Czesław* omawia przypadek, w którym dokonał cięcia cesarskiego klasycznego z powodu obecności mięśniaka podsurowiczego, uwięzłego w miednicy małej, i stanowiącego bezwzględną przeszkodę porodową.

22-letnia kobieta, ciężarna po raz pierwszy, dostała bólów poporodowych w końcu 8-go miesiąca ciąży. Wezwany lekarz, kol. Wertenstem, stwierdziwszy u rodzącej obecność twardego guza w miednicy małej, skierował chorą do szpitala. Tu znaleziono guz, wypełniający całą prawą i część znaczną lewej połowy miednicy, bardzo twardy i zupełnie nieruchomy. C. prawidłowa, tętno przyspieszone, nieco powyżej 100. Wygląd rodzącej nędzny; wybitne ogólne osłabienie. Bóle słabe. Szyja macicy, różna na 2 palce, przesunięta mocno ku lewej ścianie miednicy. Pęcherz płodowy cały; do części przodującej dojść trudno. Położenie czaszkowe pierwsze. Płód żywy. Cięcie cesarskie klasyczne po wyłonieniu macicy i odpowiedniemu zaopatrzeniu jamy brzusznej serwetkami. Wody płodowe mętne, śluzówka macicy z lekkim odcieniem zielonkawym. Płód, urodzony w stanie śmierci pozornej, docucono; źle rozwinięty, bardzo wątyły, płci męskiej. Łóżysko, usadowione na tylnej ścianie, wyjęto natychmiast. Dwa piętra szwów węzłkowych struną chromową. Krwawienie naogół nie znaczne.

Następnie wydobyto z miednicy małej guz, który, jak się okazało, jest mięśniakiem podsurowicznym, wielkości główki noworodka, wychodzącym cienką szypułą z tylnej powierzchni szyi macicy. Guz był w mocnych zrostach z boczną ścianą miednicy małej i siecią. Po wyluszczeniu guza z miejsca przyrośnięcia zaczyna zlekka krwawić. Miejsce to przykryto paskami gazy wyjałowionej, której końce wyprowadzono nazewnątrz. Usunięto jeszcze dwa małe mięśniaki podsurowiczne, poczem ranę brzuszną zeszyto w jedno piętro. Chora po zabiegu czuła się nieźle, tętno jednak wciąż powyżej 100. Najwyższa ciepłota drugiego dnia po operacji: 37,6. Śród objawów tętna coraz bardziej przyspieszonego (do 130—140) na trzeci dzień wystąpiły wymioty żółciowe i żółtaczkowe zabarwienie spojówek. Język suchy; kończyny zimne, pomimo wlewań podskórnych rozczynu soli i wstrzykiwań kamfory. Paski gazy, włożone do jamy Douglasa, wydobyto z łatwością; przemoczone są wydzieliną surowicza. Jelita już zdołały skleić się wokół kanału, utworzonego przez gazę. Aby przekonać się, czy niema apalenia otrzewnej powyżej sklein, zdjęto dwa szwy w górnej części rany brzusznej: otrzewna jest lśniąca, bez śladów sprawy zapalnej. Paskiem gazy wyjałowionej wypełniono otwór powstały. Macicę rozszerzono Hegarami i w przeświadczeniu, iż zakażenie pochodzi stamtąd, wypełniono gazą jodoformową.

Następnego dnia upadek sił coraz większy. Chorą zabrano do domu, gdzie w kilka godzin potem nastąpiło zejście śmiertelne.

Przy przecięciu guza okazuje się, iż znaczna część jego, wielkości pięści kobiecej, położona ośrodkowo, podległa jest poczynającej się zgorzeli.

Przypuścić należy, iż przyczyną śmierci w danym przypadku było zakażenie gnilne (sepsis), istniejące, prawdopodobnie, już w chwili dokonania zabiegu, lecz nie rozpoznane (przyspieszone tętno, zielonkawy odcień śluzówki macicznej).

5. *Stankiewicz Czesław* przedstawia okaz ciąży zamacicznej jajowodowej prawostronnej oraz ropniak jajowodu lewego dość znacznych rozmiarów, jednocześnie usunięty u tejże chorej. W zwykłych objawach, właściwych ciąży zamacicznej, nastąpiło pęknięcie jajowodu w części środkowej, jaje płodowe wyszło do jamy brzusznej, trzymając się częściowo jajowodu, częściowo zaś przylegających do jajowodu zorganizowanych skrzepów krwi, i tu rozwijało się dalej. Jaje płodowe jest całe; owodnia nie naruszona; kosmówka mocno rozwinięta; wewnątrz pływa płód dwumiesięczny.

Przypadek dotyczy kobiety niezamężnej, lat około trzydziestu, która nie rodziła. Ostatnia miesiączka przed ośmiu tygodniami, w czasie jej coitus kilkakrotnie. W dwa tygodnie potem zaczęły się mdłości, a w pięć tygodni wystąpiło krwawienie umiarkowane z części rodnych, trwające do chwili operacji. Cięcie brzuszne. Usunięcie ropniaka bez naruszenia jego całości. Sączek gumowy do jamy Douglasa na 48 godzin, położenie Fowlera. Przebieg pooperacyjny nie powikłany.

D. N.

ZJAZDY LEKARSKIE.

I-y ZJAZD LEKARZY PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO W ŁODZI.

SEKCJA MEDYCyny CHIRURGICZNEJ.

I. Wykłady treści chirurgicznej.

S. Dobrucki (Lublin) „Sprawność szpitali prowincjonalnych Królestwa wobec najniezbędniejszych rękoczynów chirurgicznych“.

W większych miastach Królestwa szpitale są czynne pod względem chirurgicznym mniej więcej dobrze. Szpitale fabryczne są dobrze urządzone, personel ich jest dobrze uposażony, mają jednak nieduży materiał chirurgiczny. Większe szpitale, utrzymywane przez gminy, przedstawiają się dobrze, mniejsze — wyglądają lichy i posiadają liczne wady. Szpitale w małych miastach przedstawiają dużo do życzenia; najgorzej przedstawiają się urządzenia do wyjaławiania, czasami — brak ich zupełny; wobec takiego stanu rzeczy niema tam chirurgii wcale, albo jest prawie szczątkowa; wyjątek stanowią szpitale w Łasku i Kutnie.

Wnioski: Większe szpitale winny być ośrodkami dla mniejszych; te ostatnie powinny dawać tylko pomoc w przypadkach nagłych; chorych, potrzebujących zabiegu chirurgicznego lub ginekologicznego, odsyłać do szpitali dużych. Wobec przewidywanej większej płacy lekarzy szpitalnych powinny być podniesione wymagania co do przygotowania lekarzy.

Dyskusya. *Idzikowski* (Pruszków). Wiadomości, zebrane przez Dobruckiego w szpitalach małych, świadczą o ich smutnym stanie. Poprawić ten stan należy nie drogą centralizacji chirurgii, lecz dostarczeniem szpitalom małym wyrobionych chirurgów. Wogóle należy dążyć do tego, by ludowi dostarczyć pomoc chirurgiczną na miejscu.

Gelibter (Zamość). Mała frekwencya chorych w małych szpitalach zależy od tego, że lekarz nie potrafił wzbudzić do siebie zaufania. Posady lekarzy w małym szpitalu powinni zajmować tacy lekarze, którzy posiadają pewną znajomość chirurgii; wzbudzają oni większe zaufanie.

Wasilewski (Częstochowa). Należy powiększyć liczbę lekarzy szpitalnych do dwóch i lepiej ich uposażyć.

Sawicki (Warszawa) przeciwny jest zredukowaniu chirurgii prowincjonalnej do podawania pomocy tylko w nagłych przypadkach. Dzielny chirurg i w małym szpitalu rozwinie chirurgię. Co się tyczy polepszenia stanu szpi

tali prowincjonalnych, należy postarać się o to, nie czekając na wprowadzenie samorządu, należy tylko posuwać sprawę jednolicie.

Dobrucki odpowiada *Idzikowskiemu*, *Wasilewskiemu* i *Sawickiemu*, że w zasadzie zgadza się z ich postulatami, lecz w dzisiejszych warunkach są one nie do urzeczywistnienia.

Wiszniewski Eug. (Siedlce). „O gruźlicy chirurgicznej w szpitalu Najśw. Maryi Panny w Siedlcach w ubiegłym dziesięcioleciu“.

Na podstawie swego materiału szpitalnego, *W.* daje obecnie pierwszeństwo w leczeniu gruźlicy chirurgicznej — zabiegowi krwawemu. Wacxinoterapia zapewne w przyszłości znakomicie zmniejszy tu potrzebę leczenia chirurgicznego. Wyniki od stosowania zastoiny sposobem *Biera* otrzymał *W.* naogół nieszczegółne, głównie ze względu na potrzebę bardzo długiego teŹe stosowania. Po stosowaniu zawiesiny jodoformowej miał 80% polepszeń w gruźlicy stawu kolanowego, 50% — w gruźlicy otrzewnej, naogół jednak w przyszłość tego sposobu nie wierzy. Przyrządy ortopedyczne stosował rzadko. *W.* sądzi, że dla chorych z gruźlicą chirurgiczną winien powstać w odpowiedniej miejscowości szpital, zaopatrzony we wszelkie potrzebne środki do walki z chorobą.

Zaleski Al. (Płock). „Niektóre błędy w leczeniu gruźlicy chirurgicznej“.

W leczeniu gruźlicy chirurgicznej przedewszystkiem należy dać choremu warunki, niezbędne dla poprawy ogólnego stanu ustroju. Wyniki leczenia naszego dają o wiele lepsze widoki, dopóki sprawa pozostała zamknięta, a więc nie powikłana zakażeniem wtórnem. W zamkniętej sprawie gruźliczej często spokój chorego członka, dobre warunki higieniczne, opróżnianie systematyczne ogniska i wstrzykiwanie zaczynów proteolitycznych — trypsyny, jodoformu, tymolu kamforowego, chininy i t. p. — dają wyniki pomyślne, potrzeba tu tylko zaufania i cierpliwości chorego i wytrwałości lekarza. Jest zatem dużym błędem otwieranie ropni gruźliczych bez niezbędnej konieczności; może to prowadzić, w następstwie dołączającego się zakażenia wtórnego, do następstw nieobliczalnych, nieraz b. smutnych. Nawet gdy już powstaną przetoki, tracić nadziei jeszcze nie należy; i wtedy jeszcze wytrwałe stosowanie wstrzykiwań prowadzi do celu. Nieraz zachodzi potrzeba zmieniania środka wstrzykiwanego.

Dyskusya: *Kryński* prof. (Warszawa). Wybór postępowania w gruźlicy chirurgicznej winien zależeć od stanowiska społecznego pacjenta. U chorych biednych często zachodzi potrzeba zastosowania energicznego leczenia czynnego. O ile ropień gruźliczy jest już zakażony wtórnem, co uzewnętrznia się wysoką gorączką, może zająć potrzeba szerokiego otworzenia ropnia.

Goldman (Łódź) sądzi, że lepsze wyniki w szpitalach prowincjonalnych będą osiągnane w leczeniu gruźlicy, o ile lekarze szpitali prowincjonalnych będą lepiej wyrobieni chirurgicznie.

Watten (Łódź) dzieci leczy zachowawczo, u dorosłych zachowuje się bardziej czynnie. Pozatem ma tu wpływ decydujący i stanowisko społeczne chorego.

Sitkowski (Radzyń). Gruźlica chirurgiczna z ropniami u ludzi niez-

możnych winna być leczona przez doświadczonych chirurgów. Ortopedyczne leczenie za pomocą gipsu jest łatwe; szpitale prowincjonalne wobec dobrego zwykle powietrza nadają się bardzo na rodzaj małych sanatoryjów dla gruźlicy chirurgicznej.

Tomaszewski (Łódź) oświadcza się całkowicie na korzyść zachowawczego postępowania w wieku dziecięcym. Przyrzędy ortopedyczne w niezamożnej praktyce można bardzo dobrze zastąpić umiejętnie nałożonym opatrunkiem gipsowym; dla leczenia gruźlicy najważniejszym warunkiem jest spokój chorego stawu.

Sawicki (Warszawa). Na wskazania lecznicze w gruźlicy miejscowej wpływa wiele czynników: położenie społeczne i materyalne, wiek, rodzaj stawu. Często zachodzi potrzeba zmieniania wstrzykiwanych leków. W przypadkach gruźlicy skórnej (tophi scrophulosi) miał S. pomyślne wyniki od płynu Kolischer'a — roztworu kwasu fosforowego. Drogie przyrzędy ortopedyczne dają się zastąpić dobrze nałożonym opatrunkiem gipsowym. W ten sposób nieraz można skuteczniej leczyć gruźlicę w szpitalach małych, rozporządzających ogrodem i dobrym powietrzem, niż w szpitalach w dużych miastach. Zwraca S. uwagę na leczenie w ostatnich czasach gruźlicy stawów za pomocą wystawiania tychże na bezpośrednie działanie promieni słonecznych. W gruźlicy otrzewnej promienie przepuszczają przez płytę niebieskiego szkła.

Dobrucki (Lublin). W całym szeregu przypadków zastosował plombowanie ognisk gruźliczych masą jodoformową z pomyślnym wynikiem; spotyka jednak u tych chorych nawroty choroby. Bierne przekrwienie w gruźlicy zawiadło pokładane w niem oczekiwania.

Wisniewski odpowiada, że dlatego miał liche wyniki w gruźlicy kręgosłupa, ponieważ tylko w trzech przypadkach mógł zastosować gorset gipsowy. U dzieci do 10 lat należy leczyć gruźlicę chirurgiczną zachowawczą. Co się tyczy wstrzykiwania jodoformu, czy też innych leków, to dla ognisk gruźliczych w kościach jest obojętne, co się będzie zastosowywało.

Zaleski. Wyniki leczenia gruźlicy chirurgicznej zaczną być o wiele pomyślniejsze, skoro będziemy mogli rozpoznawać ją jaknajwcześniej i nakłóć ją zachowawczo. Leczenie operacyjne należy pozostawić dla przypadków zaniedbanych, z przetokami.

Dobrucki, reasumując dyskusję, mówi, że niezawodnego sposobu leczenia gruźlicy nie mamy. Należy indywidualizować leczenie, mając na względzie wiek chorego, stan majątkowy i cały szereg innych warunków.

Zaleski A. (Płock). Przypadek wprowadzenia przepukliny udowej „en masse”. Operacja. 7 maja roku 1907 przywieziono do szpitala chorego l. 56, który od lat kilku miał prawostronną przepuklinę udową. Niejednokrotnie ulegała ona już uwięźnieniu, zawsze jednak dawała się odprowadzać. Obecne uwięźnienie od tygodnia; przed paru dniami chory wcisnął przepuklinę do brzucha, stan jego atoli pogorszył się: bóle wzmożyły się, wymioty, wzdęcie i czkawka. Przepuklina pusta, ponad więzmem Pouparta znajduje się znacznie rozdętą bolesną kiszkę. Cięcie równoległe do więzmu Pouparta; po otwarciu otrzewnej znaleziono uwięźlą w worku przepuklinę,

mało zmienioną kışkę uwolniono, wrota przepukliny zaszyto od strony jamy brzucha. Wyzdrowienie. Przepuklina nie wznowiła się po paru latach.

Zaleski A (Płock). „Przyczynek do odprowadzania przepuklin“.

Forsowne odprowadzanie przepukliny uwięzłej może nieraz narazić pacjenta na b. smutne następstwa. Dla zobrazowania tego twierdzenia podaje *Z.* swoje 2 spostrzeżenia.

W jednym chodziło o 39 letnią pacjentkę, która od kilkunastu lat cierpiała na przepuklinę pępkową i naraz dostała objawów uwięźnienia. Zawezwany lekarz przepuklinę jakoby odprowadził. Stan chorej pomimo to pogarszał się i odwieziono ją do szpitala. Po przecięciu ściany brzucha i otrzewnej, znaleziono opadniętą, niezmienioną kışkę, wychodzącą z otworu, leżącego z boku pępka. Po rozszerzeniu cięcia, przekonano się, że po przedarciu worka przepuklinowego wskutek zamocnego odprowadzania pętla kışki, długości 1 metra, poprzez otwór, powstały w worku przepuklinowym, weszła do jamy, położonej pomiędzy mięśniami brzucha i otrzewną, i tam uległa uwięźnieniu. Kışka ta wyglądała mało zmienioną, wprowadzono ją więc, do jamy otrzewnej — worek Mikulicza. Chora wśród objawów zapaści zmarła.

W przypadku drugim 47 letni pacjent dostał uwięźnienia lewostronnej przepukliny pachwinowej. Zawezwany feler po półgodzinnych usiłowaniach przepuklinę odprowadził; objawy chorobowe na razie ustały, wkrótce jednak znów wystąpiły. Leczone go wtedy 4 dni na okluzję wewnętrzną, następnie odwieziono do szpitala. Cięcie ponad więzem Pouparta; znaleziono worek przepuklinowy wtłoczony do jamy otrzewnej, a w nim uwięzłą pętlę kışki. Uwolniono ją, i odprowadzono. Wygojenie.

Z. zwraca uwagę, że w podobnych przypadkach należy zaczynać operację od cięcia w miejscu przepukliny.

Wogóle — odprowadzanie przepuklin uwięzłych winno być b. ostrożne i ograniczać się do delikatnych manipulacji i wyłącznie wobec szerokich wrót przepuklinowych.

Dyskusya. *Kryński* prof. powstaje b. energicznie przeciwko używanym i nadużywanym usiłowaniom odprowadzania przepuklin uwięzłych, gdyż jakoby w olbrzymiej większości przypadków sposób ten może przynieść choremu tylko szkodę.

Zaleski przytacza stosowany przez lekarzy rosyjskich ziemski sposób odprowadzania przepukliny.

Goldman A. (Łódź). „Dezynfekcyja rąk i pola operacyjnego“.

Ani związki rtęci z jodem, stosowane w Anglii, ani przetwory formalinowe, ani fenolowe nie uzyskały praw obywatelstwa, ponieważ nie wytrzymały krytyki prac bakteriologicznych. Po szorowaniu rąk mydłem Schleicha Sängera, saposilicem znajdowano na skórze jeżeli nie większą, to tę samą ilość drobnoustrojów. Na nowe tory weszła sprawa odkażania rąk od czasu wprowadzenia do tegoż — wysokoku. Po myciu wysokiem drobnoustroje nader mocno przylegają do skóry i nie mogą być usunięte nawet energicznym ścieraniem; w ten sposób unika się stykania się ich z powierzchnią rany. Wyskok działa nie chemicznie, lecz mechanicznie, utrwalając zarazki na skórze.

Odkazanie skóry wysokiem stosuje się po uprzednim umyciu rąk gorącą wodą i mydłem i osuszeniu wyjałowionym ręcznikiem. Pokrywanie pola operacyjnego nieprzemakalnymi materiałami co najwyżej potęguje inne sposoby wyjałowienia skóry. Doskonałe wyniki daje operowanie w wyjałowionych rękawiczkach gumowych. Rękawiczki niciane, nawłócone na gumowe, zmniejszają niebezpieczeństwo, jakie płynie z niespodziewanego pęknięcia rękawiczki podczas operacji.

Używanie rękawiczek nie upoważnia do niedbałości w wyjaławianiu skóry rąk. Doskonałe wyniki daje odkazanie pola operacyjnego jodyną. Niebezpieczeństwo wywołania pryszczycy zmniejsza się, jeżeli używa się 5% nalewkę, unika się zbyt dużych jej ilości i stosuje się tylko świeżo przygotowaną. Skóra jodynowana nie znosi plastrów lepkich.

Dyskusya. *Zaleski* (Płock) przytacza przypadek śmiertelnego zatrucia po zarozległem zastosowaniu 10% jodyny na skórę.

Dobrucki (Lublin) stosuje jodynę od 10 lat, zwłaszcza w ranach urazowych zabrudzonych. Niejednokrotnie po wyjodynowaniu ranę zaszywał i otrzymywał doskonałe gojenie.

Sawicki (Warszawa): rękawiczki gumowe niewątpliwie wpłynęły dodatnio na gojenie ran. Odkazanie skóry nalewką jodową przedstawia środek b. ważny, zwłaszcza w ranach szarpanych i t. p. Należy być ostrożnym z użyciem jodyny w przypadkach ostrego zapalenia nerek oraz w przypadkach artretyzmu. Plastra nie należy przylepiać na powierzchnię jodynowaną. Jodyna nie działa zabójczo na niektóre gatunki drobnoustrojów.

Watten (Łódź) odkaża skórę jodyną. Rękawiczek gumowych używa we wszelkich zabiegach, gdzie ręka może uleść zanieczyszczeniu. Od paru tygodni robi próby z jedwabiem niegotowanym, lecz tylko na 10 do 15 minut zanurzonym w jodynie.

Tomaszewski (Łódź) w przeddzień operacji daje dziecku kąpiel, a na stole operacyjnym oczyszcza skórę benzyną i smaruje jodyną. Na 300 zabiegów u dzieci miał nie więcej, niż 7 razy pryszczycę.

Czerwiński (Lublin): w praktyce ostatniej wojny stosowanie jodyny dawało nadzwyczaj dobre wyniki z wyjątkiem przypadków, zakażonych przez bacyl. pyocyaneus.

Najodynowanie w położniczej praktyce przedramienia jest ryzykowne ze względu na specjalną wrażliwość skóry przedramienia i możliwość wywołania pryszczycy.

Goldman zaznacza, że zasługą Grossicha było zastosowanie odkazania skóry jodyną, jako metody. Ujemne strony pierwotnego sposobu Grossicha maleją, skoro postępujemy podług sposobu zmodyfikowanego i trzymamy się ściśle przytoczonych w wykładzie środków ostrożności.

Godberg (Łódź). „Praktyka znieczulenia lędźwiowego“. Wykład ten jest wydrukowany w niniejszym zeszycie „Przeglądu Chirurg. i Ginekol.“.

Dyskusya. *Wisniewski* (Siedlce). Bóle głowy, występujące po znieczuleniu lędźwiowem w dużej liczbie przypadków, odstraszały lekarzy prowincjonalnych od szerokiego stosowania tej metody.

Watten (Łódź) przytacza przypadek śmierci na stole operacyjnym młodego człowieka po zastosowania normalnej dawki tropakokainy.

Goldman (Łódź) sądzi, że znieczulenie lędźwiowe należy stosować tylko tam, gdzie nie można wykonać uspienia ogólnego i znieczulenia miejscowego; nie wyruguje ono znieczulenia ogólnego.

Goldberg (Łódź). Bardzo ciężkich bólów głowy prelegent nie widział. Nie możemy wyprowadzać wniosków na zasadzie statystyk śmiertelności, gdyż u nas takich statystyk niema. Z drugiej zaś strony należy wziąć pod uwagę przypadki późnej śmierci, które po uspieniu są rzeczą dość częstą, nadzwyczaj zaś rzadką po znieczuleniu lędźwiowym. Porażeń stałych nie widział. Nie widzi racji do stosowania znieczulenia tylko do pasa. Ważna jest ścisła kontrola szybkości wstępowania znieczulenia w górę i ostrożne manipulowanie położeniem chorego.

Leyberg (Łódź). „O martwicy tkanki tłuszczowej w patologii skóry ludzkiej”. Wykład był wydrukowany w zeszycie zjazdowym „Przeglądu i Czasopisma lekarskiego”.

Tomaszewski A. (Łódź). „O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy stawu biodrowego”. Rozpoznanie gruźlicy stawu biodrowego w początkowym okresie jest często bardzo trudne. Może nam tu oddać nieocenione usługi odczyn ogniskowy po wstrzyknięciu pod skórę tuberkuliny, polegający na obrzmieniu, zwiększeniu się bolesności i ograniczeniu ruchów w chorym stawie. Prelegent osobiście zaznajomił się z tą metodą niedawno i z pomysłnym wynikiem zastosował u 5-letniej dziewczynki z gruźlicą stawu biodrowego. Prelegent zachęca do wypróbowania i sprawdzenia tej metody na dużej liczbie spostrzeżeń.

Dyskusya. *Wisniewski* (Siedlce). Aczkolwiek prof. Kryński potępił stosowanie surowic i szczepionek w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, to jednak należy zaznaczyć, że wstrzykiwania tuberkuliny nawet w leczeniu stawu biodrowego mogą dać pewne wyniki.

Marx (Łódź). „O stosowaniu metody Biera w praktyce prywatnej”. Przekrwienie bierne, zastosowane w początkowych okresach ropowicy, paronariu i t. d. za pomocą opaski gumowej daje nieocenione usługi. Ból w tych razach jest wskaźnikiem złego nałożenia opaski. Po 20–22 godzinach kładziemy na 2–4 godziny okład pod ceratką. Przy mastitis i ropniach stosujemy bańki odpowiednie na dwie godziny, resztę czasu przykrywamy uszkodzone miejsce okładem pod ceratką. Nóż stosuje się do przecięcia miejsc, gdzie ropa zanadto jasno uwydatnia się

Dyskusya. *Wisniewski* (Siedlce) nie podziela optymizmu Marxa odnośnie stosowania metody Biera.

Ciechomski (Warszawa). Metoda Biera ma zastosowanie w ropniach sutki ograniczonych i nielicznych, we wrzodziakach i niewielkich wąglikach. W sprawach głębokich lub szybko posuwających się należy nacinać niezwłocznie. Wogóle C. uważa, że zbyt szerokie stosowanie tej metody jest w chirurgii krokiem wstecznym.

Pertis (Łódź). Stosowanie przekrwienia biernego w ostrych sprawach ropnych daje wyniki bardzo niezachęcające. Zakładanie baniek Biera nie powinno trwać po za 45 minut w dawkach 5-10 minutowych, z przerwami 3 minutowymi.

Helman (Łódź). Pierwotny zapal do metody Biera ustąpił miejsca roz-

czarowaniu. Rozlegają się coraz częściej głosy, przestrzegające przed stosowaniem metody Biera w sprawach ropnych ucha środkowego.

Watten (Łódź) przyłącza się do zdania mówców, ostrzegających przed zarozległym stosowaniem metody Biera.

Dobrucki (Lublin) również zgadza się z mówcami, którzy ograniczają jej stosowanie do spraw początkowych lub ropienia ograniczonego.

Marx w dalszym ciągu wypowiada się na korzyść rozległego stosowania metody Biera.

II. Wykłady treści położniczej.

Czerwiński (Lublin). „Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza praktyka”. Czerwiński zaznacza wyższość stosowanej obecnie w położnictwie aseptyki nad antyseptyką; doniosłe uzupełnienie aseptyki widzi w używaniu rękawiczek gumowych. C. osobiście hołduje zasadzie: nosić rękawiczki między operacjami, do operacji zdejmować. Cięcie pozaotrzewnowe uważa za nieodpowiednie dla lekarza praktyka; rozszerzał Bessiego również nie poleca. Natomiast uzyskał lekarz praktyk potężny oręż do walki z krwotokiem poporodowym w adrenalinie i zabiegu Momburga. Sprawy wczesnego wstawania położnic nie uważa za skończoną. W zakażeniu porodowym radzi przede wszystkim podtrzymywać siły ustroju, ograniczając zabiegi lecznicze do minimum. W zakażeniu ogólnem dobre wyniki dają surowice swoiste.

Kaufman (Łódź). „Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza praktyka”. Autor daje najpierw rzut oka na historię położnictwa. Następnie wskazuje na duże i poważne braki obecnego położnictwa: Konieczność zabijania niekiedy żywego płodu, trudności w szybkim rozwiązaniu w drgawkach porodowych i t. p. Braki te mogą być usunięte dzięki cięciu cesarskiemu pochwowemu oraz cięciu cesarskiemu zewnątrzotrzewnowemu. K. opisuje technikę tych operacji. Operacje te zmniejszyły śmiertelność od drgawek porodowych z 32% na 12,6%, a nawet do 6,5%, od przodującego zaś łożyska z 10% na 2,8%. Wobec powyższego widać, że lekarz praktyk musi dziś, chcąc być akuszerem, zaznajomić się z techniką chirurgiczną. Na ostatku opisuje K. swoje przypadki, w których musiał zastosować cięcie cesarskie pochwowo i cięcie brzucha u położnic.

Sitkowski (Radzyń). „O aseptyce położniczej w praktyce prywatnej na prowincyi”. Lekarz, wezwany do rodzącej na wieś, znajduje warunki jaknajfatalniejsze, brak jaknajniezbędniejszych przedmiotów, a często nawet i wody. Wobec tego od 19 lat, wyjeżdżając do porodu, zabiera ze sobą swego pomysłu kociołek, zawierający 10 litrów wody, wygodnie dającej się w nim wyjaławiać czy to przez gotowanie na primusie, czy też na autoklawie. Kociołek stale jest w pogotowiu, gdyż dzięki hermetycznemu zamknięciu woda w nim nie może uleść zakażeniu. Kociołek po nałożeniu nań rurki gumowej zamienia się w irygator. Odkazania rąk dokonywa S. wodą z kociołka i mydłem spirytusowem, a po wytarciu ich serwetką wyjałowioną w ciągu 2-ch minut wyciera jodbenzyną. Po zabiegu obmywa je

w lekkim rozczywie lizoformu. Rękawiczek gumowych używa w przypadkach niecierpiących zwłoki, i tam, gdzie po zabiegu operacyjnym musi zeszyc krocze.

Raszkas (Radom). „O postępiach położnictwa“. Autor omawia metodę Bossiego, cięcie cesarskie pochwowe, przecięcie kości łonowej i cięcie cesarskie zewnątrzotrzewnowe. Na zasadzie swojej własnej praktyki R. zaleca zastąpić metodę Bossiego cięciem cesarskiem pochwowem. Hebstotomia jest operacją bardzo niebezpieczną. Zewnątrzotrzewnowe cięcie cesarskie metodą Frommego jest łatwe i może być wykonane przez lekarza prowincjonalnego.

Dyskusya. *Tokarzewski* uważa konsekwentne stosowanie rękawiczek w praktyce prywatnej za niewykonalne, *Raszkas* zaś za zbyt łatwe.

Kaufman zaleca rękawiczki właśnie w praktyce prowincjonalnej.

Silkowski twierdzi, że lekarz, jadąc do porodu, powinien zawsze mieć rękawiczki wyjałowione, bo są one czasem niezbędne, gdy nie można tracić czasu na mycie rąk.

Giedrzyk miał dobre wyniki w drgawkach porodowych po stosowaniu morfiny; radzi możliwie wstrzymywać się od operacyjnego ukończenia porodu.

Kaufman wypowiada się na korzyść szybkiego ukończenia porodu.

Tokarzewski podnosi wartość ciągłych irygacji i wstrzykiwań środzylanych rozczywu lapisu w zakażeniach porodowych.

Raszkas przytacza przykłady pomyślnych wyników wstrzykiwania kolargolu do żył w przypadkach rozpaczliwych.

Czerwiński uznaje skuteczność wstrzykiwania roztworu lapisu do żył tylko w przypadkach świeżego zapalenia wsierdza, oraz wlewania rozczywów soli srebra do kiszek w enteritis septica.

Kaufman zwraca uwagę, że należy, stosując zabieg Momburga, pamiętać o skutkach zmiany w ciśnieniu krwi podczas nakładania i szczególnie podczas zdejmowania węża.

Czerwiński twierdzi, że powoli nakładany i zdejmowany Momburg nie jest ani niebezpieczny, ani zbyt bolesny.

Tokarzewski (Włodawa). „Stan położnictwa w powiecie Włodawskim“. Powiat Włodawski liczy około 23 tysięcy kobiet, które wydają na świat rocznie 4893 żywych dzieci. W powiecie niema żadnej instytucji leczniczej; 9 lekarzy zajmuje się praktyką prywatną, a 8 z nich praktyką położniczą. W całym powiecie są 2 akuszerki, posiadające prawo praktyki, za to całe szeregi zajmujących się praktyką położniczą babek znachorek.

Wszyscy lekarze w powiecie przeprowadzają 224 do 254 porodów, co stanowi zaledwie 4,8% do 5,5% ogółu porodów. Śmiertelność matek dochodzi do 2,95% ogólnej liczby kobiet. O pomoc lekarską zwracają się zbyt późno. Krwotoki stanowią częste powikłanie porodów. Przyczyny śmierci położnic: zakażenia i opóźnienia pomocy lekarskiej wskutek zajmowania się praktyką położniczą osób niepowołanych (felcerzy, aptekarz, epileptyk, mający duże wzięcie jako akuszer). Embryotomia jest częstą operacją i śmiertelność dzieci w przeprowadzonych przez lekarzy porodach waha się od 6% do 30%.

Wnioski. 1) Brak oświaty jest główną przyczyną opóźnionego wzywania pomocy lekarskiej i wynikającej stąd dużej śmiertelności matek. 2) Nieodzwonna jest potrzeba założenia szpitala w powiecie. 3) Brak jest odpowiednio wyszkolonych akuserek. 4) Potrzebne jest notowanie krótkich historiae morbi przez każdego wolnopraktykującego lekarza.

Dyskusya. *Czerwiński, Marx i Zienkiewicz* podnoszą niezbędnosć kształcenia babek z pośród zdolniejszych kobiet wiejskich już to w szpitalu, tam gdzie szpital istnieje, już to musi je brać lekarz ze sobą do swych chorych prywatnych, o ile szpitala nie ma. Takie babki mogą przyczynić się do racjonalnego zorganizowania pomocy akuszerskiej na wsi.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

W d. 18, 19, 20, 21 lipca r. b. odbył się w Krakowie XI Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, składający się z 16 sekcji. W trzecim dniu Zjazdu liczba uczestników dosięgła 1302. Liczba zgłoszonych wykładów przekroczyła 600.

Otwarcie Zjazdu w d. 18 lipca zrana rozpoczęło przemówienie przewodniczącego Wydziału gospodarczego Zjazdu prof. Nowaka, po niem wygłosili mowy delegat Ministerjum oświaty, przedstawiciel Wydziału krajowego, szef departamentu sanitarnego, wysłannik Namiestnictwa, wiceprezydent miasta Krakowa, na ostatku — reprezentanci narodów słowiańskich. Wybrano następnie Prezydium Zjazdu, zamknął zaś uroczystosć otwarcia Zjazdu prof. Romer wykładem „O krajobrazie“.

Popołudniu d. 18 lipca odbyły się posiedzenia w Sekcyach, jak również odbywały się po dwa posiedzenia w Sekcyach dni następnych — 19, 20 lipca. Posiedzenia te były uczęszczane b. licznie; pomimo energii prezydentów sekcyjnych oraz zapалу wszystkich uczestników — tylko część zgłoszonych wykładów mogła być wypowiedziana, bardzo liczne dla braku czasu pospadały z porządku dziennego.

Jakkolwiek wszystkie wykłady wzbudzały wysokie zainteresowanie, mieliśmy wrażenie, że jednak największem powodzeniem cieszyły się tak zwane tematy „wspólne“, t. j. takie, które w jednakowym stopniu interesują specjalistów rozmaitych odłamów medycyny; wtedy i liczba słuchaczy była najbardziej okazała, i słuchali oni owych wykładów z największem zainteresowaniem się, i rozprawy były najbardziej ożywione. Okoliczność tę w chwili obecnej, kiedy coraz częściej słyszy się narzekania na wadliwość organizacji Zjazdów ogólnych, być może będzie pożyteczną wskazówką dla organizatorów przyszłych Zjazdów ogólnych.

Niezmierne, obezwładniające upały lipcowe, szczególnie dotkliwe w roku bieżącym, stanowiły przez wszystkich uczestników Zjazdu nader ży-

wo odczuwaną przeszkodę do prawidłowej pracy zjazdowej; podziwialismy zaiste bohaterską wytrzymałość naszych lekarzy i przyrodników. Sądzymy, że nauczani tegorocznem doświadczeniem organizatorowie przyszłych Zjazdów ogólnych powinni bliżej zastanowić się i nad ustanowieniem terminu Zjazdów, bardziej, niż dotychczas obowiązujący, odpowiadającego warunkom naszego klimatu.

D. 21 lipca zamknął Zjazd przemówieniem prezes Zjazdu Dr. Święcicki, który następnie wygłosił odczyt „O estetyce i Medycynie“. Na ostatku wybrano Delegację Zjazdu.

Szczegółowe sprawozdanie z prac bliżej obchodzących nas Sekcji Chirurgicznej i Ginekologicznej Zjazdu podamy w następnych Zeszytach naszego pisma.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

Pamiętnik 1-go Zjazdu Lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego oraz obchodu XXV-lecia istnienia T-wa Lekarskiego Łódzkiego.

PRZEGLĄD Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM V. ZESZYT III. LISTOPAD. GRUDZIEŃ. 1911.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dr. Bronisława Sawickiego w szpitalu Dzieciątka Jezus
w Warszawie.

Torbiele krwiste szyi

podał

STANISŁAW CYKOWSKI.

Przez torbiele krwiste szyi pojmujemy wszelkie guzy szyi, składające się z worka i zawartości krwawej.

Guzy takie zdarzają się niezbyt często.

Sawicki Bronisław w pracy swej z roku 1891 zestawiał z piśmiennictwa 30 odnośnych przypadków, które uzupełnił podaniem 2 spostrzeżeń własnych.

W pracy niniejszej mam zamiar przytoczyć streszczenia przypadków krwistych torbieli szyi za okres czasu od roku 1891 do chwili obecnej, i nieco szerzej podać przypadek omawianej kategorii guzów, spostrzegany w roku 1909 w oddziale szpitalnym dr. B. Sawickiego.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem przypadki następujące.

Kaczanowski opisał torbiel krwistą szyi u dziecka 4-miesięcznego. Guz składał się z dwu części: górnej — okrągłej,

wielkości pięści, umiejscowionej ponad obojczykiem i stawem ramiennym; część dolna — mniejsza zajmowała okolicę pachową, wystawała z pod dolnego brzegu mięśnia piersiowego większego, częściowo leżała na nim, sięgając ku górze aż do guza na szyi, od którego oddzielała ją wązka brózdka, odpowiadająca obojczykowi. Oba guzy wykazały zbitość twardą, chęłbotania nie wykryto. W chwili wydechu, i szczególnie podczas krzyku oba guzy zwiększały się, szczególnie zaś górny. Nakłucie strzykawką Prawaza wykazało obecność w guzie czystej krwi żylnej. Po nakłuciu nastąpiło krwawienie, które z wielką tylko trudnością udało się zatamować.

W krótkim czasie guz znacznie powiększył się tak, iż była obawa o jego pęknięcie. Obawiając się możliwości śmiertelnego krwotoku w razie zabiegu operacyjnego, autor ograniczył się do systematycznego uciskania guzów za pomocą bandażowania opaską flanelową.

Po 6 tygodniach guzy zmniejszyły się do połowy, po 4-ch zaś miesiącach nie pozostało po nich śladu. Autor przypuszcza, że w danym przypadku miano do czynienia ze zboczeniem zarodkowym, przyczem trudno jest rozstrzygnąć, czy cały guz powstał z jednej torbieli, czy też z kilku oddzielnych, które zlały się ze sobą i połączyły się z żyłą podobojczykową.

Przypadek Deschina. U dziewczyny sześciolatniej przed 3-ma laty, wkrótce po przebyciu płonicy, wystąpiło obrzmienie na stronie prawej szyi, wielkości orzecha laskowego. Ostatnio po napadzie kaszlu nagle powiększyło się ono tak, iż obecnie jego wymiar podłużny osiąga $8\frac{1}{2}$ ctm., poprzeczny zaś — 6 ctm. Ma ono kształt trójkąta, i ku dołowi sięga popod obojczyk. Podczas usuwania guza stwierdzono, że żyła szyjna zewnętrzna wchodzi w guz i gubi się w nim. Dolny odcinek guza leżał bezpośrednio na żyłe szyjnej wewnętrznej, tak iż oddzielenie guza nastręczało pewne trudności. Gojenie się następcze krótkotrwałe (10-dniowe), bez powikłań.

Bliższych szczegółów anatomicznych brak.

Przypadki Bormana. Przypadek I. Pacjent lat 15, jest chory od $1\frac{1}{2}$ roku. Lewa połowa szyi jest obrzmiała w okolicy podszczękowej; guz przechodzi na twarz. Skóra na guzie prawidłowa, guz wykazuje chęłbotanie.

W uśpieniu guz usunięto. Podczas zabiegu stwierdzono,

iż guz leżał pod mięśniem podskórnym szyi i powięzią. Od góry podwiązano 2 duże żyły, przenikające w guz; żyły te na pewnej przestrzeni, poczynając od guza, były niedrożne dla zgłębnika. Brak żyły twarzowej wspólnej. Wyzdrowienie.

Badanie guza wykazało: guz, wielkości połowy pięści człowieka dorosłego, składał się z szeregu jam, połączonych ze sobą, o ścianach różnej grubości; torbiel zawierała płyn brunatny. Pod drobnowidzem widać, że ściany owych jam składały się z tkanki łącznej, obfitującej w tłuszcz; oka sieci tu i owdzie wypełnione zakrzepami, gdzieindziej czerwonymi i białymi ciakami krwi.

Przypadek II. Dziecko 3-letnie; przed 4-ma miesiącami w okolicy podobojczykowej lewej wystąpił guzek, wielkości orzecha włoskiego; skóra na nim prawidłowa, obmacywanie guza niebolesne; guz począł szybko rosnąć.

Obecnie guz zajmuje przestrzeń od zewnętrznego brzegu mięśnia czworobocznego do wewnętrznej $\frac{1}{3}$ części obojczyka; ku górze na szerokość palca poprzecznego nie dochodzi do kąta zuchwy, ku dołowi zachodzi za obojczyk. Nakłucie wykazuje obecność w guzie krwi. W uspieniu guz usunięto.

Podczas zabiegu stwierdzono, iż guz sięga po za gardło aż do kręgosłupa. Usunięty guz, wielkości jabłka, w przedniej swej części posiada ścianę cienką, przeświecającą; część tylna składa się z szeregu jam, o ścianach cienkich.

Po zabiegu stan gorączkowy — do $39,1^{\circ}$, potem do 40° . Dziecko zmarło. Oględzin zwłok nie dokonano. Podczas zabiegu otworzono opłucną.

Schiffer przytoczył przypadek torbieli krwistej szyi, usuniętej w klinice chirurgicznej w Giessen. Po szczegółowym badaniu guza autor przyszedł do wniosku, że guz powstał z chłoniaka (lymphangioma).

Przypadek Grossmanna. U donoszonego, jednodniowego dziecka znaleziono na szyi, na stronie prewej, między uchem i barkiem, guz wielkości jaja gęsiego, chełbocący, szaro przeświecający. Podczas krzyku guz stawał się więcej napiętym, natomiast od uciskania nie zmniejszał się. Guz w klinice Tillmannsa nakłuto bez uspienia i otrzymano płyn barwy kawy. Następnie — dano cięcie 2 ctm. długie; przez otwór wylało się

z guza około 80 ctm. sz. opisanego płynu. Krwi świeżej nie było. Zastosowano tamponowanie, ucisk. Wyleczenie zupełne.

Przypadek Nové-Josseranda. U dziewczynki 8-letniej widać na szyi, na stronie lewej, w okolicy tętnicy szyjnej guz nieco większy od jaja kurzego.

Pacjentka miała około 3 miesięcy, kiedy po raz pierwszy zauważono u niej na szyi małe obrzmienie, które po tygodniu znikło. Obrzmienie to miało kilkakrotnie występować, ostatecznie od 5 miesięcy znacznie powiększało się, aż dosięgło wielkości obecnie istniejącej. Guz nie powodował żadnych bólów; dziecko nie gorączkowało.

Kształt guza jajowaty, koniec szeroki guza jest zwrócony ku przodowi i ku dołowi. Guz nie pozostaje w łączności z okolicą przyuszniczy i ku przodowi nie dochodzi do linii pośrodkowej; od tyłu jest ograniczony przez przedni brzeg mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego. Skóra na guzie jest zupełnie ruchoma. W czasie połykania guz nie porusza się.

W przebiegu operacji autor z łatwością doszedł do torbieli o cienkich ścianach, przez które przeświecał brunatny płyn. W czasie operacji guz pękł i polał się z niego płyn surowiczokrwawy.

Worek torbieli był bardzo ściśle zrośnięty z żyłą szyjną wewnętrzną, natomiast dość łatwo dał się oddzielić od tętnicy szyjnej. Po uprzednim wycięciu odcinka żyły szyjnej wewnętrznej, długości 3 centymetrów, udało się wreszcie guz wyluszczyć. Wspomniana żyła ściśle zlewała się ze ścianą torbieli i na tylnej powierzchni guza przedstawiała wyraźne ścieńczenie. Bezpośredniego połączenia światła żyły z jamą torbieli nie było.

Po upływie 2-ch tygodni od zabiegu pacjentka wypisana została ze szpitala, zupełnie zdrowa.

W dyskusyi, jaka wywiązała się z powodu podania omawianego przypadku, Vincent zaznaczył, iż usuwanie podobnych guzów niekiedy jest połączone z nieprzewidywanymi trudnościami, co właśnie zdarzyło się mówcy w przypadku identycznego guza wielkości głowy. Guz był w połączeniu z częściami miękkimi na szerokiej przestrzeni. Wyluszczając guz, otwarto kilka torbieli, napelnionych płynem krwawym, syropowatym. W czasie operacji obnażono żyłę szyjną wewnętrzną i, pociągając nieumiarkowanie, rozdarło ją; wówczas nastąpił olbrzymi

krwotok, na skutek którego, jak również i wstrząsu operacyjnego, pacjentka nazajutrz zmarła.

Walther opisał przypadek dużej torbieli krwistej szyi u mężczyzny 72-letniego. Przed mniej więcej 8 iu laty powstało małe zgrubienie, wielkości orzecha, w okolicy ponadgnykowej lewej, zupełnie ruchome, niebolesne. Z czasem guz powoli powiększał się i dosięgnął wielkości prawie 2 ch pięści.

Brzeg dolny guza nie dochodził do obojczyka; duża oś guza zdążyła prawie poprzecznie, nieco skośnie ku dołowi i ku wewnątrz. Guz wykazywał wyraźne chębotanie.

Odsunął on krtąń na stronę prawą; oddychanie było utrudnione, głos ochrypliwy; wystąpiły napady kaszlu.

W znieczuleniu miejscowem stowainą przedostano się do torbieli i nakłuto ją; wypłynęła duża ilość płynu czekoladowatego, niewątpliwie krwawego. Po opróżnieniu worka krtąń wróciła na swoje właściwe miejsce, oddech stał się swobodny, przebrwienie twarzy znikło.

Teraz chorego uspioło chloroformem i szeroko otworzono worek torbieli; wewnętrzna powierzchnia worka była pokryta mocno przylegającymi skrzepami krwi, na dnie zaś było można bardzo wyraźnie widzieć krtąń i kość gnykową, które były tylko jakby pokryte cienką błoną. Torbiel udało się usunąć w całości. Jakieś szypuły guza, zaopatrzonej w pnie naczyńowe, nie spostrzeżono. Gojenie następce bez powikłań.

Badanie płynu, w guzie zawartego, o odczynie kwaśnym, wykazało w nim obecność dużej ilości białka, chlorków, ślady fosforanów, dość dużo żelaza i soli mineralnych. Pod drobnowidzem płyn zawierał liczne krążki krwi czerwone, mniej lub więcej zmienione, i nieco leukocytów, przeważnie jednojądrowych.

Zewnętrzna powierzchnia worka torbielowego jest szarobiała, tu i owdzie dość gładka; do powierzchni wewnętrznej przylegają skrzepy krwi.

Badanie drobnowidzowe worka stwierdza, iż składa się on z dwu warstw.

Warstwa zewnętrzna, grubości prawie milimetra, jest utworzona z pęczków łącznotkankowych, obok siebie ułożonych i tu i owdzie rozdzielonych przez nieliczne blaszki sprężyste. Po między pęczkami duża liczba komórek łącznotkankowych; widać

również zrzadka gładkie włókna mięśniowe. Naczynia włoskowate, dość liczne, są rozszerzone, napełnione czerwonymi ciałkami krwi. Naczyń tych jest szczególnie dużo w tej części owej warstwy, która znajduje się najbardziej ku wewnątrz. Tutaj pomiędzy pęczkami tkanki łącznej trafiają się złogi barwnika. Tu i owdzie widać duże przestrzenie jamiste, kształtu jajowatego, wysłane śródbłonkiem, które to jamy stanowią przejście od warstwy łącznotkankowej ku warstwie wewnętrznej, jamiastej. Ta ostatnia — warstwa wewnętrzna, jamista, przedstawia delikatną siatkę z tkanki łącznej, ograniczającej jamki kształtu nieprawidłowego. Wspomniana siatka jest utworzona prawie wyłącznie z pęczków łącznotkankowych, z dość licznymi komórkami łącznotkankowymi. W odstępach bardzo dużych widać nieco włókien sprężystych i mięśniowych. Powierzchnia wspomnianych jamek jest wysłana śródbłonkiem. W wielu z owych jamek widać czerwone krążki krwi, natomiast nigdzie nie znajdujemy ciałek białych.

Uogólniając powyższe, można powiedzieć, że guz przedstawia cechy naczyiniaka, w którym, dzięki zanikowi przegród pomiędzy mniejszymi jamkami, powstała duża jama, nadająca guzowi wygląd torbieli. Z drugiej atoli strony — wystąpienie guza w podeszłym wieku, brak widocznej szypuły unaczynionej, z trudnością dadzą się pogodzić z takim rozpoznaniem. To też autor mniema, iż mamy tu do czynienia raczej z pierwotną torbielą, której ściana uległa zwyrodnieniu naczyiniakowemu.

Spannaus ogłosił interesujący przypadek, który możnaby także zaliczyć do torbieli krwistych szyi.

Wkrótce po urodzeniu się dziecka zauważono u tegoż na prawej stronie szyi niewielki guz, który następnie rósł powoli. Po upływie roku guz osiągnął wielkości orzecha włoskiego, poczem raptem powiększył się do rozmiarów jabłka i wywołał silne bóle.

Po upływie 2-ch tygodni, w ciągu których guz nieco zmniejszył się, wykonano operację. Po usunięciu guza, który okazał się chłoniakiem, żyłę szyjną wewnętrzną znaleziono w czwórnasób rozszerzoną na przestrzeni 6 cm.; rozszerzenie to miało wygląd torbieli krwistej. Rozszerzony odcinek żyły wycięto.

Na zakończenie części kazuistycznej przytaczam spostrzeżenie własne.

Rom. F., lat 74, zapisała się do szpitala 26 czerwca 1909 r. Przed 4-ma laty zauważyła na szyi, na stronie prawej, niewielki guzik, który to guzik stopniowo powiększał się, zwłaszcza w ciągu ostatnich paru miesięcy.

Obecnie na stronie prawej szyi znajdujemy obrzmienie, wielkości orzecha kokosowego, umiejscowione w okolicy podżuchwowej i górnej połowy szyi, o powierzchni guzowatej, nierównej. Wolna część tego obrzmienia zwisa ku dołowi i sięga do okolicy obojczyka (Ryc. 1). Obrzmienie to pokryte jest skórą, w górnej części prawidłową, natomiast w dolnej — ścięniczoną, sinawo przeświecającą. Guz wykazuje chęłbotanie, jest mocno napięty. Naciskając na guz, mamy wrażenie, jakoby on zmniejszał się nieco. Na tylnej powierzchni guza znajdujemy żyłę, znacznie rozszerzoną i tętniącą. Szmerów ani w okolicy żyły, ani w okolicy tętnicy szyjnej — nie znajdujemy. Tętno umiarkowanej siły, prawidłowe. Tony serca czyste, bez szmerów. Bólów głowy lub szyi chora nie doznaje.

Rozpoznano u chorej torbiel szyi, z dużym prawdopodobieństwem — o krwistej zawartości. W ciągu kilku dni następnych pozostawiono chorą na obserwacji, zamierzając przed samym zabiegiem wykonać próbne nakłucie. Tymczasem w dolnej części guza, na miejscu, gdzie skóra była najcieńsza, wytworzyła się na przestrzeni 1 cm. sucha zgorzel, poczem bezpośrednio, w dniu 3 lipca rano, nastąpiło małe przedziurawienie się guza. Z otworu zaczęła obficie wypływać ciecz surowiczokrwawa. Chorą niezwłocznie wzięto na stół operacyjny i w znieczuleniu miejscowym za pomocą 1/2% roztworu nowokainy guz usunięto.

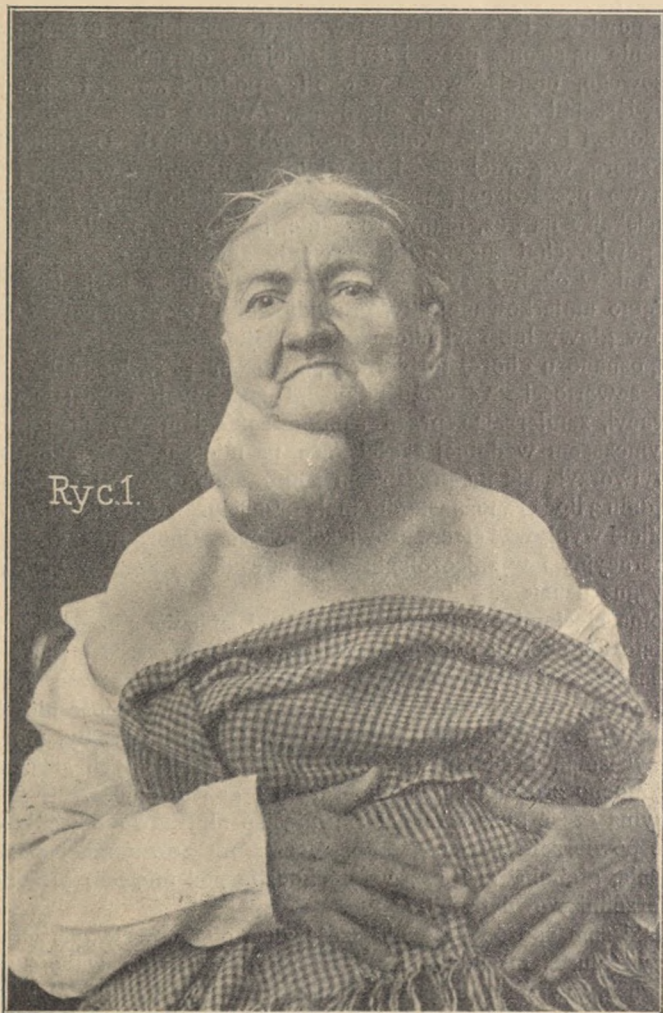
Dwoma cięciami owalnymi, okalającymi zmienioną część skóry na guzie, przecięto też skórę i poczęto odluszczać torbę guza. Na guzie przebiegały porozszerzane żyły, które wypadło kolejno podwiązywać; z pomiędzy tych żył była największa żyła twarzowa, która miała grubość ołówka i wyraźne tętnienie; po podwiązaniu przecięto ją. Od góry guz był mocno zrośnięty z przyuszną i ślinianką podżuchwową. Części tych gruczołów, nacieczone i mocno zrośnięte, wypadło razem z guzem odciąć.

W tylną część guza wrzynał się mięsień mostkowoobojczykowsutkowy tak, że powierzchowna część guza leżała na zewnętrznej powierzchni tegoż mięśnia, głęboka zaś część podchodziła pod mięsień, przylegając do jego powierzchni wewnętrznej.

W taki sam sposób przednia część guza obejmowała mięsień mostkowognykowy (musc. sternohyoides). Ażeby dotrzeć do wewnętrznej powierzchni guza, wypadło mięsień mostkowoobojczykowsutkowy oddzielić i mocno haczykiem odciągnąć ku dołowi. Mięsień mostkowognykowy przecięto.

Podczas oddzielania guza parokrotnie ściana jego przerywała się i wypływała z niego dość obficie krew żylna; otwory zamykano natychmiast szczypczykami okienkowatemi. Oddzielono guz kolejno, ze wszyst-

kich stron. Przedostawszy się dostatecznie do tyłu, ścianę guza odchyłono ku przodowi, i wówczas na tylnowewnętrznej powierzchni guza znaleziono żyłę szyjną wewnętrzną. Była ona znacznie rozszerzona — grubości dużego



palca średniej wielkości; w części środkowej żyła była mocno spojona z guzem, powyżej i poniżej tego miejsca — oddzielała się łatwo. Mając na widoku, że pomiędzy żyłą i guzem znajduje się połączenie w miejscu owego ośrodkowego zrostu, postanowiono ten odcinek żyły wyciąć.

Przedewszystkiem podwiązano w dwóch miejscach i przecięto żyłę poniżej zrostu. W tym momencie jedno z zaciskadeł, zamykających otwór w torbieli, spelzło; przez otwór dość obficie popłynęła krew żylna. Oddzielono żyłę powyżej zrostu, podwiązano w dwóch miejscach i przecięto; po zdjęciu zaciskadła z guza krew nie wypływała.

Przecięto guz, wprowadzono do wewnątrz guza palec i pod kierunkiem tegoż wyluszczano guz dalej.

Wyluszczenie guza na stronie wewnętrznej tegoż większych trudności nie napotkało, ponieważ guz leżał tu w tkance luźnej. Nerw błędny i tętnicę szyjną bez trudności oddzielono; pętla nerwu podjęzykowego zachodziła w ścianę guza i tak mocno była z nią spojona, że wypadło ją odciąć. Podczas wyluszczenia guza, przy pociąganiu tegoż, chora wielokrotnie skarżyła się na klucie w uchu, co niewątpliwie zależało od pociągania wspomnianego nerwu.

Na samym końcu oddzielono guz w dolnej przedniej części tegoż, gdzie za pomocą bliznowej tkanki był on połączony z prawym zrazem tarczycy. Pomiędzy ścianą guza a tarczycą leżał guzik nierówny, twardy, przypominający pęk gruczołów chłonnych; odcięto go oddzielnie po uprzednim wycięciu torbieli. Po nałożeniu podwiązek na mniejsze naczynia, chwymane w przebiegu operacji, wypchano jamę gazą jodoformową, i w obawie o większe krwawienie — zaszyto ranę zupełnie na całą dobę. Nałożono opatrunek aseptyczny.

D. 4-go lipca stan chorej pomyślny; opatrunku nie zmieniono.

D. 5-go lipca ciepłota nieco podniosła się; część szwów usunięto i gazę zmieniono; z jamy wylała się spora ilość płynu krwawego.

W ciągu paru dni następnych ciepłota ciała jeszcze była podniesiona (do 38° C. wieczorem), wydzielina z jamy obfita.

Do jamy wlewano mieszanke jodoformową i wkładano sączek.

Dalsze gojenie się rany odbywało się prawidłowo, jakkolwiek dość powoli. Chora opuściła oddział 28 sierpnia z maleńką powierzchnią ziarninującą.

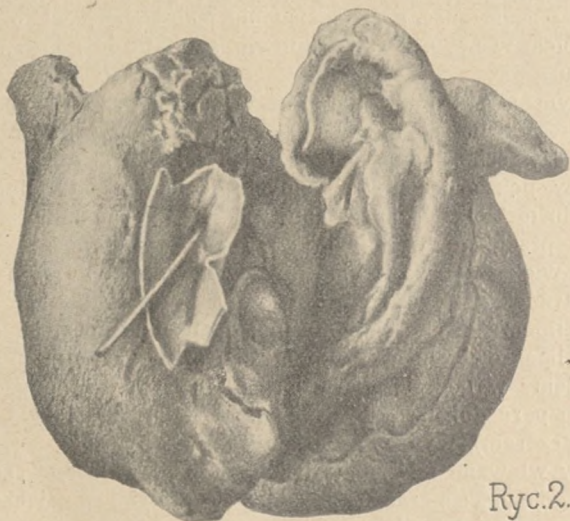
Guz usunięty badano po kilkodniowym leżeniu tegoż w spirytusie.

Przedstawia on sobą torbiel, wielkości pięści. Zewnętrzna powierzchnia guza jest stosunkowo gładka (Ryc. 2); w jednym miejscu znajdujemy na niej usunięty wraz z guzem kawałek skóry, w innym zaś — 2 ctm. długi odcinek grubego pnia żylnego — żyły szyjnej wewnętrznej. W odległości około 4 ctm. od wspomnianego odcinka żyły, na zewnętrznej powierzchni torbieli, widzimy guziczek, wielkości sporego ziarnka grochu, barwy ciemnowej, mający wygląd jakby dwóch pęcherzyków, zrosniętych ze sobą. Guzik ten za pomocą tkanki łącznej zrasta się ściśle ze ścianą torbieli.

Ściana torbieli ma grubość rozmaita, wahającą się między 2-a a 5-a milimetrami. Również i zbitość tkanki, tworzącej ścianę guza — jest niejednakowa: ściana torbieli w okolicy tylnej, bocznej i przedniej, a zwłaszcza tam, gdzie guz przylegał do żyły szyjnej i gruczołu tarczowego, składa się z tkanki twardej, bliznowej, miejscami nacieczonej i grubej; natomiast ściana torbieli w okolicy przyśrodkowej jest znacznie cieńsza i bardziej miękka.

Wewnętrzna powierzchnia torbieli jest gładka (Ryc. 3): znajdujemy na niej dość liczne, mniej lub więcej wystające przegrody, które przedstawiają się pod postacią znacznie wystających grzebieni, lub też niskich, niekiedy ledwo zaznaczonych beleczek. Obraz ten pozwala przypuszczać, że torbiel powstała wskutek zlania się oddzielnych tworów torbielowatych.

W niektórych miejscach na gładkiej powierzchni pomiędzy beleczkami znajdujemy małe centkowate zagłębienia, czyniące wrażenie, jak gdyby tutaj otwierały się małe naczynia żyłne do jamy torbieli. Jeden z takich otworów, nieco większy od innych, leży w okolicy, odpowiadającej usunię-



Zewnętrzna powierzchnia torbieli wraz z odcinkiem żyły. W światło kanału, łączącego żyłę z torbielą, wprowadzono złębnik.

temu wraz z guzem odcinkowi żyły szyjnej wewnętrznej. Wprowadzony do tego otworu złębnik wchodzi dość daleko, przenikając całą grubość ściany torbieli w kierunku do wspomnianej żyły, do której światła jednak wprowadzić go nie udaje się.

Badając teraz wewnętrzną powierzchnię rozciętej wzdłuż żyły szyjnej, znajdujemy na niej również otworek; leży on na powierzchni ściany żyłnej, w tej części, która za pomocą tkanki bliznowej zrasta się ze ścianą torbieli.

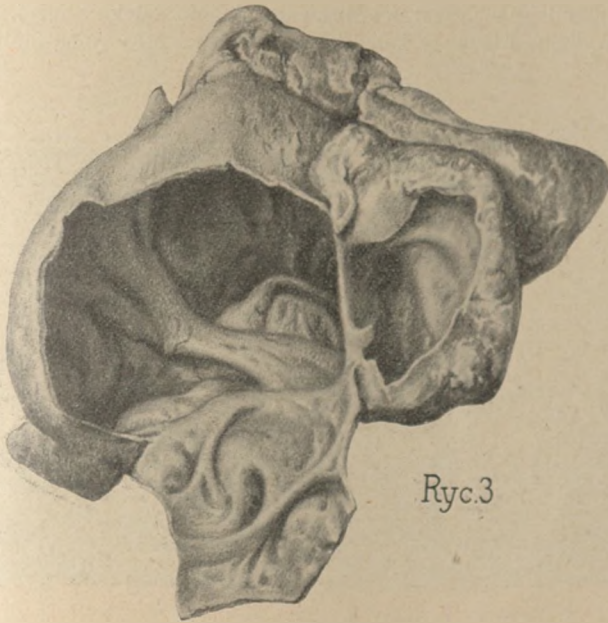
Wprowadzony przez ten otworek złębnik przebiega ukośnie, przenikając na dość dużej przestrzeni w ścianę torbieli.

Otwór, znaleziony na wewnętrznej powierzchni torbieli, leży nieco wyżej, aniżeli otwór, widziany na wewnętrznej powierzchni żyły. Sądząc z kierunku złębników, wprowadzonych do obu otworów, trzeba przypuścić,

że prowadzą one do jednego kanału, lub też do dwu kanałów, które się gdzieś ze sobą łączą.

Na preparacie, już stwardniałym, ściślej tego określić nie udało się. W każdym razie światło żyły szyjnej za pomocą niewielkiego naczynka żylnego łączyło się niezawodnie z jamą torbieli.

Oddzielny guzek, wielkości orzecha włoskiego, usunięty już po wyłuszczeniu torbieli, przedstawia tkankę gruczołową twardawą, nacieczoną.



Ryc.3

Wewnętrzna powierzchnia torbieli z przegrodami i beleczkami.

Badanie mikroskopowe, dokonane przez dr. M. Zielińską, wykazało: ścianę torbieli składa się z dwu wyraźnie zaznaczonych warstw—wewnętrznej i zewnętrznej (Ryc. A).

Warstwa zewnętrzna składa się z przeważnie grubych, falisto biegnących, szklisto zmienionych wiązek tkanki łącznej. Są one mniej więcej równoległe do powierzchni, wielokrotnie z sobą złączone. Między nimi znajdują się szpary wolne, wewnątrz których leżą w niewielkiej liczbie komórki, przeważnie o wydłużonych jądrach.

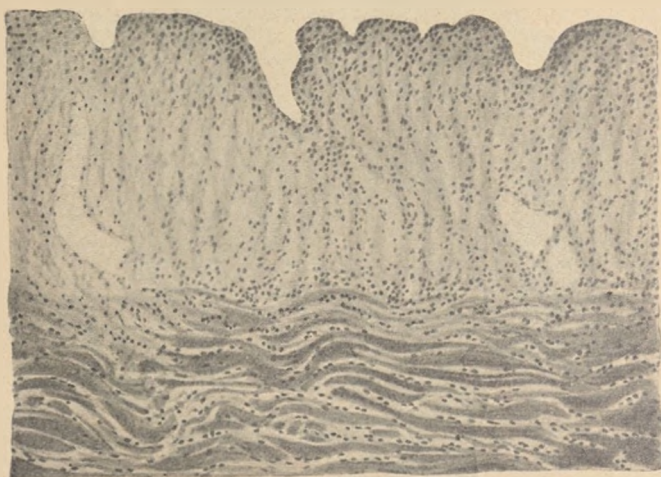
Wewnątrz wiązek komórki są bardzo nieliczne.

Warstwa wewnętrzna, o grubości w różnych miejscach niejednakowej, składa się z luźnej tkanki łącznej i licznych komórek. Te ostatnie są wrzecionowate o podłużnych jądrach, lub okrągłe duże i małe.

Wyraźnej, typowej warstwy śródbłonkowej właściwie niema.

Guziczek, złączony ze ścianą torbieli, posiada na zewnątrz bardzo wyraźną, cienką, łącznotkankową otoczkę (Ryc. B). Wewnątrz przegroda łącznotkankowa dzieli całość przedewszystkiem na dwie większe komory i wreszcie kilka drobniejszych.

Wewnątrz komór znajdują się liczne twory brodawkowe, przeważnie rozgałęzione. Rozgałęzienia te są różnego kształtu, często kolbowate. Masę ich stanowi tkanka łączna, utkana z cienkich włókien, idących w różnych kierunkach. Naczynia krwionośne o ścianach cienkich, wyraźnych, znajdują się w wielu miejscach. Jest ich prawdopodobnie daleko więcej, niż się to na pozór wydaje. Elementy komórkowe wewnątrz stromy są nieliczne.



Ryc. A.

Zeiss obj. AA. okul. 2.

Co do pokrycia komórkowego brodawek, to obecnie jest ono zachowane w niewielu tylko miejscach. Przeważnie go brak.

Wielkie masy komórkowe leżą złuszczone wewnątrz komór, często skupione w grupy lub długie rzędy, niekiedy zaś ułożone w wianek. Są to komórki dosyć duże, różnego kształtu. W rzędach najczęściej wałkowate.

O ile pokrycie jest zachowane, jest to zawsze pojedyncza warstwa komórek.

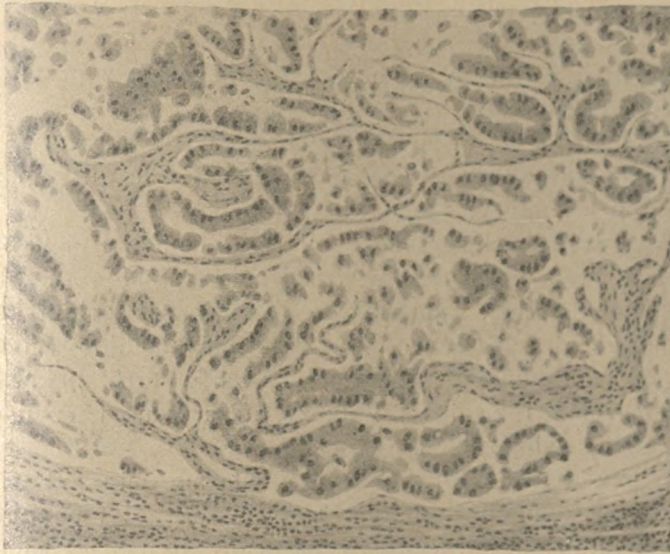
Wewnątrz niektórych brodawek znajdują się światła, wysłane takimiż komórkami. Takie same komórki wyściełają też miejscami ścianę komór.

Jakiej natury jest guziczek — nie jest rzeczą łatwą do rozstrzygnięcia.

Można przypuszczać przedewszystkiem, że jest to przerzut złośliwego nowotworu natury nabłonkowej (cystoma papillif. malign. mammae, ovarii

etc). Aczkolwiek ten obraz mikroskopowy różni się od obrazu mikroskopowego tych nowotworów, jednakże przypuszczenia tego na razie wykluczyć nie można.

Jeszcze jedno przypuszczenie może nasunąć się, mianowicie — że mamy tu do czynienia z nowotworem, powstałym z kłęбка szyjnego (gland. carotica). Charakterystyczne dla tych nowotworów ma być siedlisko — mianowicie w miejscu rozgałęzienia się carotis communis.



Ryc. B.

Zeiss obj. AA. okul. 4.

Czy nie istnieją jakie wyjątki pod tym względem — niewiadomo.

Oddzielny guzik, który leżał zdala od torbieli, otoczony grubą otoczką łącznotkankową, ma pod drobnowidzem budowę alweolarną. Zawiera on wśród stromy, szklisto zmienionej, liczne światła różnej wielkości. Wysłania komórkowego światła te obecnie nie posiadają, natomiast wewnątrz posiadają liczne komórki złuszczone. W niektórych drobnych światłach znajdują się szkliste krążki, mocno barwiące się i przypominające kolloid.

Złuszczone i zmieniony nabłonek, jak również mocno zmieniona stroma, utrudniają rozpoznanie.

Atoli bardzo jest prawdopodobne, iż jest to dodatkowy gruczoł tarczowy.

Do poprzednio opisanego guzik ten jest zgoła niepodobny.

Sprawa pochodzenia krwistych torbieli szyi dotąd nie jest wystarczająco wyjaśniona (odnośnie wszystkich spostrzeżeń).

Wyniki badań stosunków anatomicznych i budowy worka torbielowego upoważniają podać następujące przyczyny, jakie sprzyjają wytworzeniu się torbieli krwistych:

wrodzone zaburzenia w rozwoju układu żylnego;

takież zaburzenia w rozwoju gruczołów i naczyń chłonnych; żylaki żył szyjnych;

naczyniaki jamiste, powstające w ścianie żyły i w dalszym swym rozwoju łączące się z nią;

torbiele surowicze, wchodzące w połączenie z przylegającą do nich żyłą i

nakoniec — z wylewów pochodzenia urazowego, które z biegiem czasu otorbiły się, mogą powstawać guzy, podobne do torbieli krwistych.

W przypadkach, odnoszących się do pierwszej kategorii, zazwyczaj brak jest jakiejś większej żyły np. podobojczykowej, szyjnej wewnętrznej, zamiast której rozwija się torbiel krwista.

Zaburzenia zarodkowe w rozwoju naczyń chłonnych odgrywają poważną rolę w sprawie powstawania torbieli krwistych.

Zboczenie rozwojowe dotyczy tu zarówno naczyń chłonnych, jak i krwionośnych.

Wskutek tych zaburzeń wytwarzają się najprzód wielokomorowe naczyniaki chłonicze torbielowate (*lymphangioma cystica multilocularia*), które z czasem drogą wynaczynień przekształcają się w torbiele krwiste. W odnośnych przypadkach obok komór z zawartością surowiczą spostrzegano i inne komory, wypełnione płynem surowiczym z mniejszą lub większą domieszką krwi, skrzepami krwawymi lub kamieniami żylnymi.

Jeśli torbiel krwista zawdzięcza powstanie swoje żylakowi, wówczas sprawa ma odbywać się w ten sposób, iż tam, gdzie dwie żyły łączą się, tworzy się żylak większych rozmiarów; wobec małego światła doprowadzającego i odprowadzającego naczynia guz taki wydaje się zupełnie podobny do torbieli.

Niejednokrotnie mamy tu do czynienia z wrodzonym rozszerzeniem żyły, czy też całego spłotu żylnego. Gdy takie żylaki z czasem oddzielą się od pnia żylnego, wytworzą zupełnie zamknięte torbiele.

W pewnych razach torbiele krwiste powstają z naczynek jamistych, rozwijających się w ścianie żyły. Niekiedy naczyniak taki niszczy ścianę żylną i wchodzi w połączenie z jej światłem. Gdy zaś ulegną zanikowi oddzielne przegrody w guzie, wówczas powstaje jedna jama, łącząca się z żyłą.

Sądzić należy, iż w opisanym przeze mnie przypadku torbiel powstała najprawdopodobniej na tej samej drodze.

Na ścianie żyły wytworzył się naczyniak, w którym oddzielne przegrody uległy zanikowi. Naczyniak ten nie połączył się bezpośrednio ze światłem samej żyły, lecz nastąpiło takie połączenie z jakąś gałązką żylną śródścienną, i tą drogą wytworzyła się pośrednia komunikacja ze światłem żyły szyjnej.

Co do powstawania torbieli krwistych z torbieli surowiczych, to może to zdarzyć się wówczas, jeśli torbiele surowicze wchodzi w połączenie ze światłem żyły, po przedziurawieniu się ściany żyły, spowodowanem przez ucisk torbieli surowiczej na żyłę.

Wreszcie i z wylewu krwawego, powstałego w następstwie urazu, może wytworzyć się guz, podobny do torbieli krwistej po uprzednim otorbieniu się wylewu.

Omawiane torbiele krwiste występują najczęściej w dole nadobojczykowym, rzadziej natomiast pod kątem żuchwy, pod mięśniem mostkowoobojczykowosutkowym, lub w okolicy gruczołu tarczowego.

Powiększając się, guz może przebiegać w rozmaitych kierunkach, odsuwając mięśnie, wielkie naczynia, spychając np. krtań; niekiedy obrzmienie dotyka żuchwy, dna jamy ustnej lub podstawy czaszki; wgląb guz może dosięgnąć kręgosłupa i przełyku.

Co do wielkości swojej — torbiele krwiste szyi są, oczywiście, rozmaite, poczynszy od orzecha laskowego do wielkości niemal główki noworodka.

Zdarzają się guzy te najczęściej u małych dzieci, nie oszczędzając zresztą żadnego wieku.

Charakter objawów, jakie dają torbiele krwiste szyi, zależy od tej głównie okoliczności, czy torbiel łączy się z żyłą, czy też owo połączenie nie istnieje.

Torbiele, które łączą się z żyłą podobojczykową lub szylną, występują pod postacią guzów okrągławych lub jajowatych,

umiejscowionych w dole nadobojczykowym lub na przebiegu żyły szyjnej wewnętrznej.

Guz taki daje objawy chełbotania, powiększa się od kaszlu, krzyku lub po ułożeniu chorego z głową zwieszoną, zmniejsza się zaś, lub znika zupełnie od ucisku. Od kaszlu i krzyku guz zwiększa się.

Jeśli torbiel niema połączenia z żyłą, wówczas ani kaszel, ani ucisk nie wpływają na rozmiary guza. Są to guzy kuliste, jajowate, niekiedy o powierzchni nierównej, guzowatej. Można je w wielu razach swobodnie przesunąć i oddzielić od sąsiednich naczyń i od obojczyka. Napięcie guza bywa rozmaite. Torbiele o powierzchni guzowatej w oddzielnych odcinkach swoich mogą przedstawiać różnorodną spójność. Zależy to od różnej grubości ścian worka, jak również od tego, iż w tych razach guz składa się z paru komór z zawartością krwawą, lub też przedstawia wielokomorowy naczylniak chłonniczy, którego jedna lub więcej komór przekształciło się w torbiele krwiste.

Jeśli z biegiem czasu guz powiększa się i podlega większemu napięciu na skutek ponownych wynaczynień, wówczas wywiera ucisk na sąsiednie narządy i powoduje bóle, w innych razach utrudnione oddychanie i połykanie. Bóle, przez guz wywołane, mogą rozszerzać się, np. ku łopatce lub do ramienia.

Nader interesująco przedstawia się sprawa budowy ściany omawianych torbieli. Jeśli torbiel powstała wskutek zaburzeń w rozwoju układu żylnego lub naczyń chłonnych, jak również w tych razach, gdy początek guza stanowiły naczyniaki jamiste lub żyłaki — wówczas budowa ściany przypomina w ogólności budowę ściany żylną.

Grubość ściany worka bywa różnorodna — od grubości papieru do grubości ściany serca. Z zestawień Sawickiego wynika, iż wewnętrzna powierzchnia worka omawianych guzów przedstawiała sieć krzyżujących się ze sobą beleczek, i okazywała wielkie podobieństwo do wewnętrznej powierzchni serca.

Badaniem drobnowidzowem stwierdzano, iż ściana worka składała się z dwóch warstw — z tych wewnętrzna zawierała włókna sprężyste, liczne komórki wrzecionowate i odpowiadała błonie naczyniowej wewnętrznej; warstwa zewnętrzna składała się z luźnej tkanki łącznej, obfitującej w naczynia krwionośne, obok naczyń chłonnych, i odpowiadała błonie naczyniowej ze-

wewnętrznej. Ze śródbłonka w większości przypadków zachowały się tylko ślady, lub też zupełnie nie można było go odnaleźć.

Budowa torbieli krwistych, powstałych z naczynek limfatycznych, zasadniczo przedstawiała się tak samo. Cechę charakterystyczną stanowiła tutaj obecność w warstwie wewnętrznej ściany worka licznych szczelin chłonnych, wysłanych śródbłonkiem, w warstwie zaś zewnętrznej obecność tkanki gruczołowej z przejściami do tkanki tłuszczowej.

Ściana worka torbieli krwistej, powstałej z torbieli surowiczej (Glück), składała się z tkanki łącznej i na wewnętrznej powierzchni swojej tworzyła liczne brodawki i kosmki, podobne do kosmków kiszkowych. Cała wewnętrzna powierzchnia worka była wysłana wielowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym.

Rozpoznanie torbieli krwistych szyi w ogólności jest łatwe, szczególnie wówczas, gdy torbiel łączy się z żyłą, albowiem pod uciskiem taki guz zmniejsza się. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga strzykawka Pravaza.

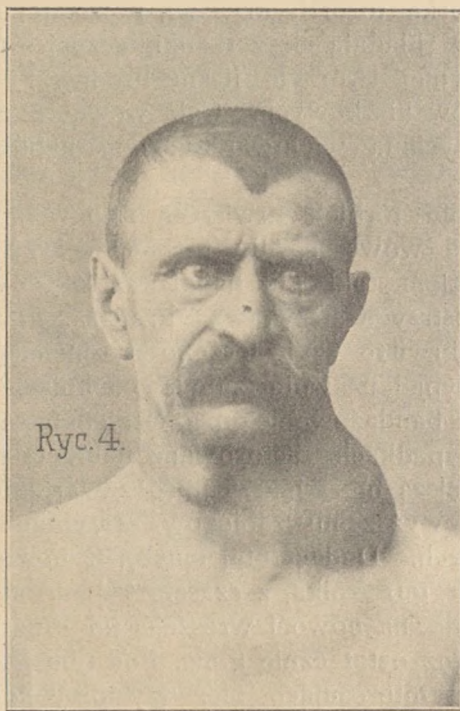
Torbiele krwiste szyi leczono rozmaicie. Kaczanowski otrzymał w przypadku swoim zupełne zniknięcie guza, stosując tylko zwykłe bandażowanie guza, względnie—uciskanie tegoż.

W 13 przypadkach zastosowano nakłucia torbieli, usuwając z guza mniejszą lub większą ilość zawartego w nim płynu. Atoli dzięki powyższemu zabiegowi otrzymano wyzdrowienie tylko u 4 chorych. Dodać tutaj muszę, iż niekiedy bezpośrednio po nakłuciu guz znika, z czasem jednak sprawa pogarsza się, guz powstaje na nowo i wreszcie po dłuższym lub krótszym trwaniu guz ostatecznie ginie. Pod tym względem przedstawia się nader interesująco pierwszy przypadek własny Sawickiego.

Chory, lat 53, przed laty 5-iu zauważył na lewej stronie szyi guzik wielkości orzecha włoskiego, niebolesny, miękki. Guzik leżał nad obojczykiem, tuż po za zewnętrznym przyczepem mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego. Guz, stopniowo powiększając się, osiągnął wielkości pięści; wówczas począł on bardzo szybko rosnąć i sprawiać bóle i zawroty głowy.

W klinice, dokąd chory zapisał się (r. 1887), za pomocą strzykawki Pravaza wydobyto z guza płyn krwisty, od zwykłej krwi żyłnej nieco jaśniejszy. W parę miesięcy guz zupeł-

nie zniknął. Po pewnym czasie chory bez widocznej przyczyny poczuł dreszcz wstrząsający, a wkrótce potem zauważył pojawienie się guza na lewej stronie szyi, który to guz szybko powiększał się i po upływie zaledwie 6 godzin dosięgnął wielkości pięści. Wkrótce wystąpił ból lewej połowy głowy, kłucie w lewym uchu, utrudnienie oddechu i skłonność do zemdlenia.

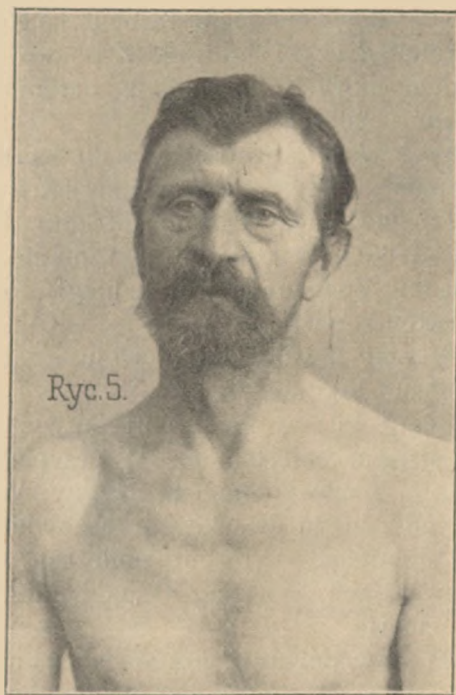


Na skutek powiększania się guza i wzmagania się objawów ucisku chory ponownie zapisał się do kliniki, gdzie stwierdzono obecność guza większego, aniżeli w roku poprzedzającym, kiedy chory przybył do kliniki po raz pierwszy.

Przyrządem Potaina wydobyto z guza około 250,0 płynu, który okazał się czystą krwią żylną; dalszego pompowania zaniechano i ograniczono się do zastosowania ucisku za pomocą opatrunku Mikulicza, który jednakże z powodu bólu musiano

usunąć. Już po paru dniach guz znacznie powiększył się, oddychanie stało się mocno utrudnione, połykać chory nie mógł.

Cała lewa połowa gardzieli, wraz z łukami podniebiennymi i powiększonym migdałem wystercza ku wewnątrz, tworząc rozlane, bolesne wypuklenie. Tętno stale utrzymywało się 90 — 100, ciepłota rano około 37, wieczorem około 38. Za-



lecono choremu operację, atoli na nią pacjent nie zgodził się.

Z czasem stan chorego zaczął stopniowo poprawiać się; kolejno znikły: ból głowy, szum i kłucie w lewym uchu, utrudnione oddychanie i połykanie. Guz stopniowo zmniejszył się o $\frac{1}{3}$ swej wielkości (Ryc. 4) i wreszcie po kilku miesiącach obrzmienie na szyi chorego znikło prawie zupełnie (Ryc. 5).

Do powyższego opisu dodać można, iż chory wyzdrowiał

zupełnie i do ostatnich czasów pełnił obowiązki woźnego w jednej z instytucji dobroczynnych. Jako ślad po przebytem cierpieniu pozostały: nieco zachrypnięty głos, niewielkie stwardnienie w okolicy lewego dołu nadobojczykowego, oraz mniejsze zagłębienie tegoż dołu w stosunku do strony prawej.

W pozostałych przypadkach, leczonych nakłuciem guza, nie osiągnięto wyleczenia pomimo kilkakrotnych nakłuć, a nawet pomimo stosowania ucisku lub wywołania ropienia w worku.

W 3-ch przypadkach nakłucie torbieli łączono ze wstrzykiwaniem do torbieli nalewki jodowej. Z pomiędzy tych trzech przypadków u dwu chorych guzy znikły, natomiast w przypadku trzecim nastąpiła śmierć.

U 2 innych chorych wprowadzano do worka igły w celu wywołania krzepnięcia krwi. Wkłuwanie igieł, od 2 do 7 jednocześnie, z pozostawianiem ich na dni kilka lub kilkanaście w przypadku Castelliego zakończyło się zniknięciem guza; natomiast w przypadku Volkmanna worek uległ zropieniu i chory umarł wśród objawów ropnicy.

Najlepsze wyniki dawało dotąd wyluszczenie guza i dziś jedynie ono zalecane być może.

Dotąd usunięto guz wogóle w 21 przypadkach, z czego u 3 chorych z zejściem śmiertelnem. W przypadku Orłowskiego śmierć nastąpiła z niewiadomej przyczyny. W drugim przypadku Bormana po zabiegu dziecko gorączkowało do 40°; oględzin zwłok nie dokonano. Vincent podczas zabiegu rozdarł żyłę szyjną wewnętrzną, poczem nastąpił olbrzymi krwotok; chora nazajutrz zmarła.

Usunięcie guza w pewnych przypadkach nie przedstawia trudności, w innych może być nader utrudnione.

Jeśli mamy do czynienia z guzem niedużym i z większą żyłą nie łączącym się, to zabieg jest zazwyczaj łatwy.

Jeśli guz jest dość duży i w bliskim pozostaje stosunku z większemi naczyniami, zabieg trwa długo i może przedstawiać wielkie trudności. W takich przypadkach nierzadko należy podwiązywać większe naczynia.

Glück *) w jednym przypadku musiał podwiązać żyłę szyjną

*) podług pracy Sawickiego.

wspólną, w drugim — żyłę podobojczykową i szyjną wspólną; Langenbeck podwiązał żyłę szyjną wspólną.

Duże trudności nastręczają również te przypadki, w których guz wciskał się odcinkiem swoim pomiędzy naczynia lub sięgał znacznie w głąb.

W przypadku Hütera guz wciskał się pomiędzy tętnicę dotwarzową i domózgową, od zewnątrz był pokryty tętnicą potylicową, ku wewnątrz sięgał aż do przelyku. Usunięcie guza było tam bardzo utrudnione, przyczem podczas zabiegu podwiązano tylko tętnicę potylicową i żyłę szyjną wspólną, która łączyła się z guzem.

W celu uniknięcia gwałtownego krwotoku niektórzy chirurgowie rozpoczynali zabieg od odsłonięcia głównych naczyń poniżej guza, poczem dopiero przystępowali do samego wyluszczenia guza.

PISMIENICTWO.

- 1) Sawicki Bronisław. „O krwistych torbielach szyi“. 1891. Osobne odbicie z Pamiętnika II zjazdu chirurgów polskich.
- 2) Kaczanowski. „Ein seltener Fall von congenitaler Blutcyste des Halses und der Fossa axillaris“. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1897.
- 3) Deschin. Streszcz. w Centr. chir. 1896.
- 4) Borman. „Krowianyja kisty bokowej powierzchni szej“. Medycinskoje obozrenie. 1897.
- 5) Schiffer. „Ueber die Blutcysten der seitl. Halsgegend“. Diss. Giessen. 1901. Streszcz. w Jahresh. über die Fortsch. auf dem Geb. der Chirurgie (Hildebrand). 1901.
- 6) Grossmann. „Ueber die angeborenen Blutcysten des Halses“. Inaug. Diss. 1902. Lipsk.
- 7) Nové-Josserand. „Kyste sérosanguinolent du cou, adhérent a la veine jugulaire interne; résection de la veine; guérison“. Lyon Médical. 1904.
- 8) Walther. „Énorme Kyste hématique du cou“. Bulletins et Mémoires de la société de chirurgie de Paris. 1906.
- 9) Spannaus. Allgemeine Medic. Central-Zeitung. 1908, № 10. Pokaz na posiedzeniu chirurgów.

Przypadek ciąży zamacicznej z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebicciem się tegoż do pęcherza moczowego

podał

S. GROSLIK.

I.

W czerwcu r. 1904 zgłosiła się do mnie 51-letnia T., zamężna, wskazując na ból w dole brzucha, częste i bolesne parcie na mocz, którego to moczu utrzymać nie jest w stanie, oraz na nieznośną woń moczu, przy czem pokazała kilkanaście kostek, które w ciągu roku ostatniego odeszły podczas oddawania moczu. Pierwsze objawy cierpienia wystąpiły mniej więcej przed rokiem, do tego zaś czasu chora cieszyła się zawsze dobrem zdrowiem. Regularność miewała prawidłową, typu $\frac{4}{3-5}$, żądanych bólów podczas lub po peryodzie nie doznawała, miesiączkowanie ustało przed 6-iu laty. Urodziła raz jeden 33 lata temu, poród i połóg odbyły się prawidłowo. Na zapytanie moje, czy więcej w ciążę nie zachodziła, chora odpowiada, że przypomina sobie, iż we dwa lata po urodzeniu syna peryody znów ustały, lecz po upływie 3 miesięcy wystąpiły silne bóle brzucha, połączone z nieznaczem krwawieniem z narządów rodnych i omdlewaniami, wskutek czego chora zmuszona była pewien czas przeleżeć w łóżku.

Ciąża jednakże nie została przerwana, owszem — we właściwym czasie chora zaczęła odczuwać ruchy płodu, i stan jej o tyle poprawił się, że już nie budził więcej żadnych obaw. Atoli dnia pewnego, a było to, jak się zdaje, w końcu siódmego miesiąca ciąży, chora pośliznęła się na ulicy i upadła, wnet potem wystąpiły gwałtowne bóle brzucha, i ruchy dziecka niebawem ustały. Od tej chwili chora już łóżka nie opuszczała. Gdy wreszcie minęło 9 miesięcy od początku ciąży, i, pomimo bólów porodowych, rozwiązanie nie nastąpiło, zaniepokojona zagadkowym swym stanem wezwała lekarzy, którzy jednak nie stanowczego nie przedsięwzięli. Jedni orzekli, że niezbędna jest natychmiastowa operacja, inni natomiast radzili zachowywać się wyczekująco. Mając dwie alternatywy, chora wybrała tę ostatnią i przeleżała w łóżku około 5 miesięcy. Przez ten czas brzuch stopniowo zmniejszał się i w końcu przybrał wymiary prawidłowe, a gdy

w 15 miesięcy od początku ciąży miesiączkowanie wróciło, chora czuła się już o tyle uspokojoną i zdrową, że z łatwością mogła objąć na nowo ster zajęć domowych. Od owego czasu więcej w ciążę nie zachodziła, chociaż stan jej zdrowia nie przedstawiał nic do życzenia.

Tak minęło bez mała lat 30, i w tym długim okresie czasu nietylko nie zaszła ani razu potrzeba zasięgnięcia porady lekarskiej z powodu powyższego zdarzenia, ale nawet pamięć o niem zupełnie się w umyśle chorej zatarła.

Alieci w maju r. 1903 chora zauważyła obfite, cuchnące wydzieliny ropne z pochwy, w miesiąc zaś czy dwa później mocz, dotychczas klarowny, zmętniał i zawierał liczne krople tłuszczu. Laktowanie, zawsze przedtem świetne, znikło, chora zaczęła chudnąć i tracić siły bez żadnej widocznej przyczyny. Zwrócono się tedy do dr. Finkelkrauta, który stwierdził w jamie brzucha obecność guza. Guz zajmował całą środkową część brzucha, był twardy, mało ruchomy i sięgał na mniej więcej dwa palce powyżej pępka.

Badaniem dwuręcznem stwierdzono, że guz wychodził z małej miednicy i tak ściśle przylegał do macicy, że tworzył z nią jedną całość. Nie znając dokładnie wywiadów co do przeszłości chorej, dr. Finkelkraut rozpoznał na razie śródmiażdżowy włókniak macicy z częściowym rozpadem, którego wyrazem były cuchnące wydzieliny z pochwy, chociaż z uwagi na to, że chora w przeciągu krótkiego czasu z kobiety kwitnącej zmieniła się nie do poznania, nie był pewny, czy nie ma tu do czynienia z guzem o charakterze złośliwym, mianowicie — mięsakiem.

Taki stan trwał prawie bez zmiany kilka miesięcy, gdy oto na początku jesieni tegoż roku dnia pewnego chora wśród silnych bólów oddała podczas oddawania moczu ciało obce, które dr. Finkelkraut rozpoznał, jako kość. Po kilku dniach wyszła druga kostka, i w podobny sposób w krótkim czasie wyszło sześć kości; za każdym razem chora miała silne bóle podczas oddawania moczu. Mocz był stale mętny, często nawet z krwią zmieszany. Badaniem, dokonanem w maju r. 1904, tenże lekarz stwierdził znaczne zmniejszenie się guza, który to guz wyczuwał się wówczas tylko w dole brzucha. Dowiedziawszy się od męża o tem, co zaszło przed laty trzydziestu, dr. Finkelkraut powziął podejrzenie o istnieniu płodu skamieniałego, którego oddzielne kostki z worka płodowego przedostają się do pęcherza moczowego.

Stan chorej w d. 1 czerwca r. 1904. Chora średniego wzrostu, prawidłowej budowy ciała i dobrze odżywiana. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno 80. W narządach klatki piersiowej nic godnego uwagi. Brzuch duży, pokład tłuszczu bardzo obfity. W dole brzucha wyczuwa się guz, sięgający środka linii między pępkiem a spojeniem łonowem, twardy, gładki i na ucisk bardzo bolesny. Z prawej strony guz ten daje się wymacać na przestrzeni trzech, z lewej — na przestrzeni dwóch palców poprzecznych od linii pośrodkowej. Odgłos wypukowy na guzie stłumiony. Guz ten ściśle przylega do przedniej ściany macicy, która wydaje się nieco przesuniętą na lewo i w tył. Z pochwy obfita wydzielina cuchnąca, wargi sromne obrzmiałe

i zmacerowane, skóra krocza i ud zaczerwieniona, szorstka, wydająca przenikliwą woń rozłożonego moczu.

Za pomocą cewnika wydobylem z pęcherza około 25 cm. sz. moczu mętnego, kwaśnego. Ilość białka w moczu wynosi 0,5%/₁₀₀. Osad zawiera liczne ciała ropne, czerwone krążki krwi i strzępy tkanki zgorzeliowej, tudzież bardzo obfite drobnoustroje, wśród których przeważa lasecznik okrężnicy. Pęcherz moczowy przepłukałem wodą wyjałowioną, przyczem okazało się, iż pojemność jego wynosi 80 cm. sz. Pomimo dość długiego płukania nie udało mi się oczyścić pęcherza całkowicie, skutkiem czego badanie za pomocą wziernika pęcherzowego nie dało dokładnego pojęcia o stanie błony śluzowej; przekonałem się jednak, że pęcherz ciała obcego nie zawiera.

Dnia następnego ponowna próba obejrzenia pęcherza. Błona śluzowa rozpułchniona i lekko zaczerwieniona, miejscami, szczególnie z prawej strony, widać bardziej jaskrawe plamy czerwone nieprawidłowego kształtu. Otwory moczowodów dają się łatwo rozpoznać i zmian żadnych nie przedstawiają. Na tylnej ścianie pęcherza, nieco na prawo od linii pośrodkowej, w pobliżu wierzchołka widać okrągławy otwór w postaci głębokiego uchyłka wielkości grosza, o brzegach nierównych, nacieczonych, pokrytych szarawymi strzępkami rozmaitej długości. Po naciskaniu guza od strony brzucha z otworu tego wylała się gęsta masa brunatnożółta, która w mgnieniu oka zanieczyściła płyn, zawarty w pęcherzu, i uczyniła dalsze oglądanie niemożliwym. Nie ulegało wątpliwości, że otwór w pęcherzu znajduje się w bezpośredniej łączności z guzem, który stanowił źródło stałego zanieczyszczenia moczu.

Pozostało określić naturę guza. W tym celu rozejrzałem się przedwzyskiem w dostarczonych mi przez chorą kostkach. Było ich razem 13. Z tej liczby dwie mają kształt paliczków: jeden długości 12 mm. — prawdopodobnie pierwszy paliczek palca ręki, drugi — długości 5 mm., szerokości 4 mm. — prawdopodobnie pierwszy paliczek palucha. Pięć kostek jednakowych, z których każda składała się z dwóch pod kątem prostym ustawionych wyrostków, określiłem, jako części składowe kręgów, mianowicie dwie kostki złożone razem tworzą łuki kręgów wraz z wyrostkami kolczystymi i poprzecznymi z dobrze zachowanymi wyrostkami stawowymi. Doskonale zachowany siekacz dopełnia liczby ciał obcych, które wyszły z pęcherza moczowego i których określenie nie nastroczało zbyt trudności. Wszystkie kości wymienione lśnią, jakby oszlifowane, co dowodzi, że krótki zaledwie czas przebywały w pęcherzu moczowym. Nakoniec pięć kostek pozostałych przedstawia się w postaci nieprawidłowego kształtu bryłek, które po porównaniu z kośćcem noworodka okazały się trzonami kręgów.

Zestawiając przytoczone dane z faktem niewątpliwym, że chora przed laty 30 zaszła w ciążę, czuła wyraźnie ruchy płodu przynajmniej aż do końca siódmego miesiąca, i wbrew przewidywaniu rozwiązanie nie nastąpiło, doszedłem do wniosku, że mamy tu do czynienia ze starą ciążą zamaciczną, zropieniem worka płodowego i przebicciem się jego do pęcherza moczowego, do którego od czasu do czasu przedostają się kości zgnilego płodu.

Ponieważ kości te wydobywały się na zewnątrz samorzutnie, i chora po kilku płukaniach pęcherza czuła znaczną ulgę, poradziłem jej zachowywać się na razie wyczekująco, tembardziej, że o jakimkolwiek zabiegu poważniejszym słyszeć nie chciała.

Zaledwie upłynęło kilka tygodni, gdy zostałem wezwany do chorej, która powróciła z letniego mieszkania z powodu bardzo częstego i bolesnego parcia na mocz. Objawy te trwały już kilka dni, i towarzyszyło im krwawe zabarwienie moczu. Badanie zgłębnikiem metalowym wykryło w pęcherzu moczowym obecność ciał obcych, których usunięcie uważałem za niezbędne.

Dnia 29 czerwca w uśpieniu chloroformowem rozszerzyłem na tępo cewkę moczową za pomocą wzierników Simona 1—7, wprowadziłem palec do pęcherza i przekonałem się, że część kości leży swobodnie w pęcherzu, część zaś tkwi nieruchomo w otworze, prowadzącym do worka płodowego. Kości, które leżały swobodnie, usunąłem bez trudności za pomocą szczypczyków; następnie w celu ułatwienia sobie dostępu do worka płodowego od strony pęcherza naciskałem mocno lewą ręką guz przez ścianę brzuszną, wskazicielem zaś prawym, znajdującym się w pęcherzu, uwolniłem uwięzione w otworze kości, otwór w ścianie pęcherza rozszerzyłem i uwolnione kości wydobylem na zewnątrz. Podczas naciskania guza przez powłoki brzuszne doznawałem wyraźnego uczucia tarcia kości. Po usunięciu kości pęcherz przemylem starannie roztworem kwasu borowego.

Ogółem wydobylem 16 kostek, mianowicie dwie kości podniebienne, żebro, 11 kostek kręgowych, zupełnie podobnych do opisanych powyżej, i dwie bardzo cienkie blaszki kostne bliżej nieokreślone. Wszystkie te kości były dobrze zachowane, bez inkrustacji.

Stan pooperacyjny bez powikłań. Bóle w pęcherzu i krwimocz ustały natychmiast, i w kilka dni po tym zabiegu chora wyjechała na wieś.

Taki stan względnego spokoju trwał jednak niedługo, gdyż już w końcu lipca, czyli w niespełna 4 tygodnie po operacji, chora wróciła ze wsi z temi samemi, co poprzednio, dolegliwościami, a badanie zgłębnikiem znów wykazało obecność ciał obcych w pęcherzu. Tym razem kości zdawały się szczelnie przylegać do ściany pęcherza, gdyż nie dawały się poruszać ani zgłębnikiem, ani szczypczykami.

Pomimo dotkliwych cierpień chora na zabieg operacyjny nie zgodziła się i w tym stanie przetrwała aż do d. 22 września, kiedy nareszcie przystała na ponowne usunięcie kości przez cewkę. Gdy po uśpieniu chorej i rozszerzeniu cewki za pomocą wzierników Simona wprowadziłem palec do pęcherza, okazało się, że cały wierzchołek jest jakby wybrukowany kośćmi, które ściśle przylegały do ściany pęcherza. W celu ich uruchomienia należało guz silnie uciskać przez powłoki brzuszne, dzięki czemu wierzchołek pęcherza okazał się bardziej dostępnym dla palca. Po długich i mozolnych próbach udało się nareszcie uwięzione kości uwolnić, lecz wówczas wyszło na jaw, że niektóre z nich były tak duże i posiadały tak ostre brzegi, że zachodziła obawa uszkodzenia pęcherza i cewki przy wydobywaniu ich na zewnątrz. Na domiar złego jedna z kości płaskich stanęła sztorcem na kształt przegrody, która dzieliła pęcherz na dwie komory i ostrymi brzegami

swymi opierała się o ściany pęcherza. Aby ją uruchomić i ułożyć poziomo, musiałem odłamać brzegi za pomocą szczypcyków, poczem przeciągnąłem do szyi pęcherza i ruchami palca wyłoniłem na zewnątrz bez żadnych obrażeń cewki. Taką samą prawie procedurę musiałem powtórzyć dla usuwania drugiej kości również płaskiej, lecz nieco mniejszej, poczem dopiero udało mi się dotrzeć do otworu w ścianie pęcherza i wydobyć stąd uwięzione żebro i kilka kości pomniejszych, wśród których znajdowało się lewe skrzydło wielkie kości klinowej. Wszystkie te kości w liczbie 7 były mniejsze lub więcej pokryte złoгами soli fosforanowych. Wymiar kości płaskich, z takim wysiłkiem usuniętych, wynosił 38×27 mm. i 35×22 mm. I tym razem przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny.

Niezwykłe trudności, z jakimi było połączone usuwanie kości podczas tej drugiej operacji, były dla mnie wyraźną wskazówką, że na tej drodze nie osiągnę zamierzonego celu. Liczba wydobytych dotąd kości stanowiła zaledwie niewielką część tego, czego należało się spodziewać po koścu płodu przynajmniej siedmiomiesięcznego, zabiegi więc dotychczasowe były raczej paliatywem i musiałyby być powtarzane wielokrotnie. Z drugiej strony przewidywane rozmiary pozostałych kości nasuwały obawę, że przy jednym z następnych zabiegów mógłbym napotkać jeszcze większe trudności, które nie dałyby się przezwyciężyć bez narażenia chorej na poważne niebezpieczeństwo. To też uważałem za właściwe oznajmić chorej, że jedyny środek ratunku widzę w doszczętnem usunięciu płodu drogą zabiegu krwawego.

Pomimo jednak, że już wkrótce po drugiej operacji cierpienia wróciły i były nad wyraz ciężkie, pomimo, że chora nie była w stanie utrzymać moczu i że mocz ten straszliwie cuchnął i zatruchiwał powietrze w pokoju do tego stopnia, że okna musiały być trzymane otworem dniem i nocą bez względu na późną jesień, wszelkie przekonywania długi czas rozbiły się o opór pacjentki, która wciąż spodziewała się samoistnego opróżnienia się worka płodowego drogą naturalną i w tej nadziei była podtrzymywana nawet przez lekarzy. Dopiero gdy w grudniu r. 1904 wystąpiły zaburzenia ze strony odbytnicy i jednocześnie zjawily się silne bóle w prawym podbrzuszu, co uważałem za zwiastuny grożącej perforacji worka płodowego jednocześnie w dwóch kierunkach, zabieg operacyjny został wreszcie postanowiony.

Operację wykonałem d. 15 grudnia 1904 r. z pomocą dr. Finkelkrauta, Korzeniowskiego i Radlińskiego. Chorą ułożono poziomo, pod krzyż położono gruby walek i zachloroformowano. Cięcie skóry wzdłuż smugi od pępka do spojenia łonowego. Po nacięciu grubej warstwy tłuszczowej i powięzi powierzchownej rozsunięto mięśnie proste na tępo i ranę rozszerzono hakami. Okazało się przytem, że powięź poprzeczna jest mocno napięta i w odległości mniej więcej trzech palców poprzecznych na prawo od środka linii cięcia tak ścięniała, że pozwala z łatwością wyczuć ostry kant przebijającej się kości. Widoczne było, że w tem miejscu nastąpił zrost ściany worka płodowego z otrzewną ścienną i powięzią. Pod naciskiem palca ściana worka została przebita, przy czem w otworze sterczała kość, którą usunęto. Było to żebro. Otwór w ścianie worka rozszerzyłem nożem ukos-

nie ku dołowi w kierunku linii pośrodkowej i dostałem się całą ręką do jamy, wypełnionej kośćmi i cuchnącą masą, wśród której przeważały rozpadające się skrzepy krwi.

W krótkim czasie wydobyłem przeszło 100 kości, przeważnie mocno inkrustowanych, i całą garść starych skrzepów. Niektóre drobne kosteczki były mocno wbite w ścianę worka, z której należało je literalnie wygrzebywać paznociami.

Po możliwie doszczętnem opróżnieniu worka płodowego z zawartości, odszukałem otwór, komunikujący z pęcherzem, co dało się z łatwością uczynić dzięki temu, że w otworze tym tkwiła długa kość, również żebro. Kilka drobniejszych kostek wydobyłem przez otwór ten bezpośrednio z pęcherza moczowego, poczem wprowadziłem doń cewnik Pezzera, przez który starannie przemyto zarówno pęcherz, jak i jamę worka, i który to cewnik pozostawiono na stałe. Jamę worka szczelnie wypełniłem gazą w części jodoformową, w części wyjałowioną, oddzielnie zaś wytamponowałem ranę, którą ze względu na septyczną zawartość worka pozostawiłem otworem. Opatrunek szczelny.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy i bez powikłań ze strony otrzewnej, co niewątpliwie zawdzięczyć należy tej okoliczności, że podczas operacji wolna jama brzuszna nie została otwarta.

Natychmiast po operacji mocz stracił woń cuchnącą i przez pierwsze trzy dni splotwał doskonale przez cewnik, pozostawiając opatrunek zupełnie suchym. Stan ogólny nie przedstawiał nic do życzenia. Dnia 19 grudnia pierwsza zmiana opatrunku. Gaza, która wypełniała worek płodowy, prześiąknięta była miejscami kałem żółtym, widocznie wskutek utworzenia się przetoki kałowej, która jednak nie dała się unaocznic. Przetoka ta powstała, prawdopodobnie, w miejscu zrostu, wytworzonego między ścianą kiszki a workiem, w którym ostry koniec kości przebijał się w kierunku kiszki.

Okoliczność ta dowodzi, że obawa grożącego przebicia się worka w stronę kiszki była również uzasadniona, jak i powzięte przed operacją przypuszczenie, że zawartość torbieli dąży do przebicia się w kierunku powłok brzusznych, co, jak widzieliśmy, zostało istotnie potwierdzone podczas operacji. Obecność przetoki kałowej skłoniła mnie do zastąpienia opatrunku szczelnego okładami w celu zapobiegania zanieczyszczenia rany. Po upływie tygodnia rana znakomicie oczyściła się, jama worka znacznie zmalała i wypełniła się tęgą ziarniną, wszelkie ślady kału w ranie znikły. Codziennie przemywano pęcherz i jamę worka dużą ilością roztworu kw. bornego, do czego posługiwałem się cewnikiem, pozostawionym na stałe, i co kilka dni odnawianym.

Od czasu do czasu pokazywały się w ranie drobne odłamki kostne, które nie dały się oddzielić od ściany worka podczas operacji. W ciągu pierwszego miesiąca po operacji mocz częstokroć torował sobie drogę przez ranę brzuszną, później, gdy otwór rany uległ znacznemu zmniejszeniu, i cewnik został usunięty, zjawisko to zdarzało się coraz rzadziej, całkowicie jednak ustąpiło dopiero po upływie dwóch miesięcy od operacji. Od tej chwili chora oddawała mocz co dwie godziny, przytem sprawność pęcherza, jako-

też własności moczu były bez zarzutu. Dwa czy trzy razy w drugim miesiącu po operacji pokazały się w moczu bardzo nieobficie cząsteczki kału z resztkami pokarmu (szpinak), jakoteż wiatry odchodziły niekiedy przez cewkę moczową. Było to jednak zjawisko przelotne, które wskazywało, że przetoka kiszkowa nie od razu zabiłła się.

Dla dopełnienia obrazu przebiegu pooperacyjnego należy dodać, że w marcu r. 1905 już po całkowitem zagojeniu się rany utworzył się w bliznie niewielki ropień, któremu towarzyszyło nieznaczne podniesienie się ciepłoty ciała. Ropień ten pękł po upływie kilku dni samorzutnie, i przy opatrunku wydobyłem zeń drobny odłamek kostny, który nie zdążył wcześniej wyeliminować się. Po tem drobnem zająściu gojenie nie zostało więcej niczem zakłócone.

Badanie, dokonane w kwietniu r. 1905, już po całkowitem zagojeniu się rany, wykazało, co następuje. Mocz czysty, odchodzi co 3 — 4 godziny bez najmniejszych dolegliwości; wydzielina z pochwy bardzo skąpa, śluzowa, macica w położeniu prawidłowem, przydatki maciczne z lewej strony miękkie, w prawem sklepieniu wyczuwa się poprzeczny, twardy i nieco na ucisk wrażliwy guz wielkości jaja kurzego; oba jajniki dają się dokładnie wymacać w postaci ciał ruchomych wielkości mniej więcej orzecha laskowego.

Liczba wydobytych podczas operacji kości płodu wynosi 105, łącznie zaś z kośćmi, usuniętymi przy poprzednich zabiegach oraz wydalonemi samorzutnie — 157. W tej liczbie znajduje się cały komplet kości czaszkowych, wszystkie kości barku i miednicy, wszystkie długie kości kończyn górnych i dolnych, oraz wszystkie żebra. Brak wielu drobnych kostek dłoni i stóp daje się wytłómaczyć tem, że chora nie była w stanie zebrać i zachować wszystkich kości, które przez tak długi czas odchodziły z moczem. Prawie wszystkie kości, usunięte podczas operacji, są dobrze zachowane i łatwo dają się rozpoznać, wszystkie są w mniejszym lub większym stopniu inkrustowane, pomimo, że leżały w worku płodowym, nie zaś w pęcherzu, co dowodzi, że wobec szerokiej komunikacji, jaka istniała między obu temi jamami, kościec poddawany był działaniu moczu rozłożonego przez czas dłuższy.

Ażeby ustalić okres ciąży, jakiemu odpowiadał wydobyty kościec, zestawiam tu wymiary niektórych kości w porównaniu z odpowiednimi wymiarami w ósmym miesiącu według Casper-Limana (porówn. Zweifel, Lehrbuch d. Geburtshülfe, wyd. 4-e, str. 81):

	w naszym przypadku:	w 8-ym mies. (do 32 tyg.):
kość ciemieniowa prawa	70 × 78 mm.	—
„ „ „ lewa	64 × 70 „	—
kości czołowe	55 × 48 „	—
„ udowe	68 mm.	54 mm.
„ piszczelowe	58 „	47 — 52 mm.
„ strzałkowe	55 „	47 — 52 „
„ ramieniowe	60 „	52 — 54 „
„ przętowe	50 „	49 — 52 „
„ promieniowe	48 „	40 — 43 „

Z tabliczki tej widać, że wydobyty kościec odpowiadał płodowi prawie donoszonemu, co poniekąd przeczy opowiadanu chorej, jakoby ruchy płodu miały ustać już w końcu siódmego miesiąca ciąży.

II.

Przypadki ciąży zamacicznej z przebicciem się zropiałego worka płodowego do pęcherza moczowego należą do zjawisk bardzo rzadkich. Według Wertha*) ropień toruje sobie drogę najczęściej do kiszki, albo przebija powłoki brzuszne, rzadziej następuje pęknięcie do macicy lub pochwy, najrzadziej zaś worek płodowy otwiera się do pęcherza moczowego i do wolnej jamy brzusznej. W większości jednak przypadków treść worka znajduje sobie ujście jednocześnie kilku drogami.

W r. 1890 Winckel zebrał z piśmiennictwa 11 przypadków przebiccia się worka płodowego do pęcherza, do których dołączył dwunasty, przez siebie spostrzegany. Własne moje poszukiwania wykazały, że w chwili obecnej liczba tego rodzaju przypadków wynosi 24, a łącznie z moim—25. W zebranych przezemnie przypadkach okres zatrzymania płodu trwał od kilku miesięcy do kilkunastu i więcej lat, najdłużej zaś, bo lat około 30, cała sprawa ciągnęła się w przypadku przezemnie spostrzeganym. Wiek płodu wynosił 3—9 miesięcy.

Z 24 przypadków, opisanych w piśmiennictwie, własnemu losowi pozostawiono 7, z tych zaś tylko w dwóch nastąpiło samowyleczenie. O jednym znajdujemy wzmiankę w dziele Van der Wiela (1727), który podaje, że u pewnej kobiety odchodziły rozmaitymi czasy drobne kostki z moczem w takiej liczbie, że złożyły się na kościec płodu 3-miesięcznego.

Przypadek drugi, opisany przez Hayema i Giraudeau (1882), dotyczył kobiety 23-letniej, u której w 11 miesięcy po ostatnim peryodzie nastąpiło najpierw przebiccie się torbieli ropnej do odbytnicy, po upływie zaś dwóch tygodni zaczęły odchodzić z moczem kości płodu 4—5 miesięcznego. Cały proces opróżniania się treści worka płodowego przez cewkę moczową trwał

*) R. Werth, Die Extrauterinschwangerschaft. Handb. der Geburtshilfe herausgeg. von Winckel. Wiesbaden, 1904, T. II, cz. II, str. 828.

około roku, całkowite zaś wyleczenie nastąpiło dopiero po upływie dwóch lat.

Z pozostałych 5 przypadków nieoperowanych dwa zakończyły się śmiercią z wycieńczenia. W jednym, opisanym przez Edgara (1870), rozpoznano świeżą ciążę zamaciczną, 5-miesięczną, u kobiety 32-letniej, jednak bez zaburzeń ze strony pęcherza. Komunikację między workiem płodowym a pęcherzem wykryto dopiero po śmierci, która nastąpiła w 15 miesięcy od początku ciąży.

Przypadek Monniera (1883) dotyczył kobiety 44-letniej, u której peryod został przerwany na rok, a po ponownym zjawieniu się wystąpiły silne bóle w brzuchu. Znalaziono guz w jamie brzusznej, który rozpoznano, jako włókniak macicy. Po 4 ch latach—objawy podrażnienia otrzewnej i zaburzenia pochwowe. Badanie wykryło ostry odłam kości w pochwie, i stwierdzono trzeszczenie w podbrzuszu. Post mortem wykryto szerokie połączenie między guzem a tylną ścianą pęcherza, do którego sterczały liczne końce kości, wypełniających wnętrze guza.

Do tejże grupy przypadków nieoperowanych należą spostrzeżenia Rackiewicza, White'a i Inouye. W przypadku Rackiewicza (1878) sprawa dotyczyła kobiety 34-letniej, u której kości płodu 5-miesięcznego zaczęły odchodzić w dwa lata po zająściu w ciążę naprzód przez odbytnicę (2 kości skroniowe i potylicowe), później wystąpiły objawy pęcherzowe, zakończone wydaleniem lewej łopatki. Dalsze losy chorej nie są wiadome.

Przypadek White'a (1878) dotyczy kobiety 24-letniej, u której w 3 miesiące po wystąpieniu ciężkich zaburzeń w miesiączkowaniu stwierdzono guz w lewej okolicy biodrowej. Rozpoznawszy krwistek, White nakłuł guz przez przednie sklepienie pochwowe i wydobyl 3—4 uncji płynu o zabarwieniu słomkowym z nieznaczną domieszką krwi. W następstwie tego zabiegu rozwinęło się najpierw ciężkie zapalenie otrzewnej, później powstała przetoka pęcherzowopochwowa, którą zamknięto 6-ma szwami. W pół roku potem wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu, spowodowane uwieżnieniem kości w cewce. Po usunięciu ciała obcego, które okazało się żebrzem płodu 3—4 mies., kości w ciągu dwóch lat odchodziły samorzutnie wraz z moczem, i w tym okresie czasu występowały kilkakrot-

nie napady ciężkiego zapalenia otrzewnej. Dopiero po upływie trzech lat od początku choroby nastąpiła znaczna poprawa, pomimo że przeważna część kości płodu pozostała w łonie matki, nie sprawiając na razie dotkliwych zaburzeń.

Inouye (1891) wreszcie spostrzegał przypadek, w którym kości płodu 8-miesięcznego zaczęły odchodzić przez cewkę moczową po 6 latach od początku ciąży, później zaś wydobywały się przez pochwę i odbytnicę. O dalszych losach tej chorej autor nie podaje żadnych wiadomości.

Zabiegi operacyjne dokonane były w 17 przypadkach; 6 razy kości płodu usunięte zostały częściowo lub całkowicie *per vias naturales* po rozszerzeniu na tępo lub rozłupaniu cewki moczowej. Tu należą następujące przypadki:

Przypadek Giesslera (1856). U kobiety 35-letniej w rok po zająściu w ciążę odeszły przez odbytnicę ropa i dwie kości płodu 7-miesięcznego, poczem wystąpiły zaburzenia pęcherzowe. Za pomocą cewnika wykryto w pęcherzu obecność kości, które jednak tylko częściowo zostały usunięte przez cewkę moczową. W następstwie wytworzyło się szerokie połączenie między pęcherzem a kiszka tak, że kał, mocz i kości płodu odchodziły to jedną, to drugą stroną. Śmierć z wycieńczenia w rok po przedziurawieniu się pęcherza. Na sekcji znaleziono kości płodu tylko w pęcherzu moczowym i cewce.

Przypadek Thompsona (1864). W 7 lat po zająściu w ciążę zaczęły odchodzić kości z moczem. Badanie wykazało ciała obce w pęcherzu i guz z lewej strony podbrzusza. Cewkę z obu stron nacięto, wprowadzono palec do pęcherza moczowego i za pomocą szczypców wyciągnięto kości z pęcherza i worka płodowego. Po 4 dniach usunięto jeszcze pozostałą kość skroniową. Wyzdrowienie z częściowym nietrzymaniem moczu. Szczegółów co do wieku chorej i okresu ciąży nie podano.

Littlewood (1886) wspomina o spostrzeganym przez się przypadku, w którym kości płodu 6-miesięcznego dostały się samorzutnie do pęcherza moczowego w dwa lata po zająściu w ciążę. Z pęcherza kości zostały wydobyte po nacięciu cewki moczowej. Chora wyzdrowiała, nie była jednak w stanie utrzymać moczu.

W przypadku Ehrendorfera (1889) u kobiety 31-letniej zaczęły odchodzić z moczem kości płodu w pół roku po zająściu.

Przez rozszerzoną cewkę wydobyto (Schauta) z pęcherza 11 kości większych płodu 5-miesięcznego, w 19 zaś miesiący później Ehrendorfer w ten sam sposób usunął z worka płodowego resztę kości, poczem nastąpiło całkowite wyleczenie.

Winckel (1890) spostrzegał przypadek ciąży zamacicznej 6—7 miesięcznej u kobiety 33-letniej, u której przebicie pęcherza nastąpiło w 6 lat po zajściu. Cewkę moczową rozszerzono na tępo wziernikami Simona i palcem, wprowadzonym do pęcherza, usunięto najpierw tkwiącą tu kość piszczelową, poczem opróżniono worek płodowy przez otwór, którym łączył się on z pęcherzem. Zejście pomyślne z częściowem nietrzymaniem moczu.

Przypadek Rai (1906) dotyczy kobiety 40-letniej, u której ostatnia ciąża miała miejsce przed 10 laty. Gdy ciąża dobiegła kresu, wystąpiły bóle porodowe, rozwiązanie jednak nie nastąpiło. Od 4 miesięcy uczucie ciała obcego w pęcherzu, z moczem często odchodzą małe kosteczki. Nad spojeniem łonowem wyczuwa się guz trzeszczący. W pięciu posiedzeniach, oddzielonych od siebie przerwami 6-cio dniowemi, usunięto z pęcherza po rozszerzeniu cewki 68 kości płodu donoszonego. Reszta, złożona z dużych kości, wydobyć się nie dała. Poprawa stanu ogólnego. Dalsze losy chorej nie są wiadome.

Cięcie pęcherza nadłonowe w celu wydobywania kości płodu z pęcherza i worka płodowego wykonano 6 razy, a mianowicie:

Josephi (1803)—u kobiety 47-letniej, u której ruchy płodu ustały w 37 tygodniu ciąży, zaś w 12 lat później przy silnych bólach zaczęły odchodzić liczne kostki przez cewkę moczową. Gdy próby wydobywania kości *per vias naturales* spełzły na niczem, Josephi wykonał w r. 1802 cięcie nadłonowe i wydobyl z pęcherza sto kilkadziesiąt kości i kamyków. Śmierć trzeciego dnia po operacji z zapalenia otrzewnej. Na sekcji stwierdzono dwa otwory, łączące worek płodowy z pęcherzem moczowym, oraz otwór w worku, drążący do otrzewnej. Jest to pierwszy dokładnie opisany przypadek ciąży zamacicznej z przedziurawieniem się worka płodowego do pęcherza.

Bossuet spostrzegał (1816) przypadek ciąży zamacicznej, która trwała 9 lat. W ciągu pierwszych trzech lat chora czuła się względnie dobrze, potem wystąpiły zaburzenia pęcherzowe,

połączone z wydalaniem kości przez cewkę moczową. Wkrótce powstała przetoka odbytnicowopęcherzowa, i zarówno mocz, jak i kał odchodziły to przez cewkę, to przez odbytnicę. Po sześcioletnich blisko cierpieniach dokonane zostało cięcie pęcherza moczowego nadłonowe i usunięto 146 kości płodu 7 miesięcznego. Wyzdrowienie całkowite z zarośnięciem przetoki odbytnicowopęcherzowej. Przypadek ten, spostrzegany w r. 1816, został ogłoszony najpierw w r. 1818, następnie w r. 1870, ostatnio zaś w r. 1893.

Morlanne przytacza spostrzeżenie, w którym w czwartym miesiącu ciąży zamacicznej nastąpiło zropienie worka płodowego z przebicciem się do odbytnicy. Przez otwór ten odeszły podczas oddawania stolca—ropa, wnętrzności płodu i inne części miękkie. Następnie wystąpiły objawy ciała obcego w pęcherzu, skąd usunięto kość piszczelową, poczem w ciągu dwóch miesięcy chora oddała liczne kostki przez cewkę moczową. Ponieważ objawy ciała obcego w pęcherzu trwały w dalszym ciągu, wykonano cięcie pęcherza i resztę płodu wydobyto. Szybkie wyzdrowienie.

Hue (1900) wykonał cięcie nadłonowe w dwóch przypadkach, mianowicie u kobiety 62 i 64-letniej, u których rozpoznał kamienie i ciała obce w pęcherzu. W obu przypadkach okazało się, że miał do czynienia z kośćmi, pochodzącymi z ciąży zamacicznej skutkiem przebiccia się zawartości worka płodowego do pęcherza. Jeden z tych przypadków powikłany był przetoką pęcherzowopochwową. Dodać należy, że Hue bezskutecznie próbował usunąć kości przez cewkę moczową. W obu przypadkach nastąpiło wyzdrowienie.

Do tejże grupy zaliczyć należy również spostrzeżenie Wertha (1887), jakkolwiek cięcie pęcherza nadłonowe było tu tylko jednym z etapów bardzo złożonego zabiegu, jaki zastosował Werth. Przypadek dotyczy kobiety 32-letniej, u której po dłuższem niedomaganiu odeszło kilka kostek z cewki moczowej. Bliższych szczegółów co do początku i przebiegu ciąży autorowi nie udało się zebrać z powodu bardzo ciężkiego stanu chorej. Stwierdzono z lewej strony miednicy obecność guza trzeschcącego wielkości pięści, i rozpoznano ciążę zamaciczną (5-miesięczną?) ze zropieniem płodu skamieniałego.

W przekonaniu, że najłatwiej będzie dostać się do worka

płodowego przez powłoki brzuszne, Werth wykonał cięcie brzucha; zastawszy tu dostęp do worka zagrodzony przez kiszki, obrał następnie drogę przez pochwę. Nie będąc jednak w stanie, pomimo dotarcia do legowiska płodu, kości usunąć, rozszerzył cewkę moczową, wprowadził palec do pęcherza i otworu komunikującego z workiem płodowym i w ten sposób próbował uruchomić kości płodu. Gdy wszystkie te zabiegi do celu zamierzonego nie doprowadziły, Werth otworzył pęcherz cięciem nadłonowym, przez które dotarł wreszcie do worka płodowego i tkwiące tu kości usunął. Exitus letalis 3-go dnia po operacji skutkiem zapalenia otrzewnej.

Na uwagę zasługuje w tym przypadku zadziwiająco mała liczba wydobytych odłamów kostnych i wysoki stopień ich zniekształcenia, które nie pozwoliło ustalić wieku płodu. Główną masę stanowiły blaszkowate o nierównych brzegach twory kostne, z których największy posiadał 30 mm. długości, 22 mm. szerokości i 4 mm. grubości. Wszystkie kości, razem złożone, zajmowały przestrzeń, wynoszącą niespełna 6 cm. kw. Zdaniem Wertha, opartem na badaniu mikroskopowym zarówno odłamów kostnych, jak i ścian worka płodowego, zmiany te przypisać należy niszczącemu działaniu ziarniny, wytworzonej na wewnętrznej powierzchni worka płodowego. Nie jest jednak wyłączone, że Werth miał do czynienia ze zropiałą torbielą skórzastą, która otworzyła się do pęcherza moczowego i dała powód do mylnego rozpoznania ciąży zamacicznej. Szereg przypadków podobnych, w których twory kostne przedostały się do pęcherza skutkiem zropienia torbieli skórzastej, przytacza Ungerer w pracy swojej p. t. „Ueber Knochenfragmente als Fremdkörper in den Harnwegen“ (1881).

W pozostałych pięciu przypadkach ciąży zamacicznej z przebicciem worka płodowego do pęcherza dwa razy wykonano cięcie pochwy, raz usunięto kości płodu przez przetokę w powłokach brzusznych, dwa razy wreszcie utorowano sobie drogę do legowiska płodu przez cięcie brzucha. Przypadki te są następujące.

Przypadek Gottschalka (1894). Stwierdziwszy u kobiety 36-letniej ciążę zamaciczną z przedziurawieniem się pęcherza moczowego, Gottschalk wykonał cięcie pochwy i ropę wraz z kośćmi płodu 4-miesięcznego usunął. Następnie zas, zapra-

gnąwszy wyciąć worek płodowy i pokryć brak w tylnej ścianie pęcherza, zrobił cięcie brzucha, poczem jednak przekonał się, że o usunięciu worka płodowego nie może być mowy z powodu licznych zrostów z jelitami. Ograniczył się więc na tem, że brak w ścianie pęcherza pokrył płatami, wytworzonymi z otrzewnej ściennej, i jamę brzuszną zaszył. Piątego dnia po operacji nastąpił exitus letalis skutkiem krwotoku płucnego. Oględziny pośmiertne wykazały, że płaty pęcherza trzymały się bardzo dobrze. W macicy płód trzytygodniowy.

W przypadku, opisanym przez Baatza (1899) i dotyczącym również kobiety 36-letniej, u której przedziurawienie się pęcherza i odchodzenie kości przez cewkę moczową wystąpiły w drugim roku ciąży, Winter najpierw rozszerzył na tępo cewkę i wydobyl z pęcherza kilka kości, poczem, wymacawszy z prawej strony pęcherza otwór wielkości grochu, z którego przy badaniu cystoskopowem wydobywał się płyn ropny, wykonał cięcie pochwy i usunął kości płodu 6-miesięcznego. Po upływie sześciu tygodni okazało się jednak, że kilka kości pozostało w pęcherzu; usunięto je *per vias naturales* po uprzednim rozszerzeniu cewki moczowej. Wynikiem tej dodatkowej operacji było częściowe nietrzymanie moczu.

Schultze (1864) opisał przypadek, w którym już w kilkanaście miesięcy po zająściu w ciążę wystąpiło u kobiety 37-letniej pęknięcie worka płodowego naprzód pod pępkiem, później do macicy, w końcu zaś do pęcherza moczowego. Gdy wylot pęcherza został całkowicie zatarasowany odłamami kostnymi, i mocz utorował sobie drogę przez przetokę brzuszną, otwór przetoki rozszerzono i w dwóch posiedzeniach wydobyto kości płodu 28-tygodniowego zarówno z worka płodowego, jak i z pęcherza. Wyzdrowienie.

Przypadek Breiskyego (1887) dotyczy kobiety, która w 33 roku życia zaszła w ciążę i czuła ruchy płodu do końca 9-go miesiąca. W pięć lat po obumarcu płodu wystąpiły zaburzenia ze strony pęcherza, które zwalczano przemywaniami. W ósmym roku zaczęły odchodzić z moczem włosy i wiatry, chora gorączkowała, wychudła. Breisky długi czas zwlekał z operacją, na którą zdecydował się dopiero wówczas, gdy stan ogólny był już zatrważający. Wykonał cięcie brzucha, ścianę worka przyszył do otrzewnej ściennej i worek otworzył. Pod-

czas usuwania kości okazało się, że kość udowa była wbita w ścianę pęcherza. Śmierć z zapalenia otrzewnej szóstego dnia po operacji. Na sekcji stwierdzono otwór, prowadzący do pęcherza i przepuszczający zaledwie gruby zgłębnik anatomiczny.

Cięcie brzucha dwuczасowe z wszyciem worka płodowego do ściany brzusznej wykonał Steltner (1895) w przypadku, w którym objawy ze strony pęcherza i odchodzenie kości płodu przez cewkę moczową wystąpiły u kobiety 40-letniej w 12 lat po zajściu w ciążę. Po upływie 5-iu dni od operacji worek płodowy otworzył się samorzutnie, i wówczas Steltner otwór rozszerzył i usunął kości płodu donoszonego. Zabieg ten został uwieńczony wynikiem pomyślnym.

Oprócz podanych wyżej 24 przypadków, mniej lub więcej szczegółowo opisanych, znalazłem jeszcze kilka luźnych wzmianek o podobnem zejściu ciąży zamacicznej, które przytoczę tu w krótkości. Köhler (1854) powołuje się na bezimienne spostrzeżenie z numeru listopadowego „Med. Journ.” London z r. 1800, w którym płód dostał się do pęcherza moczowego, poczem liczne kostki wydobywały się przez cewkę na zewnątrz. W końcu wykonano cięcie pęcherza z zejściem śmiertelnem. Doudement (1826), który o tym samym przypadku wspomina, dodaje, że było to cięcie nadłonowe. Tenże Doudement przytacza spostrzeżenie z praktyki Flauberta, w którym kości płodu zamacicznego przebiły pęcherz moczowy po 15 latach ciąży i zostały usunięte cięciem pęcherza pochwowem.

Lecieux (1821) opisał przypadek, dotyczący kobiety 50-letniej, u której w 8 lat po zajściu w ciążę wystąpiły objawy pęcherzowe, a w 5 lat później odeszła przez cewkę inkrustowana kość. Wkrótce potem wytworzyła się przetoka pęcherzowopochwowa, przez którą wprowadzono palec do pęcherza i usunięto zeń 12 kamieni rozmaitej wielkości. Kamienie te zawierały, jako jądra, kości płodu 5-miesięcznego. Po tym zabiegu nastąpiło wyzdrowienie z zagojeniem przetoki.

Wreszcie w przypadku Wheelhouse'a (1880) wszystkie kości płodu zamacicznego zostały wyeliminowane przez odbytnicę z wyjątkiem kości udowej. Gdy po upływie kilku lat wystąpiły objawy pęcherzowe, wykonano cięcie pęcherza moczowego i wydobyto z niego kamień, który, jako jądro, zawierał brakującą kość.

III.

Z przytoczonej tu kazuistyki widzimy, jak rozmaitemi drogami starano się opanowywać trudności, napotymane zazwyczaj przy wydobywaniu płodu w przypadkach zropienia i przebicia się worka płodowego do pęcherza moczowego. Wobec niebezpieczeństwa, jakie pociąga za sobą rozpad septyczny zawartości worka płodowego, zbyteczna dowodzić, że w przypadkach podobnych wskazany jest możliwie wczesny zabieg operacyjny.

Samowyleczenie zdaje się tu być zjawiskiem o tyle wyjątkowym, że nie uprawnia ono bynajmniej do postępowania wy czekującego, które, zresztą, tem mniejsze daje widoki powodzenia, im bardziej płód posunięty jest w rozwoju. Widzimy też, że na 7 przypadków, które pozostawiono własnemu losowi, wyleczenie siłami natury zanotowano zaledwie dwa razy przy płodach 3 wzgl. 4—5 miesięcznych (Van der Wiel, Hayem i Giraudeau), w dwóch przypadkach nastąpiła śmierć z wyniszczenia (Edgar, Monnier), w trzech zaś innych kości płodu odeszły tylko częściowo, i o dalszych losach chorych nie posiadamy żadnych wiadomości (White, Rackiewicz, Inouye). I w przypadku Breiskyego sprawa przybrałaby może inny obrót, gdyby nie zwlekano z operacją aż do chwili, kiedy stan chorej nie budził już prawie żadnej nadziei, co, zresztą, sam Breisky z żalem wyznaje.

O ile jednak konieczność zabiegu operacyjnego nie podlega w tych razach żadnej wątpliwości, o tyle nasuwają się poważne trudności, gdy chodzi o wybór metody operacyjnej. Najprostszym i najmniej narażającym życie chorej zabiegiem byłoby, niewątpliwie, opróżnienie worka płodowego i pęcherza z kości przez cewkę moczową po uprzednim jej rozszerzeniu. Zabieg ten jednak powinien, zdaniem mojem, znaleźć zastosowanie tylko w przypadkach, w których życie płodu ustaje we wczesnym okresie ciąży, w których zatem kości płodu nie dosięgły jeszcze takich rozmiarów, aby mogły zbyt wielką stanowić przeszkodę przy wydobywaniu *per vias naturales*.

W przypadkach ciąży bardziej posuniętej tego rodzaju postępowanie napotyka z natury rzeczy na trudności nieprzezwyciężone, albo też może wywołać obrażenia, narażające życie chorej na niebezpieczeństwo, lub sprowadzić ciężkie kalectwo, jakim jest nietrzymanie moczu. Jak widać z kazuistyki, wyniki, tą drogą otrzymane, nie są bynajmniej zachęcające.

W trzech przypadkach metoda ta zupełnie zawiodła i musiano w inny sposób zawartość worka płodowego opróżnić (Josephi, Werth, Hue), tyleż razy operacja nie mogła być doprowadzona do końca z powodu zbyt dużych rozmiarów kości (Giessler, Rai) lub zbyt małego otworu w ścianie pęcherza (Schauta), na 4 zaś przypadki, w których zdolano tą drogą usunąć kości płodu doszczętnie, raz zabieg ten okupiono ciężką postacią nietrzymania moczu (Littlewood), dwa razy zaś częściową inkontynencyą (Thompson, Winckel). W jednym tylko przypadku podano, że chora mogła zatrzymywać mocz około trzech godzin (Ehrendorfer). Nadto częściowe nietrzymanie moczu zanotowano także w przypadku Wintera, w którym kości płodu, pozostałe w pęcherzu po kolpotomii, usunięto następnie przez cewkę moczową (Baatz).

W przypadku przezemnie spostrzeganym nie uniknąłbym również tego ciężkiego powikłania, gdybym się nie był we właściwej chwili zorientował, że dotychczasowe moje postępowanie zamierzonego celu nie osiągnie. Jeżeli zaś Winckelowi udało się usunąć tą drogą płód 6 — 7 miesięczny bez zbyt poważnych dla chorej następstw, pochodzi to stąd, że w jego przypadku szczęśliwym zbiegiem okoliczności kości czaszki uległy już w worku płodowym rozpadowi na drobne odłamy, z których największy posiadał zaledwie wymiary 3,5:5 cm., a zatem był znacznie mniejszy, niż w przypadku przezemnie operowanym.

Wobec wyluszczonych powyżej trudności przy wydobywaniu kości płodu *per vias naturales* i wobec niebezpieczeństwa, jakie zabieg ten za sobą pociąga, nie dziw, że w całym szeregu przypadków szukano innych dróg opróżniania worka płodowego, a z tych najwięcej zwolenników miało cięcie pęcherza nadłonowe (Josephi, Bossuet, Morlanne, Hue dwukrotnie, Werth). Podnieść należy, że w przypadku Wertha po całym

szeregu prób dotarcia do worka płodowego z najrozmaitszych stron, dostęp okazał się możliwym jedynie przez pęcherz moczowy.

Pomimo to Winckel ostro krytykuje postępowanie Wertha nie dla tego, że cięcie nadłonowe było ostatnim etapem dokonanego przez Wertha zabiegu, lecz z powodu, że tę wybrał drogę, aby dostać się do worka płodowego i tę też drogę usiłować na przyszłość zaleca. Zdaniem Winckela, w przypadkach, w których wydobyć kości przez cewkę osiągnąć się nie daje z powodu dużych rozmiarów, należy utorować sobie drogę przez kolpocystotomię, która, według Winckela, stwarza lepsze warunki do opróżniania worka płodowego, aniżeli cięcie nadłonowe.

Zapatrywanie to jednak, oparte, jak się zdaje, na dwóch przypadkach niepomyślnego zejścia po cięciu nadłonowem (Josephi, Werth), wydaje mi się niesłusznem, gdyż, pomijając zupełnie dobre wyniki, osiągnięte tą drogą w czterech innych przypadkach (Bossuet, Morlanne, Hue dwa razy), należy zauważyć, że cięcie pochwowe pęcherza nie daje dostatecznego dostępu do jamy worka, że naraża ono pęcherz na większe urazy przy usuwaniu kości znaczniejszych rozmiarów, niż cięcie nadłonowe, i w dodatku grozi jeszcze, jak to słusznie podnosi Werth, wytworzeniem się przetoki pęcherzowopochwowej, podczas gdy rana po cięciu nadłonowem goi się zazwyczaj szybko.

W kazuistyce, przezemnie zebranej, nie znajdujemy też ani jednego przypadku, w którymby usiłowano dotrzeć do worka płodowego drogą, zalecaną przez Winckela, jeżeli nie liczyć spostrzeżenia Flauberta, w którym kości płodu przedostały się już były do pęcherza, i o którym posiadamy bardzo zresztą niepewne wiadomości, zaczerpnięte przez Ungerera z pracy Dou-dementa.

Obok nadłonowego cięcia pęcherza moczowego, łatwy dostęp do torbieli osiągnąć można przez powłoki brzuszne zupełnie tak samo, jak w przypadkach zropienia worka płodowego bez przedziurawienia pęcherza. Oczywiście, jeżeli obok pęknięcia do pęcherza istnieje jeszcze przetoka brzuszna, najłatwiej będzie tą drogą do worka płodowego dotrzeć (Schultze). W przeciwnym razie najwłaściwszem wydaje mi się cięcie brzu-

cha dwuczasowe, które też z powodzeniem wykonał Steltner. Opróżnienie worka natychmiastowe powinno być dokonane tylko wówczas, gdy w chwili operacji istnieją już zrosty między workiem płodowym a przednią ścianą brzuszną. Ta okoliczność zachodziła właśnie w przypadku przezemnie operowanym, i dlatego byłem w możności dokończenia operacji doraźnie.

W tych wreszcie przypadkach, w których worek płodowy sięga bardzo nisko, możnaby sobie utorować doń drogę przez nacięcie sklepienia pochwowego. Należy jednak podnieść, że jest to zabieg trudny i nie zawsze pozwala na doszczętne usunięcie wszystkich kości płodu, jak to widzieliśmy w przypadku, operowanym przez Wintera (Baatz). Nadto, docierając do worka płodowego przez kolpotomię, należy mocno uciskać guz ku dołowi przez powłoki brzuszne, co z uwagi na ostre brzegi odłamów kostnych może grozić przebicciem się w najrozmaitszych kierunkach. W przypadku np. przezemnie spostrzeganym o podobnym zabiegu nie można było myśleć, ponieważ już przed operacją istniała obawa przebiccia ścian brzusznych i odbytnicy odłamanami kostnymi.

Z powyższego wynika, iż w przypadkach ciąży zamacicznej, w których stwierdzone zostało zropienie worka płodowego i przebiccie pęcherza moczowego, wskazana jest natychmiastowa interwencja czynna. Jeżeli mamy do czynienia z płodem, którego śmierć nastąpiła we wczesnym okresie ciąży, możemy przystąpić do wydobycia płodu *per vias naturales* po tętem rozszerzeniu cewki moczowej. W razie, gdy zabieg ten do celu nie prowadzi, albo gdy nie mógł on znaleźć zastosowania z powodu zbyt dużych rozmiarów kości w ciąży daleko posuniętej, mamy do wyboru dwie drogi: cięcie pęcherza nadłonowe, lub cięcie brzucha.

Jeżeli między workiem płodowym a ścianą brzuszną wytworzyły się zrosty, zabezpieczające jamę otrzewnową od zakażenia, nacięcie worka płodowego i usunięcie zawartości może być dokonane doraźnie, w przeciwnym razie wskazane jest cięcie brzucha dwuczasowe. Bez względu jednak na to, jaką obierzemy drogę, postępowanie nasze powinno być jaknajbardziej zachowawcze, i pod żadnym pozorem nie należy się kusić o usunięcie worka płodowego i zamknięcie braku w ścianie

pęcherza. Z powodu bowiem licznych zrostów z kiszkaami wyłuszczenie torbieli jest rzeczą absolutnie niemożliwą; jest ono, zresztą, i zupełnie bezcelowe, gdyż po usunięciu zawartości następuje szybkie ściąganie się i zbliźnowacenie worka, co sprzyja zarazem zarastaniu otworu w pęcherzu bez żadnej zgoła pomocy sztucznej.

Dlatego też nie mogę pojąć postępowania Gottschalka, który, dokonawszy szczęśliwie kolpotomii i uwolniwszy worek płodowy z zawartości, otworzył jamę brzuszną i brak w pęcherzu pokrył płatami otrzewnej pomimo, że miał do czynienia z przypadkiem septycznym. Wprawdzie chora zmarła z krwotoku płucnego, i płat wszczepiony przyjął się dobrze, niemniej jednak faktem pozostaje, że postępowanie Gottschalka nie było zgodne z zasadami chirurgii.

PIŚMIENNICTWO ¹⁾.

1. Baatz P. Ueber die Perforation der Extrauterinschwangerschaft in die Blase. Inaug. Diss. Königsberg, 1899.

2. Bossuet J. Case of an extrauterin foetus successfully extracted by the operation of lithotomy. *Philadelph. med. and surgical Reporter*, XXIII, Sept. 1870, p. 189. (*Schmidt's Jahrb.*, CL, 1871), oraz *Ann. of Gyn. and Paed.* Bd. 6 p. 354, streszczony w t. 7 *Frommela*, str. 545. Według Kiesera (*Das Steinkind von Leinzell*, Stuttgart; 1854, p. 29) przypadek ten opisany już był w *Salzburger med. chir. Zeitung*, 1818, t. 2, str. 254).

3. Breisky. Zur Kasuistik der vorgeschrittenen Extrauterinschwangerschaft. *Wien. med. Wochensch.* 1887. № 48—50.

4. Edgar S. *St. Louis med. and Surg. Journ.* № 3, VIII, 4, p. 306, July, 1871, zrefer. w *Schmidt's Jahrb.* Bd. 155, str. 297.

5*. Ehrendorfer Extrauterinschwangerschaft. Durchbruch des Fruchtsackes in die Harnblase. Vollständige Entfernung der Knochen einer fünfmonatlichen Frucht aus dem Fruchtsacke nach nahezu zwei Jahren. *Genesung.* *Wien klin. Woch.* 1889, № 13.

¹⁾ Prace, oznaczone gwiazdką, zawdzięczam uprzejmości Szanownego Kolegi Fr. Neugebauera.

6. Flaubert. Referat z rozprawy Doudementa „Thèse pour le doctorat“, Paris, 1826, według Ungerera „Ueber Knochenfragmente als Fremdkörper in den Harnwegen“. Inaug. Diss., Strassburg, 1881, str. 64.
7. Giessler T. Ueber einen Fall von Abdominalschwangerschaft. Inaug. Diss. Marburg, 1856.
8. Gottschalk. Verjauchte alte Tubarschwangerschaft mit mumificirtem Fötus und Durchbruch des Eiters in die Harnblase. Frische intrauterine Gravidität (?). Centr. f. Gynäkol. 1894, № 39, str. 954.
9. Hayem et Giraudeau. Arch. de Tocologie, publiées par de Paul, 1882, str. 481, cyt. według Baatza, l. c., str. 20.
10. Hue G. Deux cas de grossesses extrautérines anciennes ouvertes dans la vessie, cystotomie suspubienne. Bull. et mémoires de la Soc. de chir. de Paris, 1900, t. XXV, str. 702, według ref. u Frommela, t. XIV, str. 353.
11. Inouye. Abgang von fötalen Knochen durch Blase, Vagina und Rektum mehrere Jahre nach der Schwangerschaft Sei-I Kwai Med. Journ. Tokio, 1891. Referat w Centralbl. f. Gynäk. 1892, XVI, str. 991.
- 12*. Josephi W. Ueber die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter und über eine höchstmerkwürdige Harnblasenschwangerschaft insbesondere. Rostok, 1803, str. 182 i n.
13. Köhler K. Ueber Extrauterinschwangerschaft Inaug. Diss. Giesen, 1854, str. 30.
14. Lecieux. Bulletin de la Soc. d'émulation, 1821 (Lamerre-Picquart. Thèse de Paris, 1822), według streszczenia w pracy Ungerera, l. c., str. 60.
15. Littlewood J. Extrauterine foetation; Operation; Recovery; Remarks. Lancet, 1886, I, str. 636.
16. Monnier. Centralbl. f. Gynäkologie, 1882, IX, str. 384, cyt. według Winckela, l. c., str. 13.
17. Morlanne. Débris de foetus sortis par le rectum ou servant de noyau à des calculs urinaires, Recueil périod. de la Soc. de médecine de Paris, t. XIII, p. 70, według ref. w pracy Ungerera, l. c., str. 63.
18. Rackiewicz. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. (Niezwykle zejście płodu zamacicznego). Gaz. lek., 1876, t. 21, № 8, str. 121.
19. Rai G. Extrauterine foetation. The Brit. med. Journ., 1906, II, p. 428.
20. Schultze. Jenaische Zeitschr. I, 1864, str. 381, cyt. według Baatza, l. c., str. 13.
21. Steltner. Ueber einen durch Verlauf und Komplikationen bemerkenswerthen Fall von Extrauterin-Gravidität. Centr. für Gynäkol. 1895, № 1, str. 102.
22. Thompson. Transact. of the Pathol. Soc. of London, vol. 15, 1864, str. 156. Referat w Jahresb. Gurlta za r. 1864—1865, Archiv für klin. Chir. Bd., VIII, str. 753.
- 23*. Werth. Beitr. zur Anatomie u. zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart, 1887, str. 126.
24. Werth. Die Extrauterinschwangerschaft, Handb. der Geburtshilfe Winckela, t. II, cz. 2, Wiesbaden, 1904, str. 973.

25. Wheelhouse. British med. Journ. 1889, Aug., str. 345, cyt. według Ungerera, l. c., str. 63.

26. White. Trans. of the amer. gynecol. Soc. 1878. Boston, 1879 str. 101, ref. w Schmidt's Jahrb. Bd. 187, str. 213.

27*. Van der Wiel. Observat. rarior. med. anatom. chirurgic. Centuria prior. Leidae 1727. Obs. 74 — „Foetus materno in corpore putrefactus* str. 305.

28. Winckel. Ueber den Durchbruch extrauteriner Fruchtsäcke in die Blase. Samml. klin. Vortr. Volkmanna, N. F. № 3. Leipzig, 1890.

O rozpoznaniu, czy rak macicy da się jeszcze operować

podał

W. FALGOWSKI

ginekolog w Poznaniu.

Na wstępie zaznaczyć należy, że okazało się, według najnowszych badań, niemożliwem klinicznie stwierdzić dokładnie przed operacją w poszczególnych przypadkach, czy są widoki doszczętnego usunięcia rakowo zwyrodniałej macicy, lub też nie. Teoretycznie można na pytanie to odpowiedzieć w ten sposób, że operacja ta nie daje pomyślnych wyników wówczas, jeżeli rak zajął już tyle tkanki poza macicą, że o usunięciu wszystkiego, co jest chore, nie ma mowy. Natomiast praktycznie jest bardzo trudno rozstrzygnąć omawianą sprawę. Ważne i miarodajne jest:

- 1) jak daleko jest zajęta tkanka łączna miednicy i przy pochwowa;
- 2) stosunek dróg moczowych do nowotworu;
- 3) zajęcie odbytnicy;
- 4) przerzuty, lub równocześnie istniejące raki innych ważnych narządów w ustroju, lub też pierwotne ognisko w innym narządzie, z którego dopiero wtórnie nastąpił przerzut do macicy;
- 5) stan gruczołów chłonnych;
- 6) ogólny stan zdrowia, jako też stan czynności poszczególnych narządów, również wiek pacjentki.

Głównie więc zależy na tem, aby rozpoznać, o ile rak rozszerzył się poza stwierdzonem ogniskiem. Niestety, jest to zarazem największą trudnością. Pomiędzy 27 przypadkami wczesnymi (raki części pochwowej macicy na jednej wardze macicznej, raki szyi macicznej, ograniczające się do błony śluzowej)

były w 5 t. j. w 19% przerzuty do gruczołów chłonnych i do tkanki przymaciczej. W średnio posuniętych, ale jeszcze do macicy ograniczających się przypadków było 60% przerzutów poza macicą. Z drugiej strony okazało się, że twarde guzy mogą polegać na nacieczeniach zapalnych, zakrzepach w naczyniach, albo obrzękach. Niepodobna więc powziąć jakąkolwiek decyzję na podstawie samego badania za pomocą macania.

W jakim stanie znajduje się tkanka łączna miednicy, nie powinno się sądzić podług stopnia ruchomości macicy, np. za pomocą ściągania na dół kulociągami, gdyż unieruchomienie macicy może być natury zapalnej. Natomiast ważne jest badanie przez odbytnicę, połączone z badaniem przez pochwę, i to w ten sposób, że jednym lub dwoma palcami bada się przez odbytnicę, kciukiem zaś przez pochwę, podczas kiedy druga ręka maca równocześnie przez powłoki brzuszne, wzgl. w narozie. W ten sposób łatwo stwierdzić wszystkie namacalne nacieczenia i wyczuć dokładnie fałd Douglasa, ligamenta cardinalia i lata. Pomimo to, chociaż klinicznie stwierdzono niezmienną tkankę przymaciczną, w 132 przypadkach znaleziono 57 razy przerzuty, a odwrotnie okazało się często, że stwardnienie tkanki polegało na zapalnym jej zgrubieniu.

Operacja niema żadnych widoków i porzuca się ją wtenczas, gdy macica złączona jest z miednicą twardymi, nieprzesuwalnymi bryłami.

Zajęcie pochwy nie wyłącza możliwości operacji, gdyż i pochwę można jednocześnie usunąć. Natomiast operacji wykonać nie można, jeżeli rak rozszerzył się na tkankę przy pochwową.

W osądzaniu możliwości operowania raka macicy jest rzeczą nadzwyczaj ważną stwierdzić, o ile drogi moczowe biorą udział w zwyrodnieniu rakowym. Dowolne lub przymusowe wycięcie kawałka pęcherza albo moczowodu pogarsza rokowanie po operacji nie tylko ze względu na grożące zapalenie miedniczki nerkowej, ale także dla tego, że w takich przypadkach rak rozszerzył się już na bardzo odległe dzielnice. Do jakiego stopnia zajęty jest pęcherz, stwierdza się za pomocą wziernika pęcherzowego, który uwydatnia następujące zmiany: dno pęcherza wyparte ku przodowi; część przylegająca do raka (zwykle

trójkąt pęcherzowy) jest przekrwiona i nabrzmiąta, błona śluzowa układu się w grube, poprzeczne fałdy, a czasami widać przezroczyste pęcherzyki jeden przy drugim, t. zw. „oedema bullosum“. Ale i te oznaki zachodzą też w zwykłych zapale niach, jak twierdzą Winter i Zangemeister, a o czym i ja osobiście przekonałem się już nie raz.

Przerastanie nowotworu na pęcherz stwierdza się natomiast za pomocą wziernika pęcherzowego zupełnie dokładnie, tak samo przerzuty we wnętrzu pęcherza. W takich przypadkach trzeba odstąpić od operacji raka macicy.

Moczowody rzadko kiedy zwyrodniają się rakowo, według Mackenrodta tylko w $1\frac{1}{2}\%$ raka macicy. Badanie moczowodów jest ważne jednakże i z innych względów, bo za pomocą cewnikowania moczowodów przekonać się można, do jakiego stopnia rakowe nacieczenia okrzyły i zwężyły moczowody.

Zangemeister uważa, że nadzwyczaj silna, ale rzadsza czynność moczowodu jest ważnym i wyraźnym objawem okrzywania tegoż naciekiem. Inni autorowie zaprzeczają doniosłości tego objawu, którego i ja nie uważam za miarodajny tem mniej, gdyż okazało się, że i zapalne nacieczenia nieraz wywołują te same objawy.

Zaciśnięcie moczowodu nie wyłącza jednak operacji, podczas kiedy wobec nieprzepuszczalnego niedrożnego moczowodu o skutecznej operacji mowy być nie może. W tym razie nie da się bowiem już moczowodu oddzielić. Jeżeli odbytnica zajęta jest rakiem, co, badając, łatwo poznać po nieprzesuwalności błony śluzowej nad twardymi guzami rakowymi lub nad naciekiem, to rzadko kiedy uda się doszczętna, skuteczna operacja, gdyż w tych przypadkach rak rozszerzył się już tak daleko na tkankę łączną miednicy w okolicy dołu Douglasa, że nadzieja skutecznej operacji jest prawie iluzją. Zajęcie odbytnicy polega bowiem prawie zawsze na nieprzerwanem rozrastaniu się raka drogą tkanki łącznej ku odbytnicy. W przypadkach tych stwierdzić można zwykle szerokie nacieki przy macicza tylnego, które już same przez się prawie wyłączają możliwość operacji doszczętniej.

Stan gruczołów chłonnych nie zawsze osądzić można na podstawie badania klinicznego, gdyż nawet wyraźnie namacalne ich nabrzmienie nie dowodzi jeszcze, że chodzi o nacieczenie

„rakowe“. Takie nabrzmienia zachodzą także w sprawach zapalnych. Z drugiej strony znaleźli Wertheim, Mackenrodt i inni rakowe przerzuty w gruczołach, które wyczuwać było można, jako zupełnie prawidłowe.

W razie obecności przerzutów raka macicy na odległe narządy, mianowicie na wątrobę, tak samo jak w razie zajęcia otrzewnej operacja już technicznie jest niewykonalna, a prócz tego i bezcelowa. Zdarza się jednak, że rak macicy sam jest przerzutem raka żołądka albo gruczołu sutkowego (Benda, Heineman, Polano Chiari). Takie przypadki są beznadziejne. Zważać też trzeba na to, czy prócz raka macicy niema równocześnie i niezależnie raka innego organu np. żołądka (Krönig, Roemer, Lubarsch). Zdarza się to bardzo rzadko i, o ile wczas robi się rozpoznanie, możnaby wykonać skutecznie na obydwóch narządach operację doszczętną. Rokowanie, zdaje się, nie jest jednak szczególne.

Powikłanie raka mięśniakiem macicy albo ciążą nie przeszkadza żadną miarą wykonaniu operacji.

Ogólne zaburzenia czynności somatycznych z powodu chorób wewnętrznych, jako to: słabość serca, cukromocz, zapalenie nerek itd, ograniczają możliwość operacji i dlatego uwzględnić je należy w poszczególnych przypadkach, jeżeli zachodzi sprawa operacji raka macicy. Nowoczesne łagodne metody uspiania pozwalają atoli usypiać nawet wycieńczonych, schorząłych i starych ludzi, tem więcej, że każdy z nas powinien umieć operować prędko. Ale wszystko ma swoje granice; Wertheim i Franz np. nie operują radykalnie, t. j. metodą brzuszną osób, liczących ponad 65 lat. I nadmierna otyłość u kobiet, zresztą silnych i młodych, uniemożliwia, niestety, operację brzuszną. Wertheim podaje statystykę 500 przypadków, gdzie 5 razy zmuszony był operować dla otyłości przez pochwę, a zatem mniej doszczętnie, i to 3 razy już po wykonaniu cięcia brzuszego.

Ponieważ zasadą naszą w każdym operacyjnym zabiegu powinno być: „nil nocere“, należy zawsze wiele różnorodnych względów wziąć na uwagę, ale z drugiej strony powiedzieć można, że w miarę pewności w operowaniu i wydoskonaleniu techniki posuwa się granica co do możliwości operacji. Ponieważ rozchodzi się o cierpienie, bez wykonania operacji nie-

uleczalne, nie powinno się ustanawiać wskazania w zbyt ciasnych granicach. Nawet jeżeli przewidujemy wznowę cierpienia, uprawnieni jesteśmy czasami do wykonania operacji, jeżeli mamy nadzieję w ten sposób przedłużyć choć o parę lat życie chorej. Chodzi przecież zwykle o starsze kobiety, którym pozostają nie dziesiątki, lecz kilka lat życia.

Przedłużenie życia choćby o kilka lat jest dla starszych osób zawsze dobrodziejstwem i korzyścią stosunkowo wielką. Główną tezą niechaj będzie więc: jeżeli co do możliwości operowania są małe tylko wątpliwości, operować należy, a przynajmniej zrobić wypada cięcie wywiadowcze. Dla leczenia objawowego i łagodzącego pozostają tylko wprost beznadziejne przypadki, których liczba zmniejszać się będzie w miarę wydoskonalenia się techniki doszczętnego brzuszego rozszerzonego wyjęcia macicy rakowej.

Przypadek wglóbiecia przepukliny pachwinowej do wodniaka jądra (hernia encystica). Zwyrodnienie torbielowate jądra

podał

HENRYK GOLDBERG

ord. Szp. Ś-go Aleksandra w Łodzi.

Dnia 11 lipca 1911 r. operowałem 42 letniego Stanisława A. z powodu przepukliny pachwinowej lewostronnej. Chory cierpi na przepuklinę od dzieciństwa, a prawdopodobnie — od urodzenia.

Przepuklina ta, nie zwiększając się, nie dawała się jednak odprowadzić; chory nosił stale pasek przepuklinowy.

W przeddzień operacji A. poczuł nieznaczny ból w okolicy przepukliny; wezwany lekarz, nie próbując odprowadzenia przepukliny, skierował chorego do szpitala.

Chorego widziałem tegoż dnia wieczorem, wobec jednak braku jakichkolwiek objawów uwięźnienia operację wykonałem nazajutrz.

W znieczuleniu lędźwiowym cięcie 8 ctm. na poziomie guza; przekonałem się, iż miałem do czynienia z wodniakiem jądra. Po przecięciu wzdłuż—przedniej ściany wodniaka — dolny jego biegun był bardzo okrzękły i wciągnięty lejowato — ujrzałem twór, składający się z dwóch guzów, leżących jeden ponad drugim, górny wielkości śliwki, dolny zaś—małego jaja. Górny guz, ciemny, pokryty ścianą o wyglądzie błony surowiczej, dolny zaś błyszczący i białawy. Przyszedłem do wniosku, iż dolny guz stanowi jądro, górny zaś postanowiłem naciąć. Worka przepuklinowego dotąd nie rozróżniłem.

Po nacięciu górnego guza pokazało się, iż w otocze z błony surowiczej zawierał się kawał uwięzionej sieci z wybroczyną krwawą. Po podwiązaniu sieci, odcięciu i wpuszczeniu do jamy otrzewnej można było dokładnie rozróżnić worek prze-

puklinowy o cienkich ścianach, przewężony na poziomie zewnętrznych wrót kanału pachwinowego. Worek ten dolnym swym biegunem stykał się z jądrem, będąc od niego jednak ściśle oddzielony, i wraz z nim był całkowicie zawarty w wodniaku, który sięgał do zewnętrznego pierścienia kanału pachwinowego.

Worek podwiązałem możliwie jaknajwyżej i zabrałem się do poszukiwania powrózka nasiennego, którego jednak odnaleźć nie mogłem. Ponieważ tkanka jądra wydawała mi się niezwykłą, a brak powrózka nasiennego zbił mnie zupełnie z tropu, naciąłem jądro, i natrafiłem na torbiele w liczbie czterech, ani śladu zaś tkanki jądrowej nie znalazłem. Teraz dopiero zrozumiałem, dlaczego nie mogłem odnaleźć powrózka nasiennego: widocznie jądro oddawna uległo zwyrodnieniu, czyto będąc w stanie zaniku od urodzenia, czy też wskutek długotrwałego wodniaka i jednoczesnego ucisku przepukliny, czy wreszcie wskutek ucisku, wywieranego paskiem, który to pasek chory od dzieciństwa nosił.

Wobec stwierdzonego w ten sposób zupełnego zaniku jądra postanowiłem nie liczyć się zupełnie z możliwością omyłki z mej strony w razie uszkodzenia powrózka. Toteż cały worek wodniakowy wraz z jądrem, i domniemanym, acz nie wyczuwalnym powrózkiem usunąłem tuż poniżej przewiązanego końca worka przepuklinowego. Nigdzie krwawienia znaczniejszego nie spotkałem, co utwierdziło mnie w przekonaniu, iż nastąpił zanik powrózka w związku z zanikiem jądra.

Na zakończenie dokonałem zamknięcia kanału pachwinowego metodą Bassiniego bez przemieszczenia, oczywiście, nieistniejącego powrózka.

Dalszy przebieg zupełnie dla chorego pomyślny, co jednak ważniejsze — w mosznie nie było ani śladu wylewu krwawego, co dowodziło powtórnie, iż o uszkodzeniu prawidłowego powrózka nasiennego mowy być nie mogło.

Mieliśmy więc tu do czynienia z tak zwaną „hernia encystica“, powikłaną zwyrodnieniem torbielowem jądra. Można by, wprawdzie, zrobić przypuszczenie, iż w danym razie istniało nieprawidłowe położenie jądra, twór zaś, który przyjąłem za jądro, nie był jądrem. Przypuszczenie takie, wobec braku badania drobnowidzowego, byłoby możliwe, lecz w takim przy-

padku, gdzie niema ani jądra, ani powrózka, niemożliwe jest również istnienie wodniaka; nie poruszam tutaj wcale już pytania, czem mógł być ten guz, leżący na dnie moszny, i pokryty typową na wejście tunica albuginea.

Możnaby przypuścić również nieprawidłowe położenie jądra, powrózek zaś — otaczający w mosznie przepuklinę. Jeżeli teraz powstanie wodniak powrózka, worek zaś przepukliny wgłobi się w niego, jądro może pozostać poza moszną, a nasz twór byłby zbiorem oddzielnych torbieli na przebiegu wodniaka powrózka. W tym przypadku po przecięciu powrózka u podstawy powinno zjawić się silne krwawienie, czego jednak nie było.

Z tych wszystkich względów muszę pozostać w dalszym ciągu przy swem poprzednim rozpoznaniu.

Hernia encystica należy do zjawisk bardzo rzadko spostrzeganych.

Po dziś dzień nie posiadamy ani ścisłego określenia tej postaci, ani jednolitego objaśnienia jej pochodzenia.

Astley Cooper, który pierwszy wyodrębnił tę odmianę przepukliny, żąda, aby przepuklina wewnątrzwodniakowa była koniecznie wrodzona, a również, aby bezwarunkowo istniał jednocześnie wodniak jądra lub powrózka. Żądania jego są zrozumiałe, gdy uprzytomnimy sobie, w jaki sposób Astley Cooper objaśnia powstanie tej postaci. Według niego, w tych razach processus vaginalis pozostaje niezarośnięty, lecz na poziomie zewnętrznego pierścienia kanału pachwinowego istnieje przegroda, dzieląca dwa odcinki światła tego wyrostka otrzewnej. Trzewa wgłabiają przegrodę ku dołowi, a jeżeli jednocześnie powstanie w dolnym odcinku wodniak jądra, w takim razie worek przepuklinowy jest w nim pograżony całkowicie, worek wodniaka zaś dochodzi do pierścienia pachwinowego zewnętrznego. Widzimy, iż nasz przypadek nawet w szczegółach odpowiadał typowi Astleya Coopera.

Bourguet daje cokolwiek inne objaśnienie. Według niego, proc. vaginalis jest zamknięty przy pierścieniu wewnętrznym, poniżej zaś drożny. Przepuklina może być nabyta lub wrodzona i, opuszczając się wzdłuż powrózka, może owinać się w niezarośniętą ścianę proc. vaginalis. W ten sposób może

powstać przepuklina o podwójnej, a właściwie potrójnej, ścianie surowiczej, z wodniakiem lub bez niego.

Przypuszczam, iż podobne przepukliny trudno nazwać wewnątrzwodniakowemi, choćby zdwojenie ścian odbyło się kosztem proc. vaginalis.

Jaboulay i Parel wystawiają nową hipotezę. Według nich, mamy do czynienia z zachowanym światłem proc. vaginalis, który prawidłowo składa się jakby z trzech odcinków, dzielących się przewężeniami na poziomie pierścieni pachwinowych wewnętrznego i zewnętrznego. Te odcinki mogą uleść wzajemnemu wgłobieniu, jak odcinki lornetki. Wtedy otrzymamy podwójne lub potrójne ściany; jeżeli zaś średni wgłobiony odcinek zostanie wypełniony trzewami i ulegnie zarośnięciu u dołu, a jednocześnie w dolnym odcinku, mieszczącym jądro, powstanie wodniak, otrzymamy hernia encystica. Widzimy więc, iż ci autorowie wymagają również wrodzonej przepukliny — otwarcia światła proc. vaginalis, natomiast wodniak może być nabyty, lub nawet nie istnieć wcale.

Na przeciwnym krańcu stoją zwolennicy czysto mechanicznej teorii powstawania przepuklin wewnątrzwodniakowych; do nich należy Dupuytren i Kocher. Nie negując bynajmniej poprzednich wymienionych hipotez o powstaniu zajmującej nas sprawy, Dupuytren twierdzi, iż hernia encystica może powstać w razie zwykłego zetknięcia się przepukliny i wodniaka, gdy wskutek ciągłego ucisku rosnąca przepuklina wgłabia się w wodniak coraz bardziej, aż na koniec zostaje nim objęta po samą szyję.

Kocher zaś przypuszcza, iż hernia encystica może powstać po nakłuciu wodniaka dwukomorowego, gdyż ciśnienie brzuszne wtłacza górny worek wodniakowy w opróżniony dolny, a powstająca przepuklina brzuszna wtłacza się sama w górną komorę wodniaka.

Widzimy więc, iż jednolitości poglądów na powstawanie wewnątrzwodniakowej przepukliny dotąd niema. Wydaje się nam jednak, iż teoria czysto mechaniczna (Dupuytren, Kocher) nie powinna być brana w rachubę; gdyż w tym razie, rzeczywiście, każda przepuklina powikłana wodniakiem może stanowić pierwszy okres przepukliny wewnątrzwodniakowej. Czy jednak, wobec zupełnie rozwiniętej postaci, potrafimy w każdym

poszczególnym przypadku zdać sobie sprawę z patogenezy cierpienia — wydaje mi się rzeczą wątpliwą, gdyż rozstrzygnąć by tu mogło dokładne badanie histologiczne worka przepuklinowego i sumienne rozejrzenie się w stosunkach anatomicznych, a sprawa to niełatwa, bo hernia encystica należy do postaci przepukliny bardzo rzadkich, to też podczas zabiegu stajemy wobec trudnej do rozwiązania zagadki, nad którą ze względu na dobro chorego zbytnio zastanawiać się nie możemy. Przypadki zaś badań sekcyjnych należą w tej dziedzinie do unikatów.

Co się tyczy wymagań, stawianych przepuklinom wewnątrzwodniakowym przez Selckego, to łatwo pojąć, iż stanowią one zbiór objawów koniecznych w związku z patogenezą, uznaną przez Astleya Coopera, nie liczą się one jednak zupełnie z innemi, wyżej przytoczonymi, przypuszczeniami autorów późniejszych.

Przypadek odjęcia miednicy

(amputatio pelvis)

podał

HENRYK GOLDBERG

ord. Szp. S-go Aleksandra w Łodzi.

D. 20 kwietnia 1910 r. do oddziału chirurgicznego został przyjęty dziewięcioletni Janek P., chory od roku. Znaleziono silne wyniszczenie. P. gorączkował, tętno 112. Staw biodrowy nieruchomy, nacieczony i bolesny. Naciek ropny w okolicy kolana i na goleni.

Naciek został otwarty wobec wyniszczającej gorączki, d. 1 czerwca 1910 r. zaś w znieczuleniu lędźwiowym otworzyłem staw biodrowy, przy czem przekonałem się naocznie, iż głowa i panewka stawowa uległy zupełnemu zniszczeniu, ta ostatnia przeżarta ziarniną gruzliczą w kierunku miednicy, gdzie istnieje ropień zewnątrzotrzewnowy. Dokonałem pod opaską Momburga wyluszczenia uda, najbliższe zaś części kostne, otaczające panewkę, usunąłem ostrą łyżeczką.

Opaskę Momburga zastosowałem, chcąc możliwie uniknąć krwawienia, które zdawało mi się, wobec stanu chorego, groźnem dla życia. Do opaski użyłem zwyczajnej rury gumowej, średnicy 1 ctm, którą okręciłem trzykrotnie, co najzupełniej wystarczyło, aby znikło tętnienie. Nie skorzystałem z położenia Trendelenburga, to też guma uciskała kiszki, które nie usunęły się ponad opaskę. Nie bacząc na to, iż opaska uciskała 20 minut, i na jednoczesne znieczulenie lędźwiowe — żadnych powikłań ze strony splotów nerwowych, ani odbytu i pęcherza nie zauważyłem. Na drugi dzień samoistny stolec i oddawanie moczu.

Zabieg ten nie dał żadnego wyniku, jak było do przewidzenia. To też d. 19 lipca w znieczuleniu lędźwiowym dokonana została powtórna operacja, tym razem jednak bez zastosowania opaski Momburga. Szerokie cięcie łukowate przez bliźnę na przedłużeniu poprzedniego. Kości tak miękkie, iż udało się usunąć podokostnowo część kości biodrowej wzdłuż linii bezimiennnej, a również część części poziomej kości łonowej i części zstępującej kości kulszowej. Gdy usunąłem w ten sposób kość, wyczułem pod palcem tętnienie tętnicy biodrowej zewnętrznej, pokrytej tylko okostną. Wtedy, rozsunawszy na tępo okostną, podwiązałem naczynie u wyjścia z tętnicy biodrowej wspólnej. I po tym zabiegu ciepłota podniesiona nie opada, gdyż obfite przetoki ropne w częściach miękkich, otaczających staw, które podczas operacji zostały wyskrobane, nie usunięte jednak doszczętnie —

trwają bez zmiany. D. 3 października w znieczuleniu lędźwiowym przetoki wyskrobano ponownie, ponieważ jednak pozostało to bez wpływu na dalszy przebieg cierpienia, postanowiłem usunąć doszczętnie całą miednicę, czego też dokonałem d. 3 stycznia 1911 r. znowu w znieczuleniu lędźwiowym.



Cięcie łukowate przedłużono do spojenia łonowego i kolca tylnego górnego. Części miękkie udało się rozsunąć na tępo w dostatecznej mierze, poczem podokostnowo usunąłem całą miednicę do spojenia łonowego z jednej strony, i stawu krzyżowo-biodrowego z drugiej. U spojenia łonowego postanowiłem pozostawić nieznaczny odcinek kości, jako przyczep dla mięśni, jakkolwiek kość nie wydawała mi się zupełnie zdrową. Krwawienia znacniejszego nie było; dowodzi to, iż poprzedzające podwiązanie tętnicy biodrowej zewnętrznej wystarczyło. Rana pozostawiona zupełnie otwartą, płaty mięśniowe znowu wyskrobane ostrą łyżeczką, lecz nie usunięte.

D. 19 stycznia mieliśmy ciepłotę prawidłową, która trwa odtąd prawie bez zmiany; czasami, co 7—8 dni, wzniesienie do 37,5, co objaśnić należy utrzymaniem się ognisk gruźliczych w częściach miękkich, nie bacząc na dokładne wyskrobanie przetok. Tak więc oszczędzanie części miękkich było błędem ¹⁾.

D. 9 marca chory zaczął chodzić o kuli; załączona fotografia (Ryc.) datuje się z d. 30 kwietnia 1911 r., dzisiaj zaś (d. 15 sierpnia 1911 r.) chory chodzi o kuli bez obcej pomocy, wygląd jego nie gorszy, niż na fotografii; chociaż jednak od odjęcia miednicy upłynęło 7 miesięcy, należy sądzić, iż bez doszczętnego usunięcia części miękkich, na które rodzina nie zgadza się, operowany ulegnie prawdopodobnie charłactwu gruźliczemu.

Przypadki odjęcia miednicy należą po dawnemu do bardzo rzadkich. Od czasu ostatniej pracy prof. Kryńskiego znalazłem jeden tylko opis w dostępnym mi piśmiennictwie ²⁾.

Przypadek Kulenkampffa ³⁾ tu nie należy, gdyż autor ten dokonał wprawdzie rozległego wycięcia miednicy i główki kości udowej, kończyzna jednak nie została osunięta.

Dokonanie zabiegu nasunęło mi parę uwag, któremi pragnę tutaj podzielić się.

Widzimy przedewszystkiem, iż w naszym przypadku dokonaliśmy zabiegu dwuczасowo, gdyż najpierw wyluszczyliśmy udo, później zaś dopiero dokonaliśmy wycięcia miednicy. Dwóch rękoczynów, dokonanych pomiędzy nimi, nie liczę, gdyż były to operacye tylko paliatywne. O ile w nowotworach podobne postępowanie dwuczасowe musiałoby znaleźć specjalne wskazanie, o tyle w gruźlicy może ono być nieledwie prawidłem, gdyż tutaj trudno z góry przewidzieć, na jakiej przestrzeni kości miednicy uległy sprawie chorobowej. Ponieważ zaś zdecydować się na tak krwawy i ciężki zabieg trudno, nie przekonawszy się poprzednio, iż mniej doszczętna operacya wystarczy — przypuszczam, że w gruźlicy stawu biodrowego często

¹⁾ Przetoki powstały w okolicy kości krzyżowej, nie zaś spojenia łonowego.

²⁾ G. Plantard. Archives provinciales de Chir. 1909, pp. 657—662. Ref. Journal de Chirurgie. 1910, Tome IV, p. 116. Autor ten wspomina o 27 przypadkach desarticulationis z powodu nowotworu, z których 11 pozostało przy życiu. Praca ta była mi dostępna tylko w streszczeniu.

³⁾ Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1910, LXVIII—3, pp. 768—795. Ref. Journ. de Ghir. 1910, V, pp. 350—352.

będziemy zmuszeni dokonać naprzód wyluszczenia, a dopiero, gdy obnażona panewka i jej otoczenie wykażą bardzo rozległe zmiany zapalne, będziemy zmuszeni do następnego aktu, t. j. do rozległej rezekcyi lub amputacyi miednicy.

Pozatem jednak zjawia się pytanie, czy taka dwuczasowość operacyi nie jest wogóle wskazana. W gruźlicy, gdzie w tym okresie mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem i wszystkimi jego objawami (gorączka, wyniszczenie etc.)—wyluszczenie uda i szerokie otwarcie zacieków ropnych wywołuje spadek ciepłoty i polepszenie stanu ogólnego, a więc przygotowuje ustrój chorego do przewyciężenia wstrząsu operacyjnego. W nowotworach względy natury technicznej nie pozwolą najczęściej na podobne postępowanie, myślę przecież, iż i tutaj wyluszczenie pierwotne mogłoby być na miejscu, gdyż olbrzymi wstrząs, wywołany usunięciem prawie $\frac{1}{3}$ części ciała, jednak znacznie zmaleje, gdy go rozłożymy, że tak powiem, na raty; powtóre zaś, najtrudniejsza część operacyi, mianowicie odszukanie naczyń, stanie się pod względem technicznym znacznie ułatwioną, gdy kikuty tych naczyń będziemy mieli ad oculos. Słowem, dwuczasowość operacyi, a przynajmniej podział jej na dwa akty, chociażby na jednym posiedzeniu, wydaje mi się w gruźlicy bezwzględnie wskazaną, w nowotworach zaś możliwą, a nawet pożądaną.

W naszym przypadku zastosowaliśmy opaskę Momburga już do wyluszczenia uda. Wskazaniem było tutaj ogromne wyniszczenie chorego, wobec którego nawet nieznaczne krwawienie groziło, zdaniem naszym, jego życiu niebezpieczeństwem. Przypuszczam, sądząc z opisywanego przypadku, iż opaska taka w nowotworach może znakomicie ułatwić dokonanie zabiegu, w gruźlicy jednak, wobec dwuczasowości operacyi, wydaje mi się bezcelową.

Cięcie dla amputacyi miednicy używa się bardzo rozległe i złożone, z podstawą od kolca tylnego górnego do odbytu. Operując dwuczasowo będziemy zmuszeni zrobić cięcie łukowate dla otwarcia stawu biodrowego. W przypadkach gruźlicy musimy liczyć się ponadto z przetokami, które, robiąc cięcie, należy możliwie ominąć. Z tego cięcia łukowatego po jego przedłużeniu łatwo udało mi się wyluszczyć podokostnowo miednicę. Czy podobne cięcie skórne może wystarczyć w no-

wotworach — nie wiem; w gruźlicy jednak, szczególnie po pierwotnem wyłuszczeniu uda, jest ono aż nadto wystarczające. Cięcie to pozostawia płat z podstawą u góry, a zatem daje lepsze warunki odpływu wydzieliny.

Tutaj zaraz zjawia się pytanie, czy należy dążyć do zachowania części miękkich w celu podtrzymania otrzewnej, czy też dbać tylko o skórę. Otóż, co się tyczy gruźlicy, to w przypadkach, gdzie może być mowa o amputacyi miednicy, dokoła stawu w częściach miękkich istnieją ogromne zacieki ropne, szerzące się nawet, jak w naszym przypadku, podotrzewnowo. Zacieki te w częściach miękkich, pozostawione po dokładnem nawet usunięciu kości, są tak uporczywe, iż trudno sobie z nimi dać radę, to też w gruźlicy należy usunąć wszystkie części schorzone gruntownie, chociażby narażając się na przepuklinę trzew brzusznych. Jak nasz przypadek poucza, a zresztą nie tylko nasz, obawa przed przepukliną jest w znacznej mierze płonna.

Pozatem, w gruźlicy jesteśmy zawsze w stanie operować podokostnowo, jeżeli mam sądzić na podstawie swego przypadku. W daleko posuniętych sprawach gruźliczych miednicy kość jest tak miękka, iż daje się usunąć ostrą łyżką, nieledwie bez użycia dłuta. Dzięki pozostawieniu okostnej trzewa brzuszne posiadają oparcie zupełnie wystarczające. W nowotworach zabieg podokostnowy jest bardzo utrudniony lub niemożliwy. Stąd możliwość powstania przepukliny lub przesięk otrzewnowy, którego w moim przypadku ani śladu nie było. A ze przytem w nowotworach żadnych zacieków ropnych niema, dochodzę więc do wniosku, iż w gruźlicy należy dbać tylko o zachowanie skóry dla pokrycia płata, usuwać części miękkie i operować podokostnowo, w nowotworach zaś zachować możliwie części miękkie, ale zato usunąć miednicę wraz z okostną.

Co się tyczy miejsca przecięcia kości, to w naszym przypadku trudno właściwie o tem mówić, gdyż kość usuwałem ostrą łyżką. Miałem jednak na uwadze przyczepy mięśni u spojenia łonowego, to też tutaj pozostawiłem nieznaczny odcinek kości, z tyłu usunąłem wszystko do stawu krzyżowobiodrowego. Tutaj kość była bardziej zbita, niż z przodu. Jak widzieliśmy, sprawność pęcherza i odbytu nic nie ucierpiała, nie bacząc na jednoczesne zastosowanie opaski Momburga. Chociaż

pozostawienie przyczepów mięśniowych u spojenia łonowego powinno być pożądané, zdaje mi się jednak, iż zarówno w gruźlicy, jak w nowotworach, nie zawsze jest możliwe.

Przechodzimy do podwiązania naczyń. W naszym przypadku było ono dwuczasowe: z początku podwiązaliśmy tętnicę udową podczas wyluszczenia uda, potem tętnicę biodrową zewnętrzną w przebiegu odjęcia miednicy. Pozatem — odjęcia dokonaliśmy podokostnowo.

I jedno i drugie znakomicie ułatwiło znalezienie i podwiązanie naczyń. Mając pod ręką kikut tętnicy udowej, mogliśmy niejako śledzić za jej przebiegiem, z drugiej zaś strony, robiąc amputację miednicy atypowo, gdyż usuwaliśmy kości, wychodząc z panewki, która została przebita w kierunku do otrzewnej, wkrótce doszliśmy, usuwając kość, ostrą łyżką do linii bezimiennnej (lin. innominata), i poczęliśmy wyczuwać tętnienie pni naczyniowych. Po rozdarciu na tępo okostnej podwiązaliśmy naczynia w dowolnem miejscu. Zdaje mi się, iż takie ułatwienie możliwe jest jedynie w operacyi dwuczasowej i w gruźlicy, gdzie miękkość kości pozwala na operację atypową. W nowotworach jest to, prawdopodobnie, niemożliwe, a przynajmniej znacznie utrudnione.

Zdawało by się, iż powinniśmy oczekiwać dużego krwawienia, operując w ten sposób, gdyż usuwamy kość i stwarzamy sobie szeroki dostęp przed podwiązaniem naczyń. A jednak krwawienie było bardzo nieznaczne.

Nakoniec, ponownie zaznaczyć muszę, iż oszczędzanie części miękkich, a tutaj właściwie żadnych wskazań nie było, było błędem nie do darowania. Stosowałem znieczulenie lędźwiowe nie tylko dlatego, iż wogóle chętnie je stosuję, lecz i dlatego również, że stan chorego do chwili odjęcia miednicy był tak rozpaczliwy, iż uspienie ogólne wydało mi się środkiem obosiecznym. Czterokrotne znieczulenie lędźwiowe zniósł chory bez widocznej szkody dla zdrowia, czego po czterokrotnem uspieniu spodziewać się było trudno.

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Becker. *O przemijającym cukromoczu w sprawach ropnych.*

Po za cukrówką spotykamy cukromocz nieraz po wstrząsach mózgu i zranieniach tegoż, analogicznie do ukłucia Cl. Bernarda, dalej—po zatruciach i różnych środkach, jak zatrucie tlenkiem węgla, niektórymi narkotykami, cukromocz po florydynie, laktozuria u karmiących, schorzenia trzustki i t. p.

Poll, Bleiweis, de Campagnolle wykazali znów, że u gorączkujących nieraz łatwo wywołać cukromocz po podaniu cukru. Natomiast Sick zwrócił uwagę, że w ciężkich sprawach ropnych — wrzodzianki, ropówki, wzgl. róża, gangrena — nieraz też spostrzegać można cukier w moczu. W jednym przypadku Sicka zjawiał się cukier regularnie z wystąpieniem nowej wrzodzianki, a znikał po tejże nacięciu.

Obecnie Becker z oddziału Sicka w Hamburgu-Eppendorfie przytacza 19 przypadków. W 10 można było przez następowe badanie na pewno wyłączyć cukrówkę, w 9 cukier zniknął, ale czy nie wrócił potem — nie wiadomo.

Ilość wydzielonego cukru waha się przytem od śladów do 0,4%, rzadko więcej (raz 3,29%). Cukromocz trwa zwykle krótko — 3—6 dni, a po nacięciu znika. Chorzy owi są często mało odporni na cukier, i można u nich wywołać ślady cukru po obfitem podaniu węglowodanów.

Wobec tego należy w rokowaniu: cukier w moczu, cukrówka—rokowanie złe i t. d. pamiętać także o owych przemijających cukromoczach.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 39. 1911).

A. KLĘSK.

Klose. *Nowsze badania grasicy i ich ważność dla nauki o chorobach dziecięcych.*

Praca niniejsza, wykonana w klinice chirurgicznej we Frankfurcie nad Menem, zawiera wiele zajmujących szczegółów. Gruczoł usuwał K. u psów zwykle 10-go dnia po narodzinach. Należy usuwać cały gruczoł skrupulatnie, bo inaczej zjawia się

odrastanie tegoż. Po operacji 14 dni nie spostrzega się żadnych wybitnych objawów, poczem zjawia się „stadium adipositas”, trwające 2—3 miesiące. W następstwie waga ciała zaczyna opadać, zjawia się osłabienie, zmiany w kościach (częste złamania), a w końcu cachexia thymopriva i idiotia thymopriva, a wreszcie coma thymicum.

W kościach zmiany odpowiadają micszaninie — rachitis, osteomalacia i osteoporosis. Soli wapniowych zawierają 32—34% zamiast 65%.

Grasicę uważać należy za narząd, wstrzymujący wiązanie kwasów w ustroju, i zubożniający nadmiar tychże.

Na tem tle z czasem rozwijają się wspomniane wyżej choroby kości.

(Archiv f. Kinderheilkunde. 55, 1)

A. KLĘSK.

Frank Allenet. *O botriomikozie, czyli mnogich włókniakach zakaźnych.*

Początkowo mnogie włókniaki spostrzegano tylko u koni. Pierwsze spostrzeżenie, połączone z opisem swoistego jakoby dla danego cierpienia drobnoustroju ogłosił Bollinger w 1869 r. Drobnoustroj, opisany przez niego, nazwany został zooglia pulmonalis equi.

Dalsze spostrzeżenia przynosiły nowe odkrycia. Rivolta i Micellone opisali discomyces equi, John — micrococcus escoformans, Rote zaś r. 1886 — micrococcus botrygenes, podkreślając jego znaczenie swoiste dla omawianego cierpienia.

W 1887 r. Poncet i Dor po raz pierwszy opisali u człowieka zmiany chorobowe, które uznali za równoznaczne z botriomikozą zwierzęcą, a dalsze badania tej sprawy podzieliły badaczy na dwa wzajemnie zwalczające się obozy, z których jedni starali się dowieść swoistości zarazka botriomikozy, inni zaś powstawanie mnogich włókniaków zakaźnych przypisywali skutkom zakażenia gronkowcowego.

Z biegiem czasu sprawa jeszcze bardziej powikłała się przez to, że nowe badania nietylko nie pogodziły dawniejszych sprzecznych poglądów co do zarazka, wywołującego botriomikozę, ale utworzyły nowe punkty sporne, tym razem dotyczące budowy anatomopatologicznej guzów botriomikotycznych.

Botriomikoza jest cierpieniem miejscowem.

Objawy botriomikozy sprowadzają się do pojawienia się najczęściej na skórze, rzadziej na błonach śluzowych, pokrytych płaskim wielowarstwowym nabłonkiem, guza w kształcie maliny, z wyglądu podobnego do naczyńniaka, bardzo łatwo krwawiącego.

Prawie w połowie przypadków powstanie botriomikomatu

poprzedza uraz. W miejscu uraženem i prawie zawsze już zagojonem (w 15 — 30 dni od urazu) pojawia się twardawy naciek, w którego ośrodku daje się zauważyć czerwony guzek. W dalszym przebiegu naskórek, pokrywający guzek, pęka dzięki jakiegokolwiek nowemu urazowi i odsłania wówczas owrzodzenie, na dnie którego znajduje się czerwony guziczek wielkości główki od szpilki, krwawiący przy najlżejszym dotknięciu. Z chwilą jego odsłonięcia guzek zaczyna się powiększać i powiększa się przez pewien czas niezmiernie szybko do rozmiarów maliny lub orzecha laskowego, których to rozmiarów nigdy prawie nie przekracza. Owrzodziła jego powierzchnia pokrywa się ciemnożółtym strupem i krwawi obficie przy najlżejszym podrażnieniu.

Guzki botriomikotyczne, wzgl. — włókniaki zakaźne, sadowią się w ogromnej większości przypadków na rękach na ich stronie dłoniowej, i — rzecz charakterystyczna i wiele razy stwierdzona — są zupełnie niebolesne.

Pierwsze badanie mikroskopowe włókniaków zakaźnych Ponceta i Dora i Carriere'a i Potela dowodziły pochodzenia guzków z tkanki gruczołów potnych skóry. Dalsze liczne i bardziej dokładne badania wręcz im zaprzeczyły i tkance gruczołowej w rozwoju guzków odmówiono wszelkiego znaczenia.

Drouet, Bose et Abadie, Bricke, Savariaud et Deguy i inni, opierając się na badaniach drobnowidzowych, odmawiają botriomikomatom cech jakiegś budowy swoistej i — dla jednych jest to włókniakobrodawczak miejscami śluzowo zwyrodniały, inni podnoszą jego niezwykle obfite unaczynienie, określając go jako: fibropapillome muqueux tres vasculaire lub ziarniniak naczyniasty Kuttnera, inni znowu widzą w nim wprost guzek ziarninowy mocno unaczyniony, każdy zależnie od tego, jaki rodzaj tkanki w guzie, przez niego badanym, przeważał.

Najwięcej jednak sporów powstało z powodu t. zw. „skupień morwowatych“, tworów zagadkowych, znajduwanych w pewnej części przypadków pogrążonymi w tkance łącznej guza, które ongi nazwane przez Bollingera botryomyces uchodziły w swoim czasie za swoiste zarazki właściwe włókniakom zakaźnym; w pracach jednak następnych autorów uważane za rozpad jąder komórkowych, uległych t. zw. pyknozie, lekceważone były jako cząstki odpadkowe. Dopiero w ostatnich czasach, a mianowicie w 1908 r., Letulle ponownie zwrócił na nie baczniejszą uwagę, i opisał je w pracy swojej jako pełzaki, omawiane cierpienie wywołujące.

Poza botryomyces Bollingera i pełzakami Letulle'a oibrzymia większość autorów znajdowała w badanych guzach obecność ziarniaków.

Niektórzy autorowie upatrywali w nich cechy swoiste, wyróżniając je z pomiędzy wszystkich znanych ziarniaków i nazy-

wali je już to *micrococcus ascoformans*, już to *micrococcus botrygenes*.

Zarówno jednak zachowanie się wzmiankowanego ziarniaka wobec barwików, jak i wzrost jego na różnych pożywkach wykazywały tak znaczne podobieństwa z zachowaniem się wobec tych samych czynników gronkowca złocistego, iż wielu autorów drobnoustroje te najzupełniej utożsamia.

Długa i pracowita walka zwolenników swoistości botriomikozy i ich przeciwników przez większość nowoczesnych badaczy rozstrzygniętą została na korzyść tych ostatnich. Wyniki jej jednak sprowadzone zostaną do zera, jeżeli okażą się prawdziwymi wnioski ostateczne, do jakich doszedł Letulle w ostatniej pracy swojej o włókniakach zakaźnych.

Autor ten miał sposobność badania drobnowidzowego botriomikozy w jej najwcześniejszym okresie, w którym niema jeszcze ani guza, ani owrzodzenia, a ognisko chorobowe znajduje się w skórze, przykryte naskórkiem, odgraniczone w ten sposób od świata zewnętrznego.

W przypadkach takich Letulle znajdował jedynie tylko pelzaki i nigdy się nie spotkał z ziarniakami. Zdaniem jego, dopiero z biegiem czasu po utworzeniu się owrzodzenia w ognisku chorobowym ukazują się ziarniaki, jako zjawisko wtórne, nie mające nic wspólnego z przyczyną istotną omawianego cierpienia.

Przebiega omawiane cierpienie dobrotliwie bez bólu i jakiegokolwiek wpływu szkodliwego na stan ogólny. Rzadko bardzo wyleczenie następuje samoistnie — najczęściej nieleczony włókniak uparcie trzyma się (może samoistnie odpadać i wkrótce ponownie odrasta). Odcięcie go nożyczkami i wyłyżeczowanie szypuły lub też wycięcie go w granicach zdrowych sprowadza zawsze uleczenie radykalne.

(Thèse, Lyon. 1910).

F. MAJEWSKI.

Schlechtendahl. O zastosowaniu szczypczyków naczyniowych Blunka.

Wobec silnego rozwoju znieczulenia miejscowego, a przez to — możliwości wykonywania wielu zabiegów przez jednego lekarza, zachodziła konieczna potrzeba wynalezienia narzędzia, któreby dozwalało zawsze także jednemu podwiązywać naczynia, czy też tamować z nich na stałe krwawienie.

Zaradził temu Blunk, podając swoje szczypczyki, któremi tamuje się krwotok przez to, że odpowiednio skręcone końce szczypców zwijają błonę wewnętrzną, i zgniatają zewnętrzną. Manipulacja prosta. Na krwawiące naczynia nakłada się zwykle szczypczyki np. Peana, a potem przy końcu operacji po

kolei podnosi się je i wsuwa Blunka tak, jakby się chciało np. zwykłymi nożyczkami odciąć naczynie po za szczypczykami. Po zaciśnięciu Blunka zdejmuje się Peana najpierw, a potem zwolna Blunka.

Autor z narzędzia tego jest bardzo zadowolony. Tamuje ono krwotok nawet z większych naczyń na stałe, a niezbędne jest ono już dla S. w laparotomiach po podwiązaniu szypuł masowem, w operowaniu w pojedynkę, a zwłaszcza tam, gdzie naczynie jest trudno dostępne.

Naturalnie, skraca się przez to i upraszcza operowanie, a i aseptyka rany zyskuje wiele.

Szczypce wyrabia się w trzech wielkościach.

(*Medizin. Klinik. № 38. 1911*).

A. KLĘSK.

Kuhn. *Biologiczne leczenie zapalenia otrzewnej.*

W zapaleniu otrzewnej musimy mieć na oku sposoby, jakimi ustrój walczy z zakażeniem (resorbcyja, exsudacyja) i popierać takowe, zwalczać szkodliwości i zjadliwość drobnoustojów i wspomagać stan ogólny. Nieraz staramy się, zwłaszcza w początkach, wspomagać resorbcyę, innym razem pobudzamy do exsudacyi.

Sztuką jest nieraz ocenić, którą fazę obecnie wspomagać należy. Kwestya płukania jest np. bardzo ważna. Nigdy nie należy płukać za dużo. Co do płynu, to autor zaleca jako najlepszy — roztwór cukru, albowiem takowy zapobiega nadmiernemu tworzeniu się złożeń włókienka, pobudza transudacyę i exsudacyę, działa zabójczo na drobnoustroje i ich hodowlę, ma działanie antytoksyczne, a raczej pobudza do niego i t. p. Przy użyciu 5—10% roztworów cukru gronowego możemy wywołać niejako samowymywanie się otrzewnej. Do jamy brzusznej człowieka można lać (zwłaszcza przy tamponadzie) litr 50% cukru lub 5 litrów 10%.

Przez to ułatwia się bardzo sączkowanie jamy brzusznej, które mechanicznie wykonać dokładnie (zaułki) zwykle niepodobna.

Te wlewania cukru do jamy brzusznej wreszcie sprawiają, że podskórne i śródżylne wlewania roztworów soli stają się o wiele przez to skuteczniejsze.

Ogółem mówiąc, poleca autor do płukania jamy brzusznej płyn złożony z 0,9% NaCl i 4% cukru gronowego.

(*Münch. med. Wochenschr. № 38. 1911*).

A. KLĘSK.

Jacobaeus. *Krótki przegląd moich doświadczeń z laparoskopią.*

Powyższe sposoby badania jam ciała cystoskopem podał w r. 1910 J., nie wiedząc, że na zwierzętach stosował je przed 9 laty Kelling.

Na człowieku stosował je dopiero jednak autor.

Obecna statystyka obejmuje już 115 badań brzucha (przyczem z powikłań raz tylko krwotok wewnętrzny) i 35 klatki piersiowej.

Używa cystoskopu Nitzego № 14 i próbował nawet przytem pewnych zabiegów operacyjnych, jak wstrzykiwań w nowotwory, przypalania zrostów opłucnej i t. p.

Znakomicie sposób ten badania ułatwia nieraz wątpliwe rozpoznanie np. w brzuchu: gruźlicy, marskości wątroby, nowotworów i przerostów tychże, a w klatce piersiowej: wysięków i ich rodzaju, tła gruźliczego, zachowania się płuc i opłucnej i t. p.

Autor rokuje temu sposobowi badania, a może być—i leczenia, wielką przyszłość.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 38, 1911).

A. KLĘSK.

Wierzejewski. *O wypadkach i powikłaniach po operacjach ortopedycznych.*

Znaną jest rzeczą, że czasem przy i po operacjach ortopedycznych zjawiają się bardzo nie mile powikłania.

W. dzieli je na dwie grupy: 1) powikłania po operacjach prostujących (redresya), zwłaszcza w stawie biodrowym i kolanowym; 2) powikłania po operacjach kostnych.

Powikłania pierwsze cechują drgawki, względnie tężec toniczny, nieraz utrata przytomności, asphyxia, podniesienie ciepłoty, w moczu cukier i t. p. Przypadki te zjawiają się zwykle 3—6 dnia po operacji i pochodzą z podrażnienia rdzenia przez ciągle naciąganie się nerwu kulszowego wskutek nowego położenia po redressement.

Druga grupa powikłań po operacjach kostnych ma za tło znów zatory tłuszczowe. Leczenie polega na wlewaniach soli kuchennej, a opatrunku gipsowego (w przeciwieństwie do powikłań grupy pierwszej) nie należy ruszać z obawy nowego zatoru.

W przypadkach rozpaczliwych (drobny puls, oddech przyśpieszony i t. p.) cenne usługi oddaje kamfora, wdechania tlenu i zawijania w mąkę gorczyczną.

Dodać tu należy, że zatory wydarzają się częściej i przebiegają groźniej (zatrucie wskutek zwiększonej resorbcji chło-

roformu przez tłuszcz we krwi) po uspianiu chloroformowem, i dlatego W. w zabiegach ortopedycznych zaleca głównie uspianie eterowe.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 29, 1911).

A. KLĘSK.

Riedel. *O protezach po odjęciu uda incl. Gritti.*

Praca autora nad protezami uda po odjęciu tegoż stanowi bardzo wartościową wskazówkę, albowiem podaje w niej autor spostrzeżenia, wypróbowane na własnym ciele, sam bowiem uległ amputacji uda. Otóż, po pierwsze, dobra proteza powinna, podług Riedela, mieć zdolność ustawiania sztucznej stopy tak w położeniu palcowem, jak i piętowem. Sztuczny staw kolanowy powinien dawać się każdej chwili elastycznie ustalać. Proteza powinna być krótsza od zdrowej kończyny o 1—2 centymetry. Górny wewnętrzny brzeg powinien być dobrze, ew. elastycznie wysycelany, aby nie gniótł za bardzo adduktorów. Nieprawdą jest, by jakiegokolwiek aparaty miały oparcie na tuber ischii, leży on do tego absolutnie za głęboko. Protezę najlepiej umocować można na miednicy z pomocą bandaża Marksa, kikut należy pielęgnować troskliwie, zmywając i hartując skórę i opatrując najmniejsze otarcia. Na kikut najlepiej wkładać pończochę z 4 części złożoną. Na protezie trzeba się dopiero dobrze uczyć chodzić, i pozbyć obawy upadku.

Protezę można dać pacjentowi dopiero w 6 miesięcy po operacji, wcześniej stosowana proteza jest potem za obszerna, bo mięśnie zanikają.

Przy stosowaniu kul nie należy zapominać o możliwości wystąpienia porażeń, zwłaszcza gdy pacjent odrazu zaczyna za długo przez dzień chodzić.

(*Münch. med. Woch.* № 30, 1911).

A. KLĘSK.

Reicher i Lenz. *Anemizacja adrenalinowa, jako ochrona skóry w terapii rentgenowskiej.*

Swego czasu zwrócił uwagę Schwarc, że można znacznie zmniejszyć czułość skóry na działanie promieni Röntgena przez anemizację jej z pomocą ucisku.

Autorowie zaś przekonali się, że można to osiągnąć znacznie lepiej i pewniej przez poprzednie wstrzyknięcie śród- i podskórne w dane miejsce do 1,0 cen. roztworu kupnego adrenaliny 1:1000, aż wystąpi zblednięcie skóry.

Wtedy można na skórę stosować bezkarnie znacznie większe dawki, co zwłaszcza dla leczenia nowotworów ma ogromne znaczenie.

Przekonały o tem autorów liczne doświadczenia i próby.

Z pomocą adrenalizacji możemy w przeciągu 14—18 dni podwoić niemal dawkę (8—10 H), którą najlepiej rozkładać na 2—3 posiedzeń.

(*Münch. med. Woch.* № 24. 1911).

A. KLĘSK.

Esch. *O przedoperacyjnym przygotowywaniu chorych z wielką niedokrwistością z pomocą śródmięśniowych wstrzykiwań odwłóknionej krwi ludzkiej.*

W wielu przypadkach operator jest w trudnym położeniu: operować trzeba, bo choroba groźna, a chory znowu tak bekrwisty, że zabieg grozi życiu. Dotąd wszelkie sposoby szybkiego zwalczania niedokrwistości są bezskuteczne tak, że sposób autora, jako, podobno, bardzo skuteczny, powitają zapewne zwłaszcza ginekologowie z radością. A sposób prosty. Od danego osobnika, który ofiarowuje krew, zbiera się z żyły łokciowej do kolby Erlenmeyera z perłami szklanymi na dnie około 50 cen.³ krwi i, lekko ruszając, odwłóknią krew przez 7—8 minut, poczem naciąga wprost do strzykawki i wstrzykuje w mięśnie pośladkowe. Zabieg powtarza się ewentualnie co kilka dni, badając zmiany we krwi.

W trzech przypadkach ciężkiej niedokrwistości osiągnął autor w ten sposób skutek bardzo dobry. Zjawia się on zwykle dopiero po tygodniu.

Wstrzykiwania te nadają się też, jako wstęp do leczenia Röntgenem krwawień, gdzie zwykle z początku krwotoki we włókniakach zwiększają się, albowiem działają też wybitnie tamującą na krwawienia.

(*Münch. med. Woch.* № 41. 1911).

A. KLĘSK.

Plate. *O klinicznych objawach wczesnych okresów zniekształcającego zapalenia kręgosłupa.*

Zesztywnienie kręgosłupa przebiegać może pod dwiema postaciami:

1) U osobników młodych zajmuje małe stawy kręgosłupa, występując nieraz po urazie. Obejmuje cierpienie to nie tylko stawy między kręgami, ale i żebrowe. Z czasem chrząstki ulegają zniszczeniu, tworzy się zesztywnienie i garb.

2) Natomiast w postaci drugiej, właściwej spondylitis deformans, u osobników starych sprawa usadawia się głównie w płytkach międzykręgowych, z czasem trzony kręgowe ulegają zniekształceniu i złaniu się, co łatwo stwierdzić można za pomocą fotografii rentgenowskiej.

Właśnie tę drugą postać cierpienia badał autor szczegółowo Röntgenem, chcąc wynaleźć wczesne objawy kliniczne.

Pacyenci, wszyscy mężczyźni, byli zwykle już po za 50 rokiem życia. Główna dolegliwość składała się z silnych bólów w krzyżach, które to bóle w odróżnieniu od cierpień innych znikały zaraz po położeniu się. W lumbago nie znikają, przynajmniej zaraz, bóle po położeniu się, a w nerce wędrującej czasem właśnie w tem położeniu np. w nocy zjawiają się. Bóle krzyżów w chorobach rdzenia są zupełnie atypowe. Inne, jak nerwobóle żebrowe, nie zależą zupełnie od ruchów, ew. dają typowe obrazy rentgenowskie (gruźlica, lues, nowotwory). Nieraz chorzy z opisywanem cierpieniem stoją pochyleni i opierają się rękami o uda, a schylając się, zginają kolana i zaczynają kucać wyprostowani. Dłuższe stanie powoduje nieraz chwieianie się korpusu.

Mięśnie grzbietu, zwłaszcza przy ruchach, napinają się deskowato.

Chód jest równie swoisty. Chory robi małe krocзки, nie wyprostowując przytem w całości kolan, a to by unikać wstrząśnięć ciała.

Opukiwanie kręgosłupa sprawia bóle.

Mimo tego, że cierpienie jest poważne, nie należy chorego zaraz uważać za inwalidę, bo sprawa przebiega czasem powoli i ulega poprawom.

Wykazanie Röntgenem cierpienia bez objawów podmiotowych, co nieraz się zdarza, nie uprawnia też do udzielania renty, bo często po urazach mamy sposobność badać podobnych chorych.

Sprawa ma się tutaj zupełnie podobnie, jak w stopie płaskiej, która nagle nieraz może zacząć sprawiać silne dolegliwości, np. wskutek przeforsowania stopy i t. p.

Cierpienie wspomniane występuje i u zwierząt, mianowicie tych, które przyjmują położenie na łapach tylnych z podniesionemi górnemi (kangur, ptaki, małpy).

U ludzi występuje ono przeważnie w klasie pracującej fizycznie (spine labourers anglików), i to więcej na stronie prawej, co odnosimy właśnie do wpływów mechanicznych. Podobnie spostrzegano je u ludów dzikich, noszących ciężary na głowie.

Zapewne, początkiem cierpienia jest grupa objawów, opisana przez Schanza jako: „insufficiencia vertebrae”.

Co do leczenia, to nie wiele ono leczenie wskórać może. Polecamy spokój, gorsety, masaż, naświetlania elektryczne, co nieraz wpływa łagodząco na bóle i postęp choroby.

(*Munch. med. Woch. № 40. 1911*).

A. KLĘSK.

Amrein. *Wyniki leczenia operacyjnego stawów wrzekomych i złamań sztyftami z kości słoniowej.*

Autor donosi o 70 przypadkach, leczonych sztyftami z kości słoniowej, z tego 19 przypadków dotyczy stawów wrzekomych, 10 złe zrośniętych złamań, 17 złamań świeżych i t. d.

Wogóle wyniki czynnościowe i anatomiczne dobre. Sztyfty wgajały się zupełnie dobrze, tylko w 20 przypadkach, najczęściej w złamaniach otwartych, trzeba je było usunąć. Badanie rentgenowskie wykazuje, że sztyfty te ulegają nader wolno wessaniu, tak że np. jedynie w przypadku, operowanym przed 20 laty, nie dało się już zupełnie na płycie sztyfta wykazać.

Co do samego gojenia się kości, to przy zbijaniu postępuje ono dobrze ale nieco wolniej, niż przy postępowaniu czysto zachowawczem.

W stawach wrzekomych wyniki najlepsze.

(*Fortschr. auf. d. Geb. d. Röntg.* 16 -- 1910 S. 119).

A. KLĘSK.

Wettstein. *Operacyjne leczenie świeżych, prostych złamań trzonów kości.*

W. zajmuje się sprawą leczenia operacyjnego trzonów kości, a więc z wyłączeniem szwu t. zw. normalnego, t. j. zawsze używanego jak rzepki, łokcia i t. p. Jak w każdej sprawie, tak i tu są dwa obozy. Jedni, a na czele ich Bardenheuer, twierdzą, że wyciąg zawsze, jeżeli jest racjonalnie założony, spełni swe zadanie, drudzy z Lanem na czele operują każde po kolei złamanie.

Lane jest po prostu zachwycony swymi wynikami, uważa operację w złamaniu za konieczną, jeżeli, naturalnie, pewny jest aseptyki, unika operowania palcami i nie nakłada wielu podwiązek.

Statystyki towarzystw ubezpieczeń wykazują, że ostateczne wyniki leczenia zachowawczego nie są wcale zachęcające.

Np. w złamaniach uda liczba procentowa inwalidów waha się od 45—70%, a nawet u Bardenheuera chorych 53% nie jest potem w zupełności zdolnych do pracy. Po złamaniach goleni liczba inwalidów wynosi 30—40%, po złamaniach ramienia—23,3%, przedramienia 18% i t. p.

Czasem złamanie mimo wiedzy lekarza i dobrego sposobu postępowania leczy się źle, a przeszkadza temu: 1) natura samego złamania np. złamanie śrubowate, 2) wsunięcie się części miękkich, 3) zaklinowanie w złym położeniu, 4) zmiążdżenie kości lub złamanie wielokrotne, 5) elastyczna retrakcja mięśni i obrzmienie otaczających tkanek (Lane).

Powodów więc nie mało!

Paterson też twierdzi, że krwawe zestawienie powinno być zasadą u klasy pracującej.

König jest zdania, że na operację jest jeszcze czas w drugim tygodniu, gdy sprawa przebiega nie prawidłowo.

Lambotte nawet twierdzi, że operować powinno się dopiero po wessaniu się wynaczynień krwi, by unikać łatwych przytem zakażeń.

Zestawienie nawet i podczas operacji czasem jest bardzo trudne, a względnie mocno ustalone kości nie przylegają dobrze.

W wielu znów przypadkach udaje się zaś ono tak dobrze, że potem i szwu zupełnie nie potrzeba, ewentualnie zaklinowanie wystarcza.

Zamiast szwu polecają jako pewniejsze: śruby, klamry i płyty metalowe, ew. siatkę z drutu, lub blachy, gwoździe z kości słoniowej lub i ludzkiej.

Powinno się jednak w ranie zostawiać jaknajmniej ciał obcych i jaknajmniej sączkować.

Ma też leczenie operacyjne złamań wady. Po pierwsze zmienia ono złamanie proste w powikłane. Dalej, nie brak takich, którzy twierdzą, że kości zeszyte goją się wolno ze skąpą kostniną i skłonne są do złamania powtórnego. To złe gojenie się przypisywano usuwaniu z miejsca złamania skrzepów krwi, tak potrzebnych do gojenia.

Borchard, Bardenheuer, Lucas-Campionniere i inni zwracają znów uwagę, że po zeszytciu zjawiają się nieraz wtórne skrócenia lub dewiacje kości. Niektórzy spostrzegli po operacjach występowanie osteitis dziurawiającej.

Za to leczenie jest proste, krótkie i przystosowanie odłamów zwykle jest idealne.

Nadają się do leczenia operacyjnego:

1) Złamania obu kości przedramienia, bezkrwawo zwykle bardzo trudne do zestawienia.

2) Śrubowate złamania podudzia w dolnej zwłaszcza części z odstawianiem odłama kości goleniowej ku strzałkowej.

3) Złamania uda, gdy po 2—2½ tygodniach leczenia wyciąganiem pozostaje skrócenie lub przemieszczenie, a dalej złamanie nisko w dole uda.

4) Złamania wielokrotne, względnie złamania wspólnie ze zwłknięciem.

Leczenie operacyjne złamań wymaga jednak wprawnej ręki i opanowania aseptyki.

(*Medizin. Klinik. №. 23. 1911.*)

A. KLĘSK.

Pürckhauer. *Skręcenie kości goleni we wrodzonej stopie szpotawej i leczenie tegoż.*

W leczeniu stopy szpotawej mało dotąd uwagi zwracano na skrócenie kości goleni, nieraz przytem występujące, i dlatego bardzo często pacyenci potem, nawet przy idealnem ustawieniu stopy, chodzą z palcami ku wewnątrz ustawionymi wskutek skrócenia goleni ku wewnątrz. Skrócenie to uważają nawet niektórzy za cierpienie pierwotne, wywołujące ustawienie szpotawego następowe stopy.

Leczenie bezkrwawe przyrządami, gwałtownem prostowaniem i t. p. pozostaje zwykle bez skutku, a jedynie krwawe t. j. przecięcie kości oddaje znakomite usługi.

To skrócenie występuje przynajmniej w 15% przypadków bardzo wyraźnie.

Stwierdzić to można zaraz dokładnie w obrazie rentgenowskim.

Co do cięcia kości, to P. wykonuje je poprzecznie na wysokości największego promienia skrócenia tylko na kości goleniowej, pozostawiając piszczelową jako szynę — całą.

Potem odkręca się stopę tak, by brzeg zewnętrzny leżał formalnie na stole.

Po 14 dniach zmiana opatrunku, wyjęcie szwów, ew. dalsze prostowanie, a potem opatrunek do chodzenia na 4 tygodnie. Liczne ryciny popierają tezy autora.

(*Munch. med. Woch. N^o 11. 1911*).

A. KLĘSK

Müller. *W sprawie kliniki stopy płaskiej i zniekształceń palców.*

Stopa płaska ma rozmaite przyczyny powstania (obciążenie np. przy nagłym utyciu, wskutek ciągłego stania lub schorzeń kości i t. p.). M. jednak zajmuje się głównie postacią, nie mającą wybitnej przyczyny, a cechującą się nieraz silnymi bólami. Przytem, podług M., spotyka się zawsze zmiany naczynioruchowe stopy (pocenie, bladość), lekki obrzęk grzbietu stopy, utrudnioną ruchomość palców i t. p. Zmiany te powodują zwyrodnienie mięśni, a mianowicie odbija się to głównie na mięśniach zginaczach, wywołując porażenie takowych. Natomiast rozginacze ulegają przykurczeniu, co pociąga za sobą opuszczanie wysklepienia stopy, a dalej — zluźnianie więzadeł i powięzi.

Stopa bosa przy chodzeniu pracuje silniej, chwytając na gruncie miękkim palcami podstawę, jest ona bowiem zniekształconą niejako ręką. W buciku zaś staje się ona nieruchomą, ma bowiem twardą podstawę i ograniczone ruchy. Te same przyczyny powodują zniekształcenie się palców (*hallux valgus*,

porażenie abduktora i zginaczy). Z tych kilku uwag wysnuwa M. też odpowiednie leczenie, ew. zapobieganie chorobie. Nie należy dzieci zawczasie uczyć chodzić, trzewiki nie powinny być zbyt ciasne i tamować krążenia (za silne sznurowanie).

Palcami powinien pacjent móżdż swobodnie ruszać w buciku. Ewentualnie podkładki w buciku nie powinny być twarde.

Natomiast polecać należy chodzenie boso po piasku, i używanie ruchów, przy których zwiększa się wypukłość stopy, spinanie się na drzewa. Ponadto gimnastykuje się zniekształcone palce, masuje i kąpie mięśnie podudzia i stopy.

Dla leczenia hallux valgus podał autor odpowiedni przyrząd do wkładania do trzewika.

(*Medizin. Klinik. № 14, 1911*).

A. KLĘSK.

Wolf. *Zastąpienie kości palca ręki kością palca stopy.*

W przypadku gruźlicy paliczka 4-go palca ręki prawej zmuszony był W. przystąpić do operacji. Ponieważ chora na odjęcie absolutnie zgodzić się nie chciała, przeto usunął W. przy zachowaniu naczyń i nerwów całą falangę nasadową, a w miejsce jej wszczepił wziętą z okostą pierwszą falangę drugiego palca stopy prawej.

Natomiast w miejsce wyjętej kości ze stopy wszczepił znów $4\frac{1}{2}$ ctm. chrząstki, wyciętej z 6 żebra pacjentki.

Gojenie postępowało zupełnie prawidłowo. Od drugiego tygodnia rozpoczęto ruchy palca ręki. Badanie rentgenowskie wykazało zupełne przygojenie. Końcowy wynik czynnościowy w ręce znakomity — chód pacjentki zupełnie dobry.

Obecnie po roku i 8 miesiącach stwierdzono trwały wynik.

(*Munch. med. Wochenschr. № 11. 1911*).

A. KLĘSK.

Garre. *W sprawie przyczyn powracającego obrzęku surowiczego stawowego nerwobólu.*

Garre zwraca uwagę na pewien bardzo swoisty obraz osteomyelitis, a mianowicie usadowiony w nasadach kości, pod postacią podostrą przebiegający bez skłonności do ropienia i tworzenia martwaków, a natomiast wywołujący stwardnienie i grubienie nasady kostnej i od czasu do czasu cechujący się także objawami nerwobólu w sąsiednim stawie i obrzękiem surowiczym tegoż. Te ostatnie zmiany są tak wybitne, że zacierają obraz właściwej choroby.

Obraz rentgenowski rozjaśnia zwykle sprawę. Przytacza autor na dowód odpowiednie historie chorób z własnej praktyki.

Bóle bywają przytem ogromne tak, że nie stoją w żadnym pozornym związku z małym nieraz ogniskiem kostnem. W ogniskach spotyka się gronkowce. Atak choroby cechują prócz gwałtownych bólów — obrzęk stawu i podniesienie niewielkie ciepłoty. Sprawa trwa zwykle 2—4 dni i ustępuje potem pozornie zupełnie.

Najczęściej spotykamy to w stawie kolanowym.

Leczenie: operacja wzgl. ustalenie aparatem Hessinga.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 47. 1910).

A. KLĘSK.

Koerber. *O doświadczeniu z wyciągiem gwoździowym podług Steinmanna.*

Na mocy 70 przypadków, leczonych powyższym sposobem, dochodzi autor do następującego przekonania.

Wyciąg gwoździowy ma wiele zalet. Przedewszystkiem oddaje on wartościowe usługi tam, gdzie zabieramy się do leczenia po pewnym czasie i przy dużem skróceniu. Nieraz i po miesiącach osiąga się przytem skutek i to tak anatomicznie, jak i czynnościowo dobry. Ponadto wyciąg Steinmanna nadaje się w złamaniach ciężkich, powikłanych dużemi ranami tam, gdzie plasterów nie możnaby stosować. Względnie mając stosować wyciąg wspomniany, możemy spokojnie odczekać, aż się rany podgoją, czego przy wyciągu plasterowym robić nie można. Również cenne usługi oddaje ten wyciąg w złamaniach śrubowatych i stawowych.

Natomiast we wszystkich innych zwykłych złamaniach osiąga się zupełnie ten sam wynik zwykłym wyciągiem plasterowym Bardenheuera, który znowu ma tę wyższość, że jest bezkrywawy, nie tak bolesny i nie naraża chorego na względne zakażenie.

Z tego też powodu wyciągu gwoździowego nie możemy uważać za normalny sposób leczenia w każdym złamaniu.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 40, 1911).

A. KLĘSK.

Heermann. *Podwójny wyciąg w złamaniach kości.*

Bardzo pomysłowy, a wszędzie i łatwo wykonalny wyciąg w złamaniach kości podał H., ma on ponadto zaletę, że można go poprawiać i nakładać pod kontrolą promieni Röntgena, a dozwała na masowanie stawów i mięśni.

Nakłada się go w następujący sposób:

Powyżej i poniżej złamania przylepia się 2 lub więcej pasów przyłepca, których wolne końce są dość długie. Na to nakłada się również powyżej i poniżej złamania dwa okrężne tutory gipsowe i wmurowuje do nich deszczułki. Skoro gips

zaschnie, pod kontrolą oka w Röntgenie składamy złamanie i w tem położeniu ustalamy kończynę w dwóch szynach, które przykręcamy do deszczulek w tutorach.

Następnie zaś wolne końce plastrów przyciągamy do siebie po obu bokach szyn taśmą sprężystą, przez co wywieramy podwójny wyciąg w strony przeciwne.

Również przy tego rodzaju opatrunku możemy nakładać jeszcze i wyciągi boczne, i mięśnie i stawy wygodnie cały czas masować.

(*Deut. med. Wochenschr.* № 50. 1910).

A. KLĘSK.

Hildebrand. *Przyczynek do chirurgii mózgu.*

Podług statystyki własnej autora, wyniki operacji złośliwych guzów mózgu (glioma, sarcoma) są bardzo smutne, i autor, mimo rozległego na tem polu doświadczenia, nie ma, niestety, ani jednego przypadku zupełnego i trwałego wyleczenia, a wszyscy operowani zginęli w końcu z powodu nawrotów.

Bez wątpienia, pochodzi to stąd, że w mózgu nie możemy w razie rozlanego cierpienia operować tak doszczętnie, jak na kończynach, a gdzie mimo to spotykamy nawroty.

Jeszcze stosunkowo dobre wyniki dają guzy kąta mózdzkowomostkowego i nerwu słuchowego, bo są to zwykle mało złośliwe i od mózgu ściśle odgraniczone guzy.

Natomiast poprawiają się wyniki operacji przysadki mózgowej, najnowszej gałęzi chirurgii mózgu.

Hildebrand operował trzy przypadki, a w czwartym postawiono rozpoznanie guza przysadki, potwierdziło to i badanie rentgenowskie, a znów przebieg zaprzeczył.

H. chcąc operować dwuczasowo, zrobił najpierw trepanację czołową i po tej pacjent wyzdrowiał zupełnie, a upłynęło od tego czasu dwa lata i pół. Zmiany oczne poprawiły się prawie całkiem.

Rozpoznawanie nasze nie stoi więc jeszcze na zupełnie pewnych nogach co do mózgu. O ile możliwości radzi autor operować, lecz operować wczas, a nie wtedy, gdy już wystąpił zanik nerwów ocznych.

Przy operacji o ile możliwości należy też postępować doszczętnie, jednak nieraz i operacja paliatywna wiele choremu pomódz może.

(*Deut. med. Wochenschr.* № 49. 1910).

A. KLĘSK.

Melville. *Rozpoznanie i leczenie chirurgiczne krwotoku mózgowego.*

Po kilku nie mówiących komunałach w sprawie trudności rozpoznawczych w krwotoku mózgu, zwłaszcza co do określenia samego ogniska, autor szerzej zastanawia się nad stosowaniem zabiegów chirurgicznego w omawianej kategorii przypadków, opierając rozumowania swoje na następującem założeniu: krwotok mózgowy zasadniczo winien być leczony tak samo, jak i wszelki inny krwotok, a więc — podwiązaniem brojącego naczynia, usunięciem skrzepów i sączkowaniem.

Praktycznie jednak takie rozwiązanie sprawy napotyka poważne trudności. Przedewszystkiem nie zawsze można z dokładnością określić miejsce krwawienia, a następnie jest rzeczą niemożliwą stanowczo orzec, który przypadek ma być leczony chirurgicznie, a który znów zachowawczo. Jeżeli przyczynę krwotoku stanowi endarteriitis, periarteriitis, aneurysma, ogniska rozmiękczenia w szarej substancji, zmienione naczynia nowotworu lub uraz, to mamy, według autora, obie drogi.

Która z nich lepsza? Czy pozwolić na to, aby chory zmarł z obfitego krwawienia wewnątrz lub na powierzchni mózgu, czy też obnażyć ten ostatni, zatrzymać krwotok, usunąć skrzepy, pomimo możliwości śmierci chorego na stole operacyjnym?

Zdaniem autora, ta ostatnia droga jest lepsza, „nawet jeżeli jesteśmy moralnie przekonani, że chory umrze na stole operacyjnym, ponieważ jedynie drogą operowania możemy „wydoskonalic naszą technikę i przekonać się, jak dalece nasze „rozpoznanie jest ściśle na zasadzie współczesnych zdobyczy „nauki“. Od swego radykalizmu chirurgicznego odstępuje jedynie w tych przypadkach wstrząśnienia, nawalu (congestion), stłuczenia i zgniecenia, gdzie uszkodzenia były tak małe, że nie dały objawów ogniskowych, bezwładów, wzgl. mogą się wessać samoistnie.

Jeżeli jednak umiejscowienie ich można określić i utorować sobie dostęp, to skrzep winien być usunięty. Przytem jest rzeczą pierwszorzędną wagę rozpoznać, czy wylew krwawy ścina się odrazu i krwotok ustaje, czy też wzmaganie się objawów zależy od stopniowego zwiększania się skrzepu wskutek długotrwałego krwawienia.

Jeżeli zabieg operacyjny został zdecydowany, z wykonaniem tegoż zbytnio zwlekać nie należy, aby nie pozostawiać tkanki mózgowej pod działaniem szkodliwego ucisku. Wogóle operować należy możliwie najprędzej po wypadku, gdy mianowicie chory wychodzi ze stanu shocku, w tych zaś przypadkach, gdzie krwawienie nie ustaje po upływie paru godzin — operować natychmiast.

W 60% przypadków źródłem krwotoku mózgowego jest

małeńki tętniak jednej z gałęzi tętnic podstawy, a ściślej — art. cerebialis media Charcot.

Pod względem technicznym autor usilnie zaleca trepanację metodą Cushinga, z instrumentarium — bor Doyena, hak Dahlgrena i piłkę Gigiego. Co do uspiania, to wydaje mu się równie dobrym chloroform, jak tego chce Horsley, jak też i eter, według rady Cushinga, z uprzedniem jednak wstrzykiwaniem morfiny z atropiną. O intubacyjnej metodzie Crile'a odzywa się autor oględnie.

(*International Journal of Surgery*, luty 1911).

W. D.

Schüller. *Siodłowa trepanacja paliatywna i nakłucie trzeciej komory.*

Celem zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, np. w guzach mózgowia o nieokreślonej bliżej siedzibie, wodogłowiu zewnętrznym i wewnętrznym przewlekłym, czaszce zwężonej, guzach i torbielach na podstawie trzeciej komory, uporczywej migrenie, padaczce, psychozach i t. p. zaleca Schüller nakłucie i sączkowanie trzeciej komory z pomocą otworzenia czaszki w dnie siodła tureckiego podług sposobu Schloffera, Hirscha i t. p. Odprowadzenie płynu drogą nosa działa bardzo korzystnie. W ten sposób odprowadza się płyn przez otworenie przestrzeni podoponowej, lub nakłócie trzeciej komory.

Dla wykazania możliwości operacji, konieczną jest rzeczą zbadanie rentgenowskie, mianowicie wykazanie pogłębienia siodła tureckiego i obszerna jama klinowa.

(*Wiener klin. Wochenschr.* № 3. 1911).

A. KLĘSK.

Cassirer i Schmieden. *O torbieli mózdzku, wyleczonej operacją.*

U 23 letniej kobiety, po urazie głowy przed rokiem, zjawily się: zupełna niemożność stania i chodzenia przy dobrych ruchach w czasie leżenia, bóle i zawroty głowy, wymioty przy ruchach tejże, nystagmus, porażenie wzroku w stronę lewą, obustronna tarcza zastoinowa, asynergia mózdkowa, zwolnienie tętna i lewostronne porażenie n. twarzowego.

Rozpoznano: guz mózdzku w okolicy robaka, idący ze strony lewej.

Nagie urazowe powstanie i wachania w przypadkach przemawiały na korzyść torbieli. Operacja potwierdziła rozpoznanie. Cięcie łukowe, wypukłe ku górze, od jednego wyrostka sutkowego do drugiego; otworzenie czaszki bez reflektowania na osteoplastykę. Opona twarda napięta, nakłucie po stronie prawej przedstawia stosunki prawidłowe, po lewej i ku środkowo-

wi wykazuje płyn surowiczy. Nacięcie op. twardej i rozdzielanie tkanki mózdku na tępo za igłą aż do torbieli, wielkości jaja kurzego. Wprowadzenie cienkiego sączka do jamy, po wypróżnieniu zaszycie op. twardej i reszty rany.

Wyzdrowienie. Wynik końcowy. Bóle i przypadki inne znikły zupełnie. Chora chodzi dobrze i nie ma zawrotów nawet przy schylaniu się.

Zmiany w oczach poprawiły się znacznie, ubytek w kościach wyczuwalny, tętniacy. (Vis. pr. $\frac{2}{3}$, lew. 1).

Badanie po roku wykazuje dobry stan. Torbiele są najwdzięczniejszym polem operacji na mózdku.

Scholz zebrał 75 odpowiednich przypadków.

Torbiele podług tegoż powstają: 1) z nieprawidłowości wrodzonych, 2) jako towarzyszące nowotworom, 3) residua p. apoplexiam, 4) torbiele skórzaste, 5) pasożytnicze, 6) urazowe, 7) zwykłe surowicze.

Rokowanie w zwykłych torbielach, nie na tle nowotworu lub innych cierpień, dobre, jedynie czasem, w razie dłuższego trwania, zmiany oczne pozostają i po operacji.

Natomiast jak dotąd w innych cierpieniach mózdku rokowanie jest bardzo niepomysłne.

Z 14 torbieli, operowanych podług Borchardta, w 13 uzyskano zupełne i trwałe wyleczenie.

(*Münch. med. Woch. N° 47. 1910.*)

A. KLĘSK.

König. *O możliwości wpływania na kryzy żołądkowe z pomocą znieczulania w przewodnictwie.*

Operacja Förstera, acz genialna w pomysle, w praktyce jednak napotyka na trudności, jest dla pacjenta ciężka i w wynikach nieraz nie trwała, tak że rezerwować ją można tylko dla przypadków najrozpaczliwszych.

A cóż robić w życiu codziennem u wielu innych tabetyków? Autor postanowił próbować znieczulania korzeni, i to mu udało się rzeczywiście.

W jednym przypadku bardzo uporczywych i ciężkich kryzy żołądkowych przerywał König w ten sposób zawsze zaczynający się atak, sprawiając choremu odrazu ulgę i chroniąc go od innych przypadłości, jak wymiotów, utraty wagi ciała i t. p. Do wstrzykiwania używał 0,5% nowokainy. Po odkażeniu skóry jodyną lub 5% spirytusem tymolowym wstrzykuje autor na 1—2 palce od linii wyrostków kolczystych obustronnie głęboko ogółem około 100 cm.³ od 6—11 żebra.

Igłą idzie w okolicy stawu żebrowokręgowego aż do kości, a potem zbacza po dolnym brzegu żebra i zaczyna wstrzykiwanie.

Czyni to w pozycji siedzącej pacjenta, a potem każe leżeć godzinę spokojnie. W razie następowych bólów w miejscu wstrzyknięcia podaje aspirynę.

Może uda się w ten sposób wpływać i na strzelające bóle rąk i nóg u tabetyków.

(*Medizin. Klinik. № 30. 1911*).

A. KLĘSK.

Lotheisen. *Operacja Förstera w kryzjach żołądkowych wiądu.*

L. operował z powodu kryz żołądkowych cztery razy, wycinając od 6—9 lub 12-go korzenia.

O operacji, a raczej o jej wyniku, wyraża się sceptycznie. Osiąga się pewne polepszenia, np. dłuższe przerwy w atakach, i bez operacji spostrzegane, ale o wyleczeniach trwałych mowy nie ma. Spostrzegano też pogarszanie się wiądu po operacji (Reitter).

Przed operacją podaje autor urotropinę, by wywołać, podług najnowszych prądów w nauce, odkażanie płynu mózgowodzeniowego z pomocą wytwarzania się w nim formaldehydu.

Jeden z chorych operowanych zmarł, a to z dość rzadkiej przyczyny. Miał on przedtem wstrzykiwany śródmięśniowo salwarsan; tenże wywołał w mięśniach grzbietu ognisko zgorzelinowe. Z tegoż wytworzyła się do rany operacyjnej przetoka, która spowodowała zapalenie opon rdzeniowych.

Nauczony tem L. w drugim analogicznym przypadku przystąpił najpierw do wycięcia miejsca wstrzykiwania.

(*Posiedzen. lekarz. Wiedeń. maj*).

A. KLĘSK.

Wilms i Kolb. *Odmiana operacji Förstera, wycięcie korzeni w stożku rdzeniowym.*

Wilms podaje wspomnianą wyżej odmianę zabiegu Förstera, podnosząc jej zalety, a Kolb dodaje część anatomiczną. Przedewszystkiem osiąga się cel przez usunięcie tylko trzech łuków kręgowych t. j. najlepiej 12 piersiowego i 1—2 lędźwiowego (rdzeń sięga zwykle do 2-go kręgu lędźwiowego).

Operuje się nie tak w głębi, jak przy pierwotnym właściwym zabiegu Förstera, a co ważne — unika się w leczeniu zakażenia, występującego nieraz z powodu tworzącej się odleżyny lub zabrudzenia stolcem i moczem. Nie należy się też obawiać przy tej odmianie wypadania włókien nerwowych przy nagłym odpływie płynu po utworzeniu opony twardej, co u Förstera zdarzyć się może. Oryentacja jest bardzo łatwa, bo wiemy, że stożek leży w okolicy wyjścia drugiego korzenia lędźwiowego. Również odróżnianie i wyszukiwanie włókien do

wyjęcia jest w podanej odmianie bardzo łatwe, podczas gdy Förster sam zwraca uwagę, że nieraz spotyka się nieprawidłowości np. dwa korzenie wychodzą przez jeden otwór z opony, tak że nie pozostaje nic innego, celem odróżnienia korzeni przednich od tylnych, jak iść za biegiem włókien aż do rdzenia.

(*Münch. med. Wochenschr.* № 37. 1917).

A. KLĘSK.

Freund. *Leczenie wola Röntgenem.*

F. leczył Röntgenem 23 przypadki wola, z tego 6 w chorobie Basedowa. Skutek najwidoczniejszy jest w pierwszej seryi prześwietlań, potem zmniejsza się. Leczenie to nie może wcale konkurować z operacją, ale zawsze może znaleźć korzystne zastosowanie u ludzi bardzo starych, w wolu mięszo-wokolloidowem i objawach zwężenia tchawicy, zwłaszcza tam, gdzie zmiany w mięśniu sercowym i stwardnienie tętnic na zabieg doszczętny nie pozwalają.

Niektórzy, zwłaszcza Eiselsberg, odrzucają wogóle to leczenie tam, gdzie można operować, a to z powodu, że w następstwie tegoż wytwarzać się mają zrosty i zmiany w tkankach, utrudniające następną operację. Freund znowu jest zdania, że zmian tych uniknąć można przez stosowanie lamp twardych i filtrowanie promieni powierzchniowych.

Pamiętać też należy o tem, że czasem wśród leczenia Röntgenem zjawić się może tyreoidismus, i wtedy odrazu należy leczenia tego zaniechać, inaczej spowodować można bardzo groźne dla chorego następstwa. Freund spostrzegł dwa podobne przypadki.

(*Wiener med. Wochenschr.* № 21).

A. KLĘSK.

Sudeck. *O chirurgicznym leczeniu choroby Basedowa.*

Przez wyleczenie rozumie autor powrót zdolności do pracy, choćby pewne objawy jeszcze były zaznaczone, np. trzeszcz galek ocznych, podniecenie nerwowe i serca i t. p., gdyż istnieją one nieraz i u „wyleczonych“ wewnątrznie. Ogółem operował autor 34 chorych, przyczem osiągnął wyniki wcale dobre, bo 88% wyleczeń, jedno zejście śmiertelne, a reszta — wybitne poprawy. Wole w chorobie Basedowa przedstawia się zwykle typowo: jest ono miękkie, nie wielkie, a bardzo obfite w naczyńia, wskutek czego prawie w 95% słyszymy nad niem szmery, nieraz muzykalne, przypominające odgłos w słupach telegraficznych. Badając drobnowidzowo, spotyka się utkanie wola mięszoowego. Opisane przez Th. Kochera zmiany we krwi (zmniejszenie absolutnej liczby ciałek białych, zwiększenie procentowe jednojądrzastych na niekorzyść wielojądrzastych) spo-

tyka się dość stale. Zmniejszenie ogólne liczby białych ciałek jest dla rokowania mniej pomyślne. Kocher zwrócił uwagę, że w razie pomyślnego wyniku operacji wraca też do normy, ewentualnie poprawia się, i obraz krwi, tak, że nieprawidłowy obraz krwi dowodzi, że ewentualna operacja była jeszcze nie wystarczająca. Badania krwi autora zgadzają się z tem po większej części.

Co do bezpośredniego wyniku operacji, to zaraz po niej stan chwilowo pogarsza się, zjawia się podwyższenie ciepłoty, lecz rychło podmiotowy stan jest lepszy, i już w pierwszym tygodniu serce wybitnie uspokaja się. Trzeczcz gałek ocznych zmniejsza się też z czasem, ale zupełnie prawie nigdy nie zanika. Natomiast inne objawy, jak drżenie, pocenie się, spadek wagi, biegunki, podniecenie, tętnienie i t. p. znikają nieraz na stałe. Serce, zwykle znacznie przedtem rozszerzone, wraca rychło do granic prawidłowych. (W jednym np. przypadku badanie rentgenowskie wykazało wymiar poprzeczny 15,5 cm. a potem $12\frac{3}{4}$ cm.). Zupełnie niesłusznie przesądzono niebezpieczeństwa operacji.

Obecne wyniki uważać należy już za idealne, a względne zgony wydarzają się wyjątkowo tam, gdzie operowano już w stadium późnem przy zupełnej nieomodoze serca.

Trzeba o tem pamiętać, że po operacji chwilowo pogarszają się objawy. Natomiast nie ulega wątpliwości, że wynik operacji co do wyleczenia przeważnie bywa bardzo korzystny (75% trwałych wyleczeń), co wobec śmiertelności ($\frac{1}{2}$ — 5%) przemawia bezwarunkowo na korzyść operacji.

Operować powinno się o ile możności w znieczuleniu miejscowem, wzgl. rozkładać operację na kilka seansów, by naraz nie obciążać serca, albowiem wynik zależy bardzo od ilości zabranej tkanki gruczołowej. Riedel np. usuwa $\frac{3}{10}$ gruczołu, Mayo 65 — 80% gruczołu. Landström nawet na swoim materiale wykazuje to statystycznie:

przy podwiązaniu 3 tętnic: 50% wyleczeń, 17% popraw;
 przy połowicznym wycięciu gruczołu: 37,5% wyleczeń, 25% popraw;
 przy połowicznym wycięciu z jednej, a podwiązaniu tętnic z drugiej strony: 80% wyleczeń, 20% polepszeń.

(Münch. med. Wochenschr. № 16. 1911).

A. KLĘSK.

Schulz. *W sprawie operacyjnego leczenia choroby Basedowa.*

Według statystycznych danych, zestawionych przez autora w 319 operowanych przypadkach choroby Basedowa, uleczono 51,8%, polepszenie nastąpiło w 27,9%, nie uleczono 4,1%,

umarło 12,9%. Pomysłne skutki zabiegu polegały na znacznem zmniejszeniu się wszystkich objawów: głównie na zmianie tętna w ciągu 24 godzin ze 140 na 100 i mniej. Polepszenie stanu ogólnego jest jednym z najpóźniejszych skutków zabiegu. Nawroty choroby tarczycy autor w ten sposób, że pozostała część gruczołu tarczowego jest dostatecznie duża, aby wydzielać jeszcze takie ilości substancji swoistej, która może zatruć ustrój.

W 20 przypadkach, opisanych przez Schulza, przeprowadzono w kilka lat po zabiegu powtórne badanie. Okazało się, że w 18 przypadkach uleczono chorobę całkowicie. Z tych 14 przypadków było bardzo ciężkich, 4 — średnie. Tylko w jednym przypadku wynik był niepomyślny. Przed zabiegiem należy próbować leczenia wewnętrznego. Trzeba wykonywać zabieg jeszcze wtedy, kiedy chory jest w pełni sił. Znaczne powiększenie się gruczołu, objawy zwężenia tchawicy, a także ostry przebieg choroby dają wskazanie do natychmiastowego zabiegu.

Śmiertelny przebieg autor przypisuje zmniejszonej odporności ustroju, zalanego wydzieliną gruczołu i zwiększoną wrażliwością ośrodków nerwowych. Rozstrzygającą rolę gra też obecność resztek grasicy i ogólny stan blednicowolimfatyczny. Stosować można dwa sposoby operowania: częściowe usunięcie gruczołu, lub też wyluszczenie zwyrodniałych jego części. Pierwszy sposób spowodować może silne krwawienie i daje możliwość uszkodzenia nerwów, że jednak i w drugim sposobie zatamowanie krwotoku bywa czasem bardzo trudne, więc jako ze wszech miar pewniejszy stosuje się zwykle pierwszy.

Stosować należy uspienie ogólne, dając chloroform kroplami, gram w ciągu minuty, przerywając co pewien czas. Z pomiędzy 900 zabiegów chirurgicznych, wykonanych przez Kochera na zwyrodniałym gruczole, żaden nie skończył się śmiercią z powodu chloroformu.

(Beitr. z. Klin. Chir. XXX Band. Juli. 1910).

F. P.

Gussio. *Przyczynek do kazuistyki i symptomatologii guzów przytarczycowych.*

Nowsze badania dowodzą, że gruczoł przytarczycowy jest histologicznie niezależny od gruczołu tarczowego i grasicy. W ostatnich czasach wielu autorów zgadza się również i na samodzielną fizjologiczną: gruczołom przytarczycowym przypisują czynność antytoksyczną, gruczołowi tarczowemu odżywczą. W razie usunięcia pierwszych występuje tężyczka, w braku tarczycy — obrzęk śluzowy.

Upatrując niewydolność gruczołów przytarczycowych w niektórych cierpieniach, np. w chorobie Basedowa, Parkinsona,

tężycze, padacze, zaczęto leczyć przetworami tych gruczołów i otrzymywano często wyniki pomyślne.

Z gruczołów przytarczycowych powstawać mogą nowotwory; w przeciągu ostatnich lat 20 opisano 2 naczyniaki, 1 włókniak, 1 gruczołak limfatyczny, 29 guzów nabłonkowych.

Histologicznie odróżniamy: 1) Guzy zwykłe, utworzone wyłącznie z tkanki przytarczycowej. Do tego typu należy gruczołak, składający się z komórek zasadowych ~~a~~ glikogenem, komórek eozynochłonnych i podłoża; mało zawiera on istoty klejowatej, wolnej lub połączonej w grudki. Również do tej grupy zalicza się gruczołak o komórkach jasnych, prawie wyłącznie składający się z komórek zasadowych i podłoża. 2) Guzy mieszane, utworzone z tkanki gruczołu tarczowego i przytarczycowego.

Paoli sądzi, że gruczoły przytarczycowe o tak wysokiem zróżniczkowaniu swem nie powinnyby tworzyć guzów złośliwych, co zgadzałoby się z doświadczeniami Vassalego, Generaliego, Schreibera, Fioriego i innych, którzy w warunkach częściowego wycięcia gruczołu przytarczycowego nie spotykali zastępczego rozrostu w pozostałych gruczołach lub we wszczepionych.

Guzy złośliwe zdarzają się jednak dosyć często (Kocher, Langhans). Czasem bywa pewna niezgodność: guzy z klinicznymi objawami złośliwości wykazują histologicznie cechy guzów dobrotliwych i kończą się pomyślnie. Najzłośliwiej przebiegają guzy, złożone z tkanki przytarczycowej i komórek słupkowych, pochodzących z przewodu Prenauta. Statystyka poucza, że bardzo często zdarzają się nowotwory złośliwe w narządach, gdzie elementy obdarzone są małą zdolnością rozrostową (gruczoły żołądkowe, nadnercza); więc i guzy w gruczołach bardzo zróżniczkowanych, jak gruczoły przytarczycowe, mogą posiadać złośliwy przebieg kliniczny, nie mając jednocześnie skłonności do przerzutów.

Niema szczególnych danych przedmiotowych, któreby służyły do różniczkowego rozpoznawania guzów przytarczycowych. Teoretycznie rozumując, można spodziewać się zmian, zależnych od nadmiaru wydzieliny. Wszystkie odnośnie guzy posiadają budowę, bardzo podobną do budowy samego gruczołu; a nawet w guzach o mniej doskonałej budowie, np. gdy nowotwór złożony jest z komórek jasnych, część guza może posiadać komórki wydzielnicze. Obfitość, charakter i układ naczyń w omawianych guzach pozwala przypuszczać, że wytwór komórek przenikać może do krwiobiegu, a zatem i powodować stan przesycenia wydzieliną. Obfite wstrzykiwania paratyroidyny Vassalego wywołują stan niedomogi w różnych grupach mięśni.

Autor w swym przypadku zauważył charakterystyczny

objaw: chora miała wybitne zwolnienie ruchów serca, które zginęło po usunięciu guza. Przecistawiając ten objaw częstości tętna, która towarzyszy zwykle niedostateczności gruczołu przytarczycowego, autor widzi w nim wyraz nadmiernego wydzielania się paratyreoidyny. Doświadczenia, które robił autor na psach i królikach, wstrzykując paratyreoidynę do otrzewnej, potwierdziły wpływ na bradykardję, która najwybitniej występowała w godzinę po wstrzyknięciu.

Pewną wskazówką do leczenia może służyć spostrzeżenie, że brak w ustroju psa lub królika paratyreoidyny wyrównać można podawaniem do wewnątrz przytarczycy wołu, lub wszczepianiem gruczołu.

(*Il Policlinico, Ser. Med. 1910. N° 5*).

JULIAN DRAC.

Pels-Leusden. *Leczenie zgrubienia nosa (rhinophyma).*

Rhinophyma uważane bywa powszechnie za końcowy okres trądziku (acne rosacea). Inni twierdzą, że często sprawa ma także inne tło, mianowicie jest to poprostu cystadenofibroma. Pospelow uważa to cierpienie za elephantiasis mollis z hyperplazją gruczołów łojowych. Natomiast mimo pozornego podobieństwa alkoholizmu wcale za przyczynę „czerwonego zgrubiałego nosa” uznać nie można, przynajmniej w większości przypadków.

Często rhinophyma jest dziedziczna. Cierpienie nieraz zajmuje i okolice, t. j. policzek lub wargi. Wprawdzie cierpienie to jest dobrotliwe, ale dla chorych bardzo przykre, choćby ze względów kosmetycznych.

Sposobów leczenia jest kilka, lecz przeważnie wynik dają one lichy, bo brzydką, wzgl. białą bliznę. Należą tu: wycięcia i przeszczepiania podług Thierscha, wypalania, wycinania eliptyczne i t. p. Ze wszystkich jednak sposobów za najlepszy uważa autor sposób Stromeiera, t. zw. dekortykację nosa. Robi ją autor w znieczuleniu miejscowem i ambulatoryjnie.

Najpierw znieczula nos 1⁰/₆ nowokainą ze wszystkich stron, potem zamraża kilku tubkami chlorku etylu, zatyka dziurki i skina poprostu zamrożoną skórę nożem. Potem zaciska, aż krwotok ustanie, gazą, napojoną nowokainą z suprareniną, a potem nakłada opatrunek, który zmienia po 3—4 dniach, pod strumieniem wody utlenionej. Gojenie trwa do 12 dni. Wynik kosmetyczny znakomity. Nabłonek szybko wytwarza się z gruczołów łojowych.

W razie ewentualnego nawrotu cierpienia powtarza się wspomniany zabieg.

(*Therapeutische Monatshefte. 1911, styczeń*).

A. KLĘSK.

Läwen i Siewers. *W sprawie praktycznego zastosowania wykonywania instrumentalnego sztucznego oddechu na człowieku.*

Na mocy doświadczeń na zwierzętach doszli autorowie do przekonania, że przy wstrzymaniu krążenia najskuteczniejsze, celem utrzymania zwierząt przy życiu, okazuje się sztuczne oddechanie z tlenem przy mięsieniu serca. Udaje się wtedy jeszcze po 6 $\frac{1}{2}$ minutach zatrzymania krążenia przywrócić życie na nowo.

Jeszcze lepszym od oddechania sztucznego, wykonywanego rękami, okazał się w praktyce przyrząd do sztucznego oddechania podług Trendelenburga. Z pomocą tegoż udało się w jednym przypadku utrzymać krążenie 9 godzin, chociaż w innych warunkach byłby chory zmarł od razu.

Zwłaszcza wprowadzanie tlenu zamiast powietrza działa znakomicie i podnosi zaraz ciśnienie krwi.

Przyrząd łączy się z kaniulą Trendelenburga i wykonuje on już potem mechanicznie oddech i wydech, wprowadzając tlen i wyciągając wydechowe powietrze.

Przyrządem tym można wykonywać oddechanie powietrzem, tlenem ew. narkotyzować.

Można dowolnie zmieniać rytm oddechu. Motor porusza elektryczność, ew. można też go prowadzić ręką.

Oddaje on również wartościowe usługi w tężcu, gdzie mięśnie oddechowe są deskowato napięte, a dalej—w zatruciach gazami, operacji zatoru płuc Trendelenburga i t. p.

Kto wie, czy i w chirurgii płuc nie odda on dobrych usług, albowiem obecnie używane aparaty ze zmiennem ciśnieniem są za nadto skomplikowane i wymagają ciągłych napraw.

(*Munch. med. Woch. № 43. 1910*).

A. KLĘSK.

Hohmeier. *O nowem postępowaniu w pokrywaniu ubytków tchawicy.*

Do pokrywania ubytków tchawicy zaleca autor na mocy swych doświadczeń na zwierzętach powieź, wziętą z sąsiednich mięśni, a nie uszkodzoną.

Rozpina ją H. nad ubytkiem, umocowując dwoma szeregami szwów, jednym przy otworze, a drugim dalej do ochrzęstnej. Powieź przygaja się z czasem zupełnie dobrze, mimo tego, że otwory nieraz zajmowały prawie całą przednią ścianę tchawicy. Ochrzęstna oddaje powięzi naczynia, co H. wykazał drobnowidzowo. Powieź należy zaraz potem pokryć mięśniami i nie tamponować rany, względnie nie pokrywać płata przeszczepionego gazą, bo wysusza to tkanki i szkodzi żywotności płata.

Dotychczasowe sposoby pokrywania ubytków tchawicy

przecięcie poprzeczne i zeszyte kikutów, płaty skórne i okostnowe i t. p.) są zabiegami dużymi, a niepewnymi, podczas gdy plastykę z powięzi można bardzo łatwo i pewnie wykonać.

(*Münch. med. Woch. № 18. 1911*).

A. KLĘSK.

Frank. *O leczeniu ropniaków klatki piersiowej według Bülausa.*

Autor jest gorącym zwolennikiem powyższego sposobu leczenia. Z instrumentarium potrzeba do tego: strzykawki, trójgrańca, sączka 1 metr długiego i opatrunku.

Operacja sama w znieczuleniu miejscowem polega na wbiciu trójgrańca, wyjęciu sztyletu, wsunięciu w pochewkę sączka, jak najdalej wejście, a usunięciu potem pochewki, umocowaniu sączka w ranie i połączeniu z flaszką.

Do nakłucia nadaje się 8—10 przestrzeń międzyżebrowa od tyłu, a w przedniej pachowej 5—7. Skórę lepiej przedtem rącić. Zwykle sączkować należy na 15—20 cm. Nie należy przed 14 dniami wysuwać sączka, bo potem trudno go wprowadzić z powrotem. Odstęp pomiędzy raną a uczepleniem flaszki powinien wynosić 50 cm., by odpływ był dobry, natomiast przy większym odstępie odczuwają chorzy z czasem ból. Nie należy odpuszczać na raz całej ropy, lecz tylko tak długo, aż zjawi się kaszel, a potem dopiero w 2—9 godziny otwierać zaciskadło na sączku. Wycięcie żebra właśnie ma tę wadę, że zanadto energicznie usuwa odrazu ropę, co potem powoduje nieraz ciężkie przypadłości.

Z początku odpływa ropy dziennie 200—500 cm.³, po 7—14 dniach zwykle tylko już 100. Po 6—8 tygodniach ilość ta powinna być poniżej 50 cm. i wtedy już flaszka jest niepotrzebna, dren się ucina i chory nosi zwykły opatrunek aż do wygojenia.

Natomiast gdy po 6 tygodniach jest jeszcze dużo ropy, to dowodzi to powikłań, wzgl. gruźlicy, i wtedy z powodu zrostów i zgrubień należy pomyśleć o plastyce żeber. Natomiast wszędzie tam, gdzie stosunki są zwykłe, sposób ten oddaje zupełnie te same, jeżeli nie lepsze usługi, niż wycięcie żebra, operacja bądź co bądź już większa.

Rzadko wydzielina jest tak gęsta, by zatykała sączek, a wtedy obniżenie flaszki i masowanie drenu palcami usuwa przetokę. Do przemywań w ostateczności należy się uciekać, albowiem zjawia się po nich zawsze silna reakcja w postaci podwyższenia ciepłoty i pogorszenia stanu.

Zwykle nie potrzeba zmieniać sączka przez cały czas kuracji ani razu.

W ten sposób leczył autor 43 chorych i w 55% osiągnął

wyzdrowienie w przeciągu 6—10 tygodni. Reszta dotyczyła przypadków gruźlicy przewlekłych i komplikowanych.

Jeżeli ktoś zada pytanie, czy wycinać żebro, czy leczyć podług Bülaui, to autor odpowiada następująco:

1) Sposób Bülaui daje zupełnie te same wyniki, co wycięcie żebra, a jest zabiegiem drobnym, dającym się wykonać w znieczuleniu miejscowem.

Przy wycięciu żebra wykonuje się zaś już większy zabieg, opróżnia za nadto szybko opłucną, co nieraz ma przykre za sobą następstwa. Zwłaszcza w sprawach ostrych sposób Bülaui jest postępowaniem po prostu idealnem.

2) Leczenie następowe po sposobie Bülaui jest proste, unika się dużych opatrunków, pacjent nie brudzi się i nic od niego nie czuć.

3) Tam gdzie potrzeba rozległej plastyki żeber, sposób Bülaui nie wystarczy, lecz wtedy tak samo nie wystarcza i zwykłe wycięcie 1—2 żeber.

4) Natomiast wycięcie żebra trzeba czasem wykonać w małych odgraniczonych otokach.

(*Medizin. Klinik. № 11. 1911*).

A. KLĘSK.

Friedrich. *Statystyczne i zasadnicze uwagi w sprawie wycinania rozległego, lub ograniczonego żeber w gruźlicy płuc i jamami i krwotokach.*

Wycinanie żeber w gruźliczych jamach płuc właściwie pierwszy zalecił w r. 1888 Quincke, jednak dopiero w ostatnich czasach sposób ten znalazł rozległe i właściwe zastosowanie. Autor rozporządza obecnie statystyką 28 podobnych operacji. Nie operuje stanowczo w razie świeżych przerzutowych procesów w krtani, kiszkiach, kościach i t. p. Dalej operuje tylko w granicach wieku 15—35 lat i gdy nie ma za dużej niedokrwistości; natomiast nie konieczne należy wymagać czysto jednostronnej sprawy. Również nie są przeciwwskazaniem: gorączka, krwotoki i obfite prątki. Wynik operacji bywa nieraz znakomity nawet tam, gdzie o chorym już zwątpiono ze strony internistycznej. Wogóle, o ile możliwości operować należy rozległe, bo zabiegi mniejsze, jak karbowanie żeber, wycinanie małych kawałków nie prowadzą do celu.

Przy rozległych jednak wycięciach grozi choremu niebezpieczeństwo w razie, gdy śródpiersie nie jest sztywne. O sztywności może nas nieraz przekonać Röntgen i w razie stwierdzenia tegoż operować można swobodnie rozległe, a wynik pewnie będzie bardzo dobry. Natomiast w razie niepewności lepiej unikać dużych zabiegów. Wynik operacji bywa rychło widoczny (zapadanie się kawern, zmniejszanie się płwociny,

ustanie krwotoków, spadek ciepłoty, podniesienie stanu ogólnego i t. p.).

Nieraz znów i zabiegi mniej doszczętne dają niezły wynik, dążyć jednak należy przytem, by płuco zapadało się ku wewnątrz, osiąga to F. przy wycinaniu w linii pachowej przez wwijanie mięśni klatki piersiowej ku wewnątrz. Natomiast przy wycinaniu częściowem żeber (w linii pachowej) trudny jest bardzo dostęp do pierwszego żebra, przyczem występują nieraz zaburzenia w splocie barkowym i funkcji m. serratus, i dlatego F. woli operować rozległe t. j. z cięcia płatowego, a nie podłużnego w linii pachowej, jak przy wycinaniu ograniczonem. Naturalnie, pierwszorzędną rolę w doborze zabiegu odgrywa położenie i wielkość jamy, ewentualna tendencya do kurczenia się płuca i t. p., co rozstrzygnąć powinien internista. W razie kawerny w płacie górnym wycięcie nie doszczętne prowadzi nieraz do aspiracyi w płacie dolnym, natomiast w razie jamy w płacie dolnym wystarcza ono zupełnie.

Czasem udaje się w razie zrostów dostępnej jamy takową otworzyć i wyczyścić, względnie zwolna przepłukiwać roztworem lapisu i powodować szybkie oczyszczanie i gojenie się jam, podobnie jak i innych ropni ustroju.

Obecnie w $\frac{1}{3}$ przypadków nie osiąga się jeszcze po operacyach zamierzonego celu, ale za to inne $\frac{2}{3}$ przypadków nieraz cudownego wyleczenia powinny zachęcać chirurgów do dalszych prób.

(Munch. med. Woch. № 39—40. 1911).

A. KLĘSK.

Wilms. Nowa metoda zwężania klatki piersiowej w gruźlicy płucnej.

Zwężenie klatki piersiowej znajduje obecnie zastosowanie w przewlekłej jednostronnej stwardniającej gruźlicy, wzgl. z jamami. Operacja Schedego jest za ciężka, dlatego też na mocy doświadczenia poleca autor sposób następujący:

W znieczuleniu miejscowem usuwa się małe kawałki żeber z tylnego kąta przy kręgosłupie, dochodząc do żeber z podłużnego cięcia skóry a z trzech poprzecznych przez mięśnie grzbietu. Pierwsze na wysokości drugiego żebra, drugie 5-go, trzecie 7-go. Robi się trzy okna w m. rhomboidei i trapezius bez szkody dla ich czynności.

Zwykle osiąga się przez to dostateczne już zapadnięcie się klatki piersiowej, względnie jeszcze można na drugiem posiedzeniu wykonać przecięcie od przodu chrząstek żebrowych przy mostku. Wycinać należy 3—4 cm. żeber; po wycięciu końce żeber zbliżają się zaraz ku sobie. Przy tem postępowania-

niu ogromnie łatwo wycina się żebro pierwsze. Po operacyi uciska się klatkę piersiową plastrami i to dość silnie, i poleca choremu leżenie na stronie operowanej.

(*Münch. med. Woch. № 15. 1911*).

A. KLĘSK.

Meyer. *Nowy pawilon dla chirurgii torakalnej w niemieckim szpitalu w Nowym Yorku.*

Za inicjatywą autora zbudowano w niemieckim szpitalu w Nowym Yorku nowe piętro specjalnie dla operacyi piersiowych. Składa się ten oddział z 2 sal operacyjnych—septycznej i aseptycznej, w których można operować od razu każdej chwili pod zwiększonym lub zmniejszonym ciśnieniem.

Prócz tego są tam także pokoiki, gdzie chorzy mogą stale po operacyi przebywać pod zmiennem ciśnieniem, co w wielu przypadkach okazało się zbawiennem.

Prócz tego znajdują się w salach urządzenia do insufflacyi, intubacyi i t. p., osobne ubikacje do sterylizacyi, uspienia i t. p.

(*Münch. med. Woch. № 31. 1911*).

A. KLĘSK.

Roth. *Kombinacyjny aparat Drägera do uspienia złożonego, postępowania przy zwiększonym ciśnieniu i sztucznego oddechu.*

Jak tytuł wskazuje, aparat może mieć liczne zastosowanie. Aparat zwie się: „Mischnarkose — Ueberdruckpulmotor“. Dozwala on dokładnie dawkować narkotyki; ma urządzenie do usypiania pod zwiększonym ciśnieniem i aparat do sztucznego oddechania, którym wpędza się do płuc powietrze, zasobne w tlen, a wyciąga zepsute, kierując wszystko dowolnie ręką, a nie automatycznie, co ma liczne wady, bo nie dozwala zmieniać rytmu i głębokości pojedynczych oddechów, jak to może mieć miejsce przy poruszaniu ręką.

(*Mediz. Klinik. № 32. 1911*).

A. KLĘSK.

Rehn. *O wycinowaniu pęcherza moczowego.*

W klinice Lexera operuje się wycinowanie pęcherza moczowego w następujący sposób: po obkrojeniu bocznem błony śluzowej, wykrawuje się płat skórny z przedniej ściany brzucha, pozostający w związku z wierzchołkiem pęcherza, i opuszcza takowy na dół, a ma on na celu stworzenie przedniej ściany pęcherza i grzbietu prącia. Potem uruchamia się zewnątrz-otrzewnowo ścianę pęcherza aż do ujścia moczowodów. Zagięcie esowate usuwa się na bok, a ścianę pęcherza umocowuje

przy wzgórk (promontorium). Potem zeszywa się pęcherz i prącie.

Przed pęcherz daje się wreszcie worek otrzewnowy, a w końcu podług Schlangego usuwa się rozstęp mięśni prostych przez zbliżenie tychże z pomocą zabrania części spojenia przy przyczepie.

Operacja ta daje wyniki bardzo dobre. Pęcherz ma potem pojemność przeszło 100 ctm.³, nerki pozostają zupełnie zdrowe a ewetualne, nietrzymanie zatrzymuje zwykły pierścień gumowy.

(Münch. med. Woch. № 26. 1911).

A. KLĘSK.

Lexer. *Zastąpienie ubytku cewki moczowej wyrostkiem robaczkowym.*

Wprawdzie cewka moczowa jest bardzo rozciągliwa, ale duże ubytki, np. po nad 8 ctm., nie dadzą się złączyć. W grę wchodzić tu muszą operacje wytwórcze. Badano w tym celu rozmaite tkanki, np. żyłę podskórną uda, moczowód i t. p. Żyła nie przyjmuje się dobrze i trzeba pozbawić ją koniecznie błony zewnętrznej i powyżej założyć aż do wygojenia przetokę.

Niejako idealną tkanką w tym celu jest wyrostek robaczkowy, bo ma błonę śluzową; jak jednak przekonały L. nieudale przedtem próby, trzeba go pozbawić błony surowiczej, co zwykle udaje się bardzo łatwo.

W ten sposób postępując, uzyskał L. u pewnego młodego człowieka zupełne wyleczenie dużego ubytku cewki, a obecnie, w pół roku po operacyi, pacjent oddaje mocz zupełnie dobrze, a oględziny wziernikiem cewkowym wykazały przygojenie się kompletne.

Podobny przypadek opisano z kliniki w Grazu.

(Medizin. Klinik. № 30. 1911).

A. KLĘSK.

Lichtenberg i Dietlen. *Przedstawienie miedniczki nerkowej i moczowodu w obrazie rentgenowskim po napełnieniu tlenem.*

Pyelografia uczyniła krok naprzód przez napełnianie do zdjęć rentgenowskich miedniczki kollargolem, natomiast co do sprawy rozpoznania i umiejscowienia kamieni nerkowych nie raz mamy jeszcze wątpliwości. Z tego też powodu powitano z radością myśl przedstawiania konkrementów w ciele wyraźnie przez wprowadzanie w dany organ gazów celem zwiększenia kontrastu.

Eppinger dla kamieni nerkowych polecił w tym celu rozdymanie okrężnicy, dla kamieni pęcherzowych wypełniali pę-

cherz powietrzem Wittek, Eppinger i t. p., względnie tlenem (Polano).

Autorowie zaś polecają w tym celu wpędzanie tlenu do moczowodu i miedniczek. Sposób ten wypróbowali już praktycznie (ilustracje) i z wyników są bardzo zadowoleni. Plastyczność obrazu zyskuje przytem bardzo, a obrazy są dokładniejsze od kollargolowych. W jednym przypadku kamienia operacja co do joty potwierdziła rozpoznanie.

Technika nie trudna. Pacjenta kładzie się na stół do zdjęć, wprowadza cewnik moczowodowy (№ 5—6), przygotowuje wszystko i potem łączy się cewnik ze zbiornikiem tlenu, i przystępuje do zdjęcia.

Nadmiar tlenu uchodzi z powrotem do pęcherza moczowodem.

Badanie nie jest zbyt dla chorych uciążliwe.

Obawy zatoru podług najnowszych badań przy ostrożnem stosowaniu tlenu są zupełnie płonne.

(*Münch. med. Woch. № 25. 1911*).

A. KLĘSK.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 13 kwietnia 1911 r.

1. *Szerszyński Br.* Pokaz chorej z lewostronnym wodniakiem kaletki półbłoniastej (hygroma bursae semimembranosae), i prawostronnym wodniakiem kaletki podkolanowej (hygroma bursae popliteae), obok obustronnego wodniaka stawu kolanowego.

2. *Kozicki L.* a) Pokaz okazu uchyłka Meckela.
b) Pokaz okazu ciąży jajowodowej.

3. *Stankiewicz Wł.* Pokaz okazu raka poprzecznicy, usuniętego drogą operacyjną.

4. *Dyskusya* w sprawie pokazu Rogozińskiego (martwak czaszki pochodzenia kilowego).

5. *Judt.* Pokaz rentgenogramów.

1. *Szerszyński* przedstawił chorą z lewostronnym wodniakiem kaletki półbłoniastej (hygroma bursae semimembranosae) i prawostronnym wodniakiem kaletki podkolanowej (hygr. bursae popliteae), obok obustronnego wodniaka stawu kolanowego.

2. *Kozicki.* Pokaz okazu pętli kiszek cienkich (int. ileum) wraz z kiszka ślepą i uchyłkiem Meckela. Okaz pochodzi od 61-letniego mężczyzny, któremu dr. Borsuk wykonał na dwa dni przed tem cięcie brzucha z powodu ostrej niedrożności jelit. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono, iż pętla jelita krętego w pobliżu kiszki ślepej jest jakby wgłębiona w krezkę (radix mesenterii). Po rozejrzeniu się dokładniejszym wykryto, iż od krezki (radix mesenterii) ciągnie się wzdłuż uwięzionej pętli i nieco dalej wzdłuż kiszki cienkiej w kierunku ku ślepej twór w kształcie sznurka, przyrośniętego szczególnie z jednej strony do krezki, z drugiej zaś na całą swę długości do kiszki cienkiej. Na skutek owego przyrostu krezki do sznurka wytworzyła się obręczka, zaciskająca światło kiszki.

Kiszka na miejscu zaciśnięcia uległa zgorzeli. Po przecięciu wspomnianego sznurka na miejscu zaciśnięcia udało się wyzwolić kiszke. Wskutek znacznego osłabienia chorego zaniechano wycięcia kiszki i wytworzono odbyt sztuczny. Chory zmarł w kilka godzin po operacyi. Na przedstawionym okazie wyciętych kiszek widać, iż wspomniany wyżej twór sznurowaty,

długości około 15 centymetrów, posiadał kanał, przez który zgłębnik wchodził do kiszek cienkiej tuż obok ślepej.

Zastrzedz się należy co do ostatecznego określenia istoty omówionego tworu sznurowatego aż do przeprowadzenia badania mikroskopowego, wszystko jednak, zdaje się, przemawia na korzyść tego, iż twór ów jest to uchyłek Meckela, który uległ najwidoczniej zapaleniu przewlekłemu.

W następstwie owego zapalenia przewlekłego wytworzyły się w jamie brzusznej zrosty, które spowodowały uwięzienie pętli jelita biodrowego.

Oderfeld ogłosił przed 20 laty pracę w omawianej sprawie z powodu przypadku, operowanego przez ś. p. Matlakowskiego. Przypadek ten przedstawiał typowy obraz niedrożności jelit z powodu zaciśnięcia przez uchyłek Meckela, i po operacji zakończył się pomyślnie. W cytowanej pracy O. zebrał ówczesne piśmiennictwo tej sprawy, oraz przedstawił rysunki ze starej monografii z r. 1856 Cazina, które wykazują, jak wielką różnorodność form uwięzienia wywołać może uchyłek M. Z charakteru swego niedrożność jelit, zależna od uchyłka M., należy do typu „strangulacji” i klinicznie niczem nie różni się od niedrożności, zależnych od sznurków łącznotkankowych — jako następstwa przebytego zapalenia otrzewnej. Z tego stanowiska omawiane niedrożności oddzielnej jednostki klinicznej nie przedstawiają, i rozpoznanie niedrożności z powodu uchyłka M. nie jest możliwe, jako takie, zadowolić się musimy rozpoznaniem mechanicznej niedrożności. Dopiero operacja przypadkowo wykazuje jako powód jej — uchyłek Meckela. O. przypomina, że ponieważ istnienie uchyłka M. stanowi wadę rozwojową (niezarośnięcie ductus omphalomesenterici), to i osobników, u których stwierdzamy inne wady rozwojowe, jak np. wargę zajączą, wilczą paszczę i t. p., w razie ostrej niedrożności jelit możemy przypuścić istnienie uchył. M., wiadomą jest bowiem rzeczą, że zboczenia rozwojowe często nie są pojedyncze, lecz niekiedy występują w wielu postaciach. Rozumie się, że tego rodzaju wskaźnik rozpoznawczy ma minimalną wartość kliniczną, i dla chorego żadnego znaczenia mieć nie może.

Wracając do postaci, w jakich uchyłek M. może wywołać niedrożność, należy pamiętać, że uchyłek M. może zrosnąć się z każdym z narządów jamy brzusznej i, wytwarzając obrączkę, stać się pułapką dla jelit. Zrosty te uważa O. za następstwo zapalenia samego uchyłka, który pod tym względem zachowuje się, jak wyrostek robaczkowy, i może ulegać zapaleniu od najłżejszych postaci, podobnie jak wyrostek robaczkowy, do najbardziej niszczących, pociągających za sobą rozlane zapalenie otrzewnej.

Te lekkie postaci zapalenia są, zdaniem O., powodem zrostów. Nie ulega wątpliwości, że sprawy zapalne i w innych narządach jamy brzusznej mogą grać rolę (jako przyczyna omawianych zrostów). Zwłaszcza wyrostek robaczkowy ma pod tym względem duże znaczenie, gdyż, ulegając zapaleniu, najczęściej zrasta się z uchyłkiem Meckela — zrost ten najczęściej napotyamy.

Rozpoznanie zapalenia uchyłka Meckela, jako takie, również nie jest możliwe i całkowicie pokrywa się objawami klinicznymi zapalenia wyrostka robaczkowego. Rozpoznanie takie może przedstawiać pewne cechy prawdo-

podobieństwa u osobników, którym poprzednio drogą operacyjną usunięto wyrostek robaczkowy, a pomimo to występują objawy, cechujące *appendicitis*.

Stankiewicz W. przed laty 20 operował studenta, przywiezionego z Siedlec, w stanie bardzo ciężkim, wśród objawów niedrożności od 5 dni.

Po otwarciu jamy brzusznej S. znalazł wielką pętlę jelita cienkiego w stanie zgorzeli, a, szukając przyczyny uwięźnienia, znalazł uchylek Meckela, jako sznurek napięty, idący od jelita biodrowego do pępka. Uchylek był grubości pióra gęsiego i zgłębnikiem można było wejść od światła jelita do okolicy pępka, gdzie był mocno przyrośnięty do jamy brzusznej.

3. *Wł. Stankiewicz* przedstawia okaz wyciętej poprzecznicy wskutek raka d. 6 kwietnia u kobiety lat 53, która nie doznawała żadnych bólów, nie miała wypróżnień krwawych ani posokowatych. Rak zajmuje $\frac{3}{4}$ obwodu całej kiszki, śluzówka złana z głębszymi warstwami, ale nowotwór nie przekracza zewnątrz błony surowiczej, jakkolwiek ta część kiszki miała dość mocne zrosty z pętlą jelita cienkiego. Powierzchnia nowotworu nie przedstawia ani owrzodzenia, ani rozpadu. Chora od pewnego czasu zaczęła chudnąć, a jedynym objawem tak rozległego zajęcia kiszki były uporczywe zaparcia stolca, które ją zmuszały do używania środków przeczyszczających.

Leśniowski. W pokazie swym Stankiewicz zaznaczył, że pomimo, iż guz jest bardzo duży, pomimo, iż obejmuje dokoła światło kiszki, chora miewała tylko zatwardzenie stolca, nie miała natomiast zamknięcia światła kiszki.

Otóż, w samej rzeczy podziwiać należy sprawność ustroju ludzkiego, który potrafi radzić sobie w najbardziej ciężkich okolicznościach. L. przypomina przypadek, w którym w świetle okrężnicy zstępującej znalazł przepiętą, a w niej był otvorek, literalnie z trudnością przepuszczający cienki zgłębnik okrągły, chora zaś miewała wypróżnienia sformowane, oddawała wiatry, od czasu do czasu tylko—przytrafiały się niezbyt ciężkie napady przewlekłego przewężenia kiszki.

* * *

Wertheim. Przypadek Rogozińskiego nasuwa pewne wątpliwości. Wiemy, że sprawa przymiotowa umiejscawia się przeważnie w śródkościu, rzadko niszcząc blaszkę wewnętrzną kości, tak, że po usunięciu martwaka pozostaje ziarnina, a pod nią blaszka wewnętrzna. Zdolność odrzeczka kości czaszki jest wprawdzie duża, ale dotyczy przeważnie śródkości i blaszki zewnętrznej.

Tam, gdzie zniszczenie obejmuje wszystkie warstwy, regeneracja jest rzadka; taki wyjątek stanowi przypadek Küstera, gdzie brak całkowity w kości, wynoszący 8—10 ctm., po upływie 28 lat został wypełniony.

Wobec tego W. sądzi, że w przypadku R. pod ziarniną musiała być lamina interna, jeżeli po 2,5 mies. nastąpiła zupełna regeneracja kostna.

Leśniowski podnosi w sprawie przymiotu kości czaszki z okoliczności:

1) zazwyczaj spotykamy się z twierdzeniem, że sprawa przymiotowa szerzy się w śródkościu i prowadzi do zniszczenia blaszki zewnętrznej, wewnętrzna zazwyczaj zniszczeniu nie ulega. Jest to, prawdopodobnie, postać

najczęstsza, lecz nie jedyna. Zniszczenie blaszki wewnętrznej spotyka się również, jak to np. widzimy w pokazie R. L. osobiście również spostrzegaliśmy przypadek, gdzie był zmuszony usunąć z kości czołowej i ciemieniowej kawał kości, wielkości prawie dłoni; tam kość była zniszczona na całej grubości, ziarnina mieściła się już na oponie twardej, obnażono ją na tej samej przestrzeni, co i kość.

2) należy zaznaczyć, że w okresie, w którym chorzy zjawiają się do chirurga, mają oni już b. daleko posuniętą sprawę przymiotu kości czaszkowej, mają już zakończoną martwicę kości, mają już guzy z ziarniny lub przetoki, początkowe okresy tej sprawy przebiegają przeważnie dla chorych wcale lub prawie niespostrzeżenie.

Dlatego też zazwyczaj należy przystępować odrazu do leczenia chirurgicznego, nie stosując leczenia przeciwpriymiotowego, jako dawno spóźnionego.

5. *Judt* przedstawił cały szereg rentgenogramów z dziedziny jamy brzucha.

Posiedzenie dnia 11 maja 1911 r.

1. *Szerszyński*. Przyczynek do sprawy gojenia się zranień chrząstek (pokaz chorego).

2. *Wertheim*. a) pokaz chłopca z rozległymi bliznami po oparzeniu.

b) pokaz chorego z porażeniem wszystkich mięśni ocznych (panophtalmia completa).

3. *Kryński*. W sprawie etiologii zapalenia wyrostka robaczkowego (pokaz dwóch okazów).

4. *Łazarowicz*. Pokaz okazu kostniakochrzęstniaka klatki piersiowej.

5. *Kozicki*. Pokaz okazu uchyłka Meckela.

6. *Wł. Stankiewicz*. Przypadek periorchitis proliferans (pokaz okazu).

1. *Szerszyński*: 45-letni mężczyzna, z zawodu krawiec, w listopadzie 1909 r. otrzymał pchnięcie w piersi nożycami krawieckimi średniej wielkości. Zgłosił się z kłutą raną, długości 1,5 — 2 ctm., położoną w IV-em międzyżebrowym na stronie lewej, w odległości 1 — 1,5 ctm. od brzegu mostka. Rana dość obficie ropiała, zgłębnik wchodził w ranę wprost ku tyłowi na 3 ctm., opierał się o tkankę miękką. Pomimo rozszerzenia rany i starannego opatrywania jej, w ciągu 3 miesięcy nie osiągnięto zagojenia, postanowiono więc dotrzeć do przyczyny, podtrzymującej przetokę.

Podczas zabiegu, po częściowem wycięciu chrząstki IV-go żebra, znaleziono poza nią jamę, wypełnioną ziarniną, otaczającą z martwaki chrząstkowe — jeden wielkości $\frac{1}{3}$ zapalki, drugi mniejszy. Jamę wyskrobano, wypełniono gazą. Pomimo otwartego leczenia pozostała przetoka, wypełniona bujną, krwawliwą ziarniną, nie zdradzającą skłonności do gojenia się.

Po upływie 2,5 miesiąca od zabiegu, znów rozszerzono przetokę i znaleziono w głębi, między odcinkami chrząstki żebrowej, jamę wypełnioną ziarniną; jama ta zachodziła poza oba odcinki chrząstki IV-go żebra i poza chrząstkę V-go żebra. Dla udostępnienia sobie całej jamy, wypełnionej

ziarnina, usunięto przymostkowy odcinek chrząstki IV-go żebra, wyluszcza-
jąc go w stawie mostkowochrząstkowym, obcięto część odcinka bocznego,
i wycięto przymostkową połowę chrząstki V-go żebra, wyluszcza-
jąc ją w stawie chrząstkowomostkowym.

Od strony żeber pozostawiono po kawałku chrząstki na wygląd zu-
pełnie zdrowej. Ranę leczono otwarciem. Po upływie 3 miesięcy pozosta-
wały 3 przetoki, zmierzające ku pozostawionym odcinkom chrząstek zebro-
wych, zgłębnik w jednej z nich trafia na twardą, jakby chrząstkową tkankę.
Dwie przetoki zamknęły się po upływie 4 miesięcy od ostatniego zabiegu,
trzecia nie okazywała skłonności do zagojenia się. Po upływie 10 miesięcy
od zabiegu zastosowano masć Becka, po której S. zauważył znaczne zmniej-
szenie się wydzieliny, wstrzyknął ją później po raz drugi i trzeci, w ciągu
1,5 mies. Od 3 tygodni przetoka nie wydzielala, otwór, prowadzący do
niej, zciągnął się.

Zdolność regeneracyjna chrząstki jest bardzo niewielka, co tłumaczy
nam właściwości unaczynienia tej tkanki. Według Lampego w pierwszych
20 latach życia ustroju ludzkiego chrząstka nie posiada naczyń krwionoś-
nych, jest tkanką bierną, nie ulegającą sprawom chorobowym pierwotnie,
a tylko wtórnie, w cierpieniu tkanek sąsiednich (zebro, ochrzęstna). Dopiero
w III-iejm dziesięcioleciu życia ustroju spostrzegł Lampe słabe unaczynienie
chrząstek, w IV i V można było wykazać we wszystkich chrząstkach roz-
wój naczyń i obecność kanału szpikowego.

Mala skłonność do gojenia się przetok, znajdujących się w zależności
od cierpienia chrząstki, znana jest oddawna. Jeszcze w r. 1890 Helferich
zwracał na tę sprawę uwagę i zalecał doszczętne usuwanie zmienionych
części chrząstek i ochrzęstnej. Takie samo stanowisko w sprawie tej zajęli
Bergmann i Küster, a Dittrich, wychodząc z tego spostrzeżenia, że zmiany
w chrząstce sięgają nieraz bardzo daleko od pierwotnego ogniska, wbrew
twierdzeniu lekarzy francuskich, zalecających leczenie zachowawcze, wyci-
nął nie tylko części chore, ale sięgał daleko w chrząstkę zdrową lub, co
uważał za postępowanie właściwsze, usuwał całą chrząstkę wraz z ochrzę-
stną. Wobec tego, że nieuzbrojonym w drobnowidz okiem nie można orzec,
czy dana chrząstka jest zdrowa, Martina zaleca w takich razach to samo
postępowanie, a nawet radzi wycinać sąsiednie chrząstki przy najmniejszym
podejrzeniu co do ich stanu.

Ad. Majewski w pracy o leczeniu spraw zapalnych kości klatki pier-
siowej, ogłoszonej w III zeszytzie „Przeglądu Chir. i Gin.“ z r. b., ubocznie
wypowiada się i w tej sprawie. Zdaniem jego, należy wycinać chrząstki
od brzegu do brzegu wraz z ochrzęstną tak, aby pozostałe kikuty były
kostne; kość narasta szybko, chrząstka jak tkanka bierna—b. powoli, pozos-
tawiona więc w ranie przeszkadza wypełnianiu się jej ziarniną i podtrzymuje
przetoki.

2. *Wertheim.* 1) Chłopiec 10-letni przed 4-ma miesiącami wpadł do
pieca fabrycznego i uległ oparzeniu głowy, szyi i lewej kończyny górnej.

Po zagojeniu się ran pozostały rozległe blizny lewej połowy twarzy,
głowy i szyi; blizny te sprawiają, że głowa przykurczona jest ku przodowi,
w kierunku tułowia, muszla ucha lewego przyrośnięta do głowy. Ponadto

dłoń lewa pokryta blizną, również i część przedramienia. Ruchy palców zachowane, aczkolwiek ograniczone. W. sądzi, że na drodze operacji wytwórczej uda się usunąć ograniczenie ruchów głowy.

2) 9 letni chłopiec zraniony został widelkami, używanymi w hutach szklanych do manipulowania roztopionym szkłem.

Obecnie widać bliznę małą na górnej powiece. Chory posiada objawy porażenia wszystkich mięśni ocznych (ophthalmoplegia completa) jako też opadnięcie powieki górnej, zupełną nieruchomość gałki ocznej, z wyjątkiem bardzo nieznacznej ruchomości ku zewnątrz — wreszcie rozszerzenie źrenicy ad maximum.

Zbiór objawów powyższych odpowiada porażeniu nerwu okoruchowego, unerwiającego mięsień dźwigacz powieki górnej, mięśnie gałki ocznej oraz zwieracz źrenicy, dalej—porażeniu nerwu odwodzącego i nerwu boczowego.

Obraz powyższy zrozumialszy będzie po zbadaniu chorego w kierunku niedowidzenia połowicznego i po zrobieniu fotografii rentgenowskiej, stwierdzającej, czy niema złamania na podstawie czaszki, względnie — w okolicy szczeliny oczodołowej górnej.

Mechanizm urazu, o którym mowa, może być dwojaki: albo widelki, drażąc wzdłuż górnej ściany oczodołu, uszkodziły bezpośrednio nerwy porażone, albo też uderzenie nimi wywołało złamanie podstawy czaszki, na poziomie szczeliny oczodołowej górnej, wylew krwawy i ucisk na pnie nerwowe.

3. *Kryński* przedstawił „przyczynki do powstania zapalenia wyrostka robaczkowego“ w postaci dwóch okazów wyrostków, usuniętych operacyjnie i przedstawiających interesujące szczegóły zarówno anatomopatologiczne, jak i kliniczne.

Pierwszy z nich dotyczył mężczyzny 42-letniego, cierpiącego od dni 4-ych na ostre zapalenie wyrostka z objawami zapalenia otrzewnej. Otworzywszy jamę brzuszną, znalazł *Kryński* dużo płynu ropnego, rozlanego w otrzewnej, wyrostek zaś mocno zmieniony i przedziurawiony u podstawy. Po wycięciu go i zaszyciu kiszki w zwykły sposób dodał Kr. drugie cięcie brzuszne po stronie lewej i przez oba te otwory, po oczyszczeniu jamy otrzewnej suchą gazą, wprowadził duże worki Mikulicza. Przebieg operacyjny pomyślny, chory po upływie czterech tygodni opuścił szpital.

W drugim przypadku kobieta 35 letnia operowana była z powodu powtarzających się trzykrotnie napadów appendicitis.

Przed operacją wyczuć można było wyraźne zgrubienie guzowate w okolicy kątnicy, odpowiadające położeniem swem wyrostkowi.

Podczas operacji, wykonanej w stanie bezgorączkowym chorej, znaleziono wyrostek robaczkowy ogromnych rozmiarów wypełniony cieczą, który usunięto; jamę otrzewnej zaszyto zupełnie. Zagojenie b. dobre. Badając oba wycięte wyrostki, widzimy ogromną różnicę: pierwszy z nich długości 8,5 ctm. ma ścianę grubą, nacieklą, barwy ciemno-czerwonej, na powierzchni złogi włóknika, u podstawy otworek z przedziurawienia ściany; wewnątrz niewielka ilość płynu ropnego, mocno cuchnącego, drugi długości

to ctm., prawie dwukrotnie grubszy, o ścianie blado-różowej, wypełniony płynem żółtawym, surowiczym, zupełnie przezroczystym.

Obok tak zupełnie odmiennych cech obudwu preparatów, mają one jeden szczegół wspólny — zamknięcie zupełne światła od strony jamy kiszki ślepej, utworzone jednak odmiennie w każdym z nich. A mianowicie, podczas gdy w pierwszym zamknięcie wywołane jest przez kamień kałowy, wklinowany mocno u podstawy wyrostka, w drugim istnieje w analogicznym miejscu nowoutworzona błona tkankowa, zamykająca zupełnie połączenie światła wyrostka z jamą kątnicy. Mamy zatem zarówno w jednym, jak i w drugim wyrostku zupełnie odgraniczone jamy, *cavités closes* w znaczeniu Dieulafoy, a jednakże jak biegunowo różne w nich są zmiany anatomiczne i obraz kliniczny cierpienia!

Stanowi to jeszcze jeden dowód, że teoria etiologiczna Dieulafoy, pomimo swej genialności, nie może być uogólniona na wszystkie przypadki zapalen wyrostka, których geneza i przebieg bywa niekiedy z nią w sprzeczności, że przeto punkt ciężkości sprawy upatrywać należy w zaburzeniach w krążeniu i odżywianiu ściany wyrostka, które to zmiany w połączeniu z wytworami drobnoustrojów, zawartych w świetle wyrostka, rozstrzygają o nasileniu sprawy zapalnej.

Leśniowski zgodziłby się zrozumieć „*cavité close*” Dieulafoy w ten sposób, że w następstwie po raz pierwszy przebytej przez wyrostek sprawy zapalnej, jak to wiemy, dochodzi do zamknięcia jamy wyrostka robaczkowego raz na zawsze, części zakażone: kał, ciała obce, śluz, które dostały się z kątnicy do wyrostka i wywołały owo pierwsze podrażnienie wyrostka robaczkowego, porostają w nim na stałe, i jest już tylko sprawą przypadku, że już-to wcześniej, już-to później wywołają nowe mniej lub bardziej poważne napady.

Ow uwięziony wyrostek Dieulafoy mógł być w chwili uwięzienia jałowy, nie zawierać ani kału, ani śluzu zakażonego, i dlatego zamknięcie mogłoby trwać jeszcze czas dłuższy, lub krótszy, i do zapalenia wyrostka mogłoby nie dojść, gdyż brakowałoby warunków ku temu.

Oderfeld. Dwa preparaty wyrostka robaczkowego, z których jeden przedstawia typową postać *appendicitidis destructivae*, a drugi rzadszą formę puchliny wyrostka, mają jakoby najwyraźniej przemawiać przeciwko teorii Dieulafoy, albowiem w jednym przypadku zamknięcie światła wyrostka przez kamień kałowy wywołało *appendicitis destructiva*, a w drugim — zamknięcie światła u podstawy wyrostka sprowadziło tylko puchlinę tego ostatniego, kiedy podług teorii Dieulafoy w obu powinno było nastąpić zapalenie wyrostka.

Zdaniem O., teoria Dieulafoy w istocie odgrywa poważną rolę w patogenezie zapalenia wyrostka, lecz nie wyłączną. W pierwszym przypadku Kr. złóg kałowy, który zamknął światło wyrostka, był ostatnim łańcuchem innych przyczyn, które wywołały zapalenie. W tym względzie O. powołuje się na prace Kleckiego, który dowiódł, że kardynalnym warunkiem zapalenia wyrostka są zmiany w ścianie tegoż, jako następstwo zastojów żylnego jakiegokolwiek pochodzenia; zdaniem Kleckiego, zapalenie może nastąpić i przy zamkniętym świetle wyrostka, i przy wolnem. Na ostatnim naszym zjeździe Kostanecki przedstawił cały szereg preparatów, świadczących

że w dużej liczbie przypadków i anatomiczne stosunki krezki wyrostka, resp. jego unaczynienia, są czynnikiem, usposabiającym do wytworzenia się zapalenia. Stopień zmian zapalnych w wyrostku zależy od mniejszej lub większej jadowitości drobnoustrojów, które się do wyrostka dostały, a zamknięcie światła w myśl teorii Dieulafoy nie jest bezwzględnie potrzebne.

Odnosnie do puchliny wyrostka, to omawiana teoria bezwarunkowo żadnej z nią styczności mieć nie może. Ścisłe powstawanie puchlin nie jest znane, ale bezwarunkowo odgrywają tu decydującą rolę te same czynniki, jakie wywołują puchlinę innych organów, jak pęcherza żółciowego, trąbki Fallopiusza i t. p. — inaczej być nie może — i dla powstania puchliny niezbędne są mniejsze lub większe zmiany w ścianach organu, a wytworzenie się bądź to puchliny, bądź ropniaka (empyema) jest w ścisłej bakteriologicznej zależności.

Szkoda, że Kryński w swoim przypadku zaniechał badania bakteriologicznego. Spotykamy niekiedy puchliny wyrostka i innych organów zupełnie jałowe.

Kryński *ex re* przemówień Oderfelda i Leśniowskiego przypomina raz jeszcze myśl zasadniczą teorii Dieulafoy, którą pojmować należy tak, jak autor ją przedstawił. Przedstawione preparaty z przypadków klinicznych stanowią jeden jeszcze dowód przekonujący, że teoria ta nie jest w stanie wyjaśnić patogenezę sprawy appendicitis we wszystkich przypadkach, gdyż, jak widzimy tu, istnienie owej „cavité close“ wewnątrz wyrostka robaczkowego może dać bardzo odmienne obrazy anatomopatologiczne i kliniczne, że przeto jeszcze inne czynniki przyczynowe wchodzić tu w grę muszą.

4. *Łazarowicz* przedstawił dużych rozmiarów guz, który zajmował przednią powierzchnię klatki piersiowej. Badanie drobnowidzowe wykazało, że jest to kostniakochrzęstniak. Punktem wyjścia dla niego była, prawdopodobnie, chrząstka żebrowa.

Kryński podnosi niezwykle rozmiary przedstawionego nowotworu i zaznacza, iż wobec niewielkiej rzadkości istotnych chrzęstniaków sutki, prawdopodobnie pewna część rozpoznawanych jako takie guzów ma za punkt wyjścia również chrząstkę żebrową, jak to widzimy w danym przypadku.

5. *Kozicki* przedstawił okaz uchyłka Meckela, oraz podał szczegóły przypadku, od którego okaz  w otrzymano.

6. *W. Stankiewicz* przedstawił preparat wyciętego jądra. Chory lat 48, zdrowej budowy, od pół roku zauważył stale powiększające się jądro prawe bez wyraźnej przyczyny, które z początku nie sprawiało mu żadnych bólów, w ostatnich jednak dwu miesiącach oprócz pewnej niewygody przy pracy i chodzeniu zaczął on doznawać bólów, które go sk łoniły do zasięgnięcia porady w szpitalu.

Jądro prawe przedstawia się w ksztalcie guza owalnego, wielkości dużej pomarańczy, o powierzchni g dkiej; skóra ruchoma, niezmi niona; guz spoistości twardej nieco sprężysty, daje wrażenie, jakoby miał zawartość płynną; prześwietlanie daje wynik ujemny, przyjądrze nie daje się wyróżnić z masy guza. Powrózek nasienny nie zgrubiały, gruczoły pachwinowe prawidłowe. Pacjent nie miał syfilisu, ani żadnych objawów gruźlicy.

Rozpoznanie: Haematocеле i przewlekłe zapalne zgrubienie błon, jądro otaczających.

Operacja 29/4. Po przecięciu skóry i luźnej tkanki łącznej nacięto sam guz, a przekonawszy się o sklerotycznym zwyrodnieniu tunicae vaginalis, które ogarnęło przyjądrze i skutecznie uskuteczniło zlanie się z jądrem, wykonano odjęcie całego guza wraz z jądrem.

Zbadany okaz wykazuje niezwykłą grubość tunicae vaginalis, która przedstawia się w postaci masy twardej, niemal chrząstkowej, jako następstwo sprawy zapalnej chronicznej. Sprawa ta zapalna przeniosła się na błony, otaczające i przyjądrze, zlewając je w masę jednolitą, wewnątrz zaś znajdowała się pewna ilość cieczy surowicznej, barwy żółtawej, jak przy hydrocele. Na wewnętrznej powierzchni jamy znajdowały się również strzępy miękkie, włóknikowe.

Jakkolwiek więc guz opisany nie miał cechy właściwej, jednak wobec niemożności oddzielenia i usunięcia sklerotycznej tunicae vaginalis od przyjądra nie zostawało nic innego, jak odjęcie guza wraz z jądrem.

Zwyrodnienia sklerotyczne tunicae vaginalis w takim stopniu są dość rzadkie. Kocher opisuje takowe pod nazwą: „Periorchitis proliferans”. Podobną również zmianę, ale w stopniu mniejszym, przedstawiali Gerbault i Cange na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu dn. 23 maja 1900 r. pod tytułem: „Vaginalite chronique”.

BR. SZERSZYŃSKI.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 24 lutego 1911 r.

(Dokończenie — patrz zeszyt II, str. 245).

6. *Stankiewicz Czesław* przedstawia 3 okazy macicy rakowej, otrzymane drogą cięcia brzuszego sposobem Wertheima. S. zaznacza, iż w miarę rozwoju techniki udaje się usuwać przymacicza, wzgl. tkankę luźną przy pochwową (paracolpium) na coraz większej przestrzeni, przez co zabieg staje się bardziej doszczętny i celowy.

W dwu przypadkach operacja miała przebieg typowy, w trzecim S. natrafił na tak znaczne trudności z powodu obecności mięśniaków i obustronnego zajęcia zapalnego przydatków, iż zmuszony był wykonać zabieg nietypowo. Przypadek ten dotyczy kobiety 46-letniej o powłokach brzusznych bardzo grubych. Po otwarciu jamy otrzewnej okazuje się, iż na dnie macicy usadowiony jest mięśniak podsurowiczy, wielkości mandarynki, na cienkiej szypule. Przydatki w mocnych zrostach, zwłaszcza na stronie lewej — z esicą, gdzie zrosty dają się usunąć tylko nożyczkami. Zrosty w jamie Douglasa pomiędzy macicą a odbytnicą usunięto częścią nożyczkami, częścią na tępo. Przecięto nożem zrosty zapalne pomiędzy lewym więzmem obłym a otrzewną pęcherzową. Macica powiększona znacznie z powodu

obecności mięśniaków śródmięszkowych, niemal zupełnie nieruchoma. Zabieg doszczętny wykonano w sposób następujący: przedewszystkiem usunięto mięśniak podsurowiczy oraz przydatki, aby udostępnić w ten sposób pole operacyjne. Moczowody wyseparowano z pewną trudnością, zwłaszcza prawy, który był mocno zrośnięty z otaczającym go przymaciczem, nacieczonem nowotworowo. Odłuszczenie pęcherza od macicy i pochwy było niezmiernie trudne i prawie całkowicie, z powodu silnych zrostów, dokonane nożyczkami. Również trudne było nacięcie otrzewnej w jamie Douglasa, z powodu głębokości pola operacyjnego. Wiąz krzyżowomaciczny prawy mocno zgrubiał; w przymaciczach ze stron obydwóch idą sznury zapalne, grubości gęsiego pióra. Sznury te przecięto po nałożeniu zaciskadeł odśrodkowo. Z powodu braku miejsca nie można było użyć zaciskadeł Wertheima do zamknięcia pochwy przed jej przecięciem. Powiększone gruczoły (gl. iliace inf.) usunięto, poczem przykryto pole operacyjne gazą wyjałowioną, której końce wyprowadzono przez pochwę. Ranę brzuszną zamknięto.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic do życzenia. Od czwartego dnia do chwili zupełnego usunięcia gazy na siódmy dzień ruchy gorączkowe do 38,4. Tętno nie dochodziło 100.

S. przedstawia preparaty drobnowidzowe, dotyczące danego przypadku. Preparaty zostały wykonane przez kol. Krenickiego. Rak, jak to stwierdził również kol. Lorentowicz, jest płaskokomórkowy, co, zdaniem Pfannenstiela, daje większe prawdopodobieństwo, iż wznova nie nastąpi. Włókniki mają budowę typową. W gruczołach nie znaleziono sprawy nowotworowej.

S. przytacza w końcu dane statystyczne, wzięte z ostatniego dzieła Wertheima o operacji doszczętniej raka szyi macicznej (Wiedeń, 1911). Dane te, oparte na 500 przypadkach, określają wysokość śmiertelności pooperacyjnej na 16,4% u chorych poniżej lat 60, powyżej tego wieku na 59%. Wznova na ogólną liczbę 250 przypadków, spostrzeganych w ciągu lat pięciu i więcej, wystąpiła zaledwie w 42%. W tym względzie ma wielkie znaczenie charakter zmian chorobowych w gruczołach; gdy bowiem wobec zmian zapalnych w gruczołach wznova występuje tylko w 29,5%, obecność sprawy nowotworowej w gruczołach nadzwyczajnie pogarsza rokowanie — odsetek wznovy wynosi tu 87,8%.

Pelen podziwu dla wyników, otrzymanych przez Wertheima, S. zaleca jego operację, oraz proponuje rozszerzenie wskazań operacyjnych, które dotąd, zdaniem S., są u nas zbyt wąsko zakreszone.

(Streścił mówca).

7. *Leyzerowicz* przedstawia okaz dysmenorrhoeae membranaceae.

8. *Jastrzębski* przedstawił okaz płodu 8-io miesięcznego po ciąży zamacicznej, pochodzącego od 37-letniej mężatki, mieszkanki wsi Rudka gub. Grodzieńskiej, przybyłej do oddziału dnia 25 listopada r. z. Chora skierowana została przez kol. Sroczyńskiego z Ciechanowa i kol. Domańskiego z Brjańska. Dowiedziano się od niej, że w 25 roku życia wyszła za mąż

i zaraz w pierwszym roku zaszła w ciążę; następny raz w drugim roku; porody były łatwe. W ciągu następnych 8 lat nie zachodziła w ciążę. Miesiączkowała zwykle regularnie według typu $2-3_4$, ostatnią miesiączkę miała w początkach września 1909 r. i od tego czasu nie miesiączkowała. Dnia 18 maja 1910 r., będąc, jak sądzi, w 8 miesiącu ciąży, dostała krwawienia z narządów płciowych, bólów brzucha i krzyża, oraz wymiotów. Przestała odczuwać ruchy płodu, lecz paród nie odbył się. Po upływie pewnego czasu poczuła się lepiej i zaczęła chodzić do robót polnych. We wrześniu dostała powtórnych bólów w brzuchu z wymiotami, dreszczami i gorączką, parciem do dołu i rozwolnieniem. Po pewnym czasie stan chorej na tyle poprawił się, że mogła pojechać na poradę do kol. Sroczyńskiego, który natychmiast polecił jej udać się na operację do Warszawy. Chora jednak zwlekała, gdyż stan jej stale poprawiał się. Wkrótce jednak powróciły się bóle w brzuchu, i na dwa tygodnie przed zapisaniem się chorej do oddziału przy oddawaniu stolca odeszły dwie kosteczki.

Obecnie chora uskarżała się na bóle w krzyżu, kaszel i rozwolnienie; wypróżnienia płynne 3—4 razy na dobę. $C^0 = 37^0,6$, $T = 96$.

Przed 18 laty chorowała na zapalenie nerek; w dzieciństwie przechodziła odrę; pochodzi z rodziny zdrowej.

Badanie chorej wykazało budowę wątłą; chora ogólnie osłabiona, wycieńczona.

W płucach w prawym wierzchołku stłumienie od tyłu, wydłużony wydech, suche świsty, oddech zaostrozony. Od przodu pod obojczykiem wilgotne rżenia. W sercu zmian chorobowych nie znaleziono.

Badanie brzucha wykazuje wypuklenie w prawym dole biodrowym, które wymacuje się, jako guz nieruchomy, twardy, o nierównej powierzchni; górna granica leży na 3 palce poniżej pępka. Badanie przez pochwę wykazuje, że guz wypełnia całą małą miednicę; macicy nie wyczuwa się.

Badanie кишки stolcowej za pomocą wziernika odhytniczego wykazało, że na wysokości 12 ctm błona śluzowa przekrwiona, pokryta wydzieliną śluzoropną i płynnym kałem; miejsca przedziurawienia nie udało się znaleźć; przy badaniu palcem na prawej bocznej ścianie кишки wyczuwa się lejkowate wciągnięcie.

W kale pod mikroskopem znaleziono pojedyncze krwinki białe, niestrawione włókna mięśniowe i kryształy trójfosforanów wapnia. Mocz, wypuszczony za pomocą cewnika, bladeżółtego koloru, o zapachu prawidłowym i odczynie kwaśnym. C. gat. = 1010; białka i cukru nie zawiera; w osadzie kryształy moczanów i szczawianów; krwinek białych i walczków nie znaleziono.

Na mocy wywiadów rozpoznano 8-miesięczną ciążę zamaciczną; potwierdziło to samo dokonane zdjęcie za pomocą promieni Roentgena; na radiogramie wyraźnie widać czaszkę płodu i kręgosłup.

D. 17 grudnia dr. Ciechomski wykonał operację. Po otworzeniu jamy brzusznej znaleziono zrosty sieci z guzem; po uwolnieniu zrostów wyłoniła się pętla кишки cienkiej, zrosnięta z guzem, leżącym w prawym dole bio-

drowym i w małej miednicy. Po bliższem rozejrzeniu się okazało się, że odcinek doprowadzający leżał z lewej strony, odprowadzający — z prawej; przednia ściana кишки przedziurawiona, tylna, nadmiernie rozszerzona, stanowiła jakby sklepienie worka, jeżeli tak można powiedzieć, w którym leżał płód.

Bo uprzedniem klinowem podwiązaniu krezki dr. C. przeciął odcinek doprowadzający i odprowadzający, i połączył je szwem trzypiętrowym. Po odcięciu кишки i zabezpieczeniu wolnej jamy brzusznej, nacięto ścianę worka, usunięto płód i włożono worek Mikulicza; po za nim drugi mniejszy.

Pierwsze dwa dni po operacyi chora czuła się nieźle, lecz później stan jej pogorszył się i chora zmarła na siódmy dzień po operacyi w objawach niedomogi sercowej.

Badanie pośmiertne wykazało: w lewem płucu od tyłu znaleziono niewielkie ognisko zapalne; jama otrzewnej zrostami кишки i krezki podzielona na dwie połowy — górną i dolną; w górnej otrzewna prawidłowa, w dolnej zgrubiała i pokryta ropną wydzieliną, szew na kiszce trzymał dobrze; połączenie кишки leżało w odległości 80 ctm. od кишки ślepej. W odległości 50 ctm. od połączenia кишки znaleziono w kiszce dwa żebra płodu.

(Streścił mówca).

W rozprawach nad pokazem Stankiewicza odnośnie I-go przypadku Wertenstein zaznacza, że został wezwany do kobiety 22-letniej, zamężnej od lat 2, pierwiastki. Ciąża ciężka, w ostatnich miesiącach parcie na kiszkę i pęcherz. Poród trwa od 10 godzin, bóle b. częste, wyczerpujące chorą. Tętno 100, C. prawidłowa. Ciąża 7-miesięczna. Ułożenie płodu podłużne, główka wysoko nad wejściem. Tętno płodu poniżej pępka z lewej strony około 120, b. nieregularne. Przy badaniu wewnętrznem okazało się, że cała miednica wypełniona jest guzem nierównym, odpychającym część pochwową macicy ku spojeniu łonowemu. Szyja zachowana, przepuszcza 1 do 2 palców na długość 2 — 3 centymetrów.

W celu wyłączenia tyłozgięcia macicy ciężarnej wypuszczono moc (około $\frac{1}{4}$ litra). Ciąża zamaciczna także nie znalazła potwierdzenia wobec niewyczuwania osobno trzonu macicy obok płodu. Pozostało przypuszczać wklinowanie guza (torbiel jajnika lub włókniak) w jamie miednicy, utrudniające odbycie porodu drogą zwykłą. Co się tyczy przyczyny śmierci chorej po operacyi, W. sądzi, że spowodował ją zbyt ciężki zabieg: cięcie cesarskie i wyluszczenie włókniaka, albowiem nie znaleziono zmian, przemawiających na korzyść sprawy zapalnej lub zakaźnej.

Odnośnie rozszerzenia wskazań do operowania raka macicy, zalecanego przez Stankiewicza Czesława, Leśniowski na podstawie swoich przypadków, których ma przeszło 20, musi powiedzieć, że, niestety, operacyjność u nas w rakach macicy nie zwiększa się, lecz przeciwnie — zmniejsza się. Ponieważ w swoim czasie postanowił operować prawie wszystkie przypadki raka, przybywające do oddziału — przeto operował nieraz nadwyzczaj daleko posunięte. Jakkolwiek śmiertelność bezpośrednią miał niedużą, to jednak musi powiedzieć, że wyniki w przypadkach, klinicznie b. daleko

rozszerzonych, pomimo jaknajszerszego operowania, przeważnie dały nawroty. Dla tego też — na podstawie doświadczenia osobistego — zniechęcił się do operowania b. daleko posuniętych przypadków, musi, natomiast, zgodzić się ze zdaniem, przytoczonym przez Stankiewicza, że tam, gdzie gruczoły chłonne wyjęte są tylko obrzmiale zapalnie — rokowanie dla chorej jest pomyślne. Przedostatnia chora, którą operował, była młoda; raka miała daleko posuniętego, tymczasem dość duże gruczoły, wydobyte z miednicy małej, okazały się pod mikroskopem tylko zapalnie obrzmiałymi; ta chora już rok po operacji ma się zupełnie pomyślnie. W ogólności możemy powiedzieć, że nam brak nie chęci, lecz możliwości operowania odpowiednich raków macicy.

Następnie Monsiorski wygłosił dokończenie odczytu p. t. „Kombinacja nowotworów w sferze płciowej kobiety“. Rzecz ta została wydrukowana w styczniowym zeszyte „Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego“.

W dyskusyi Lorentowicz wypowiada zdanie, że jeden z przypadków, przedstawionych przez kol. M., mianowicie kombinacja raka macicy z rakiem torbieli jajnika (drugi notowany w piśmiennictwie), uważanym za przerzut, był niezupełnie przekonujący, mianowicie z preparatu mikroskopowego, rzucanego na ekran przyrządem Edingera, nie można było wnioskować, czy mamy istotnie do czynienia z gniazdem rakowym, a powtóre wobec przyrośnięcia torbieli w kieszeni Douglasa do tylnej ściany macicy mógł mieć miejsce nie przerzut, lecz jeno rozszerzenie się raka per continuitatem.

W odpowiedzi Monsiorski zaznacza, że wobec tego, iż torbiel znajdowała się w jamie Douglasa i była zrośnięta z macicą, niemożliwe jest ściśle stwierdzenie, czy miało się do czynienia z przerzutem, czy też bezpośrednim przejściem raka z macicy na torbiel.

9. *Brabander* wygłosił odczyt p. t. „Kilka słów w sprawie postępowania w razie wypadnięcia pępowiny“.

Prelegenta interesują jedynie przypadki położen czaszkowych z wypadniętą pępowiną przy rozwarciu na 1 — 1½ palca i niewyglądzonej szyi.

Ponieważ o natychmiastowym zakończeniu porodu w takich warunkach niema mowy, a odprowadzenie jest trudne i pępowina zwykle wypada z powrotem, B., idąc za radą Franquęgo i Bumma, po odepchnięciu pępowiny przy pomocy palca po za ujście wewnętrzne zastosował metreuryzę w 2 przypadkach, z których drugi był ciężki i za każdym razem, po dokonaniu obrotu przy rozwarciu całkowitem i natychmiastowej ekstrakcyi, wydobywał żywe dziecko.

Ponieważ odprowadzanie pępowiny przy pomocy palca jest niedokładne i często nie udaje się, prelegent proponuje powrócić do zarzuconego już dziś przez większość akuszerów „repositorium“ i połączyć je z metreuryzą. „Repositorium“ należy wprowadzić możliwie wysoko, zaraz włożyć metreurynter i dopiero, po napełnieniu tego ostatniego, usunąć repositorium z macicy.

Ażeby to mogło udać się, „repositorium“ musi być możliwie cienkie.

W tym celu prelegent kazał przygotować narzędzie metalowe grubości zglębника Saengera, którego zakończenie przypomina dziób cewnika

metalowego bez krzywizny z dwoma naprzeciw siebie leżącymi otworami. (Pokaz narzędzia). Jakkolwiek metreuryza przy wypadnięciu pępowiny ma swoich przeciwników, jak Schmidt oraz Liepmann, i wogóle była dotychczas stosowana tylko w przypadkach pojedynczych, jednakowoż B. jest zdania, że w niektórych razach przy małym rozwarciu i rozpoczynającej się asfiksyi płodu zasługuje na uwagę.

Metoda ta może mieć zastosowanie przeważnie u wieloródek, u których po urodzeniu się balonu można zaraz kończyć poród za pomocą obrotu, u pierwiastek zaś obrót jest bezcelowy i dlatego powodzenie metreuryzy wątpliwe.

(Streścił mówca).

W rozprawach nad odczytem Brabandera Monsiorski zaznacza, że już podczas pobytu w Paryżu przed laty kilkunastu zdołał przekonać się, iż francuzi przestali stosować repositorium przy wypadnięciu pępowiny, przeznaczając je jedynie na sprzedaż dla cudzoziemców.

Endelman wypowiada zdanie, iż przy wypadnięciu pępowiny i niedostatecznie rozwartem ujściu odprowadzenie jest rzeczą niezmiernie trudną i udaje się niezmiernie rzadko. W tych jednak przypadkach, w których odprowadzenie pępowiny udaje się, niepotrzebna jest metreuryza. E. zwraca jeszcze uwagę na to, że Brabander nie wspomniał o cięciu pochwowem cesarskiem, jako metodzie, która najpewniej prowadzi do celu w przypadkach wypadnięcia pępowiny i niedostatecznie rozwartego ujścia. Należy je stosować, rozumie się, za zgodą rodzącej, tam, gdzie nam b. zależy na uratowaniu życia dziecka.

W odpowiedzi Monsiorskiemu Brabander zaznacza, że do akuszerów francuskich, stosujących „repositorium“, należy Néville, który w ostatnich czasach zaproponował nawet narzędzie własnego pomysłu. Wspomina o tem Franquē w podręczniku akuszerzy Winckela.

Endelmanowi Brabander odpowiada, że o cięciu cesarskiem przy wypadnięciu pępowiny, zalecanem szczególnie przez francuzów, jak Couvelaire, Lepage etc., prelegent nie wspomniał dlatego, że sam nie miał sposobności wykonywania tego zabiegu, a przemówienia swego nie uważa za streszczenie zbiorowe.

B. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 31 marca 1911 r.

1. *Neugebauer* przedstawił okaz pooperacyjny współistnienia włókniaków macicznych z rakiem trzonu macicy. Chora lat 45, zamężna dopiero, od roku, zapisała się do szpitala Ewangelickiego dnia 16 lutego 1911 r. z tego powodu, że od trzech miesięcy stale krwawi i że od tegoż czasu miewa silne bóle w podbrzuszu, szczególnie wieczorem. Miesiączka od 14-go do 30-go roku życia była prawidłowa, w 30-ym roku raz przez dwa miesiące peryodu nie było. W ciąży nigdy nie była. Badaniem dwuręcznem stwierdzono myomatosis multiplex uteri, cystoma ovarii sinistri.

Dnia 18-go lutego *Neugebauer* dokonał cięcia brzuszego i odciął ma-

cięć nisko wraz z przydatkami. Przebieg pooperacyjny gładki. Po skończonej operacji okaz przecięto i stwierdzono rak trzonu macicy. Neugebauer więc w dwa tygodnie po cięciu brzucha usunął przez pochwę kikuta macicy. Operacja ta była trudna z powodu, że chora nigdy nie rodziła i że pochwa była bardzo ciasna. Na kikucie wyciętym nie było już ani śladu szwów strunowych, którymi dwa płaty kikuta ze sobą były zeszyte.

Przypadek ten ma znaczenie pouczające: 1) przemawiając za tem, że teoretycznie lepiej byłoby w myomatosi uteri usuwać macicę w całości, niż amputować; 2) jako nowy przykład współistnienia nowotworu macicy dobrotliwego i złośliwego; 3) gdyby po operacji nie przecięta została macica oraz rak, dziś już istniejący, pozostał nie spostrzeżony, i gdyby chora po jakimś czasie zgłosiła się z rakiem części pochwowej i szyi macicy, to mimowoli nasunęłaby się myśl o powstaniu raka w kikucie po amputacji macicy włókniakowej i związku etyologicznym pomiędzy amputacją macicy i późniejszym rakowem zwyrodnieniem kikuta. W danym przypadku ujawniono, że rak ten istniał już przed amputacją. Neugebauer już przed 2-ma laty w jednej z dyskusji przytaczał dwa spostrzeżenia podobne Wintera, gdzie rak szyi istniał już w czasie odcięcia macicy włókniakowej, a mylnie sądzono, że rak powstał dopiero po odcięciu macicy.

(Streszczył mówca).

2. *Natanson* przedstawił:

1) Okaz ciąży jajowodowej i torbieli jajnika z jednej strony, usunięty przez cięcie pochwowe przednie. Objawów klinicznych ciąży zamacicznej nie było, tak że rozpoznany był tylko guz jajnika i jajowodu. Przebieg prawidłowy.

2) Macicę z płodem w V m. ciąży, otwartą po stwardnieniu, wykazującą stosunek topograficzny płodu do łożyska i macicy.

W rozprawach nad odczytem Natansona Lorentowicz omawia bliżej etyologię wypadnięcia macicy i pochwy, która dotąd nie jest pojmowana jednolicie. Różni autorowie przytaczali i przytaczają rozmaite momenty przyczynowe, mogące warunkować powolne osuwanie się macicy i pochwy ku dołowi. Przedewszystkiem uprzytomnić sobie należy, jakie siły i przyrządy utrzymują macicę w prawidłowym położeniu w stanie zdrowia. Trzy czynniki spełniają tę rolę: 1) przyrządy, dzięki którym macica jest zawieszona w miednicy; 2) przyrządy, które macicę podtrzymują od dołu; 3) tłocznia brzuszna, która utrzymuje macicę w jej prawidłowym położeniu, przyciskając ją do tylnej ściany pęcherza i tym sposobem utrwalać jej przegięcie. Co się tyczy pierwszego punktu t. j. zawieszenia macicy, niektórzy autorowie główną rolę przypisują więzom krzyżowomacicznym. Więzy te, jak wiadomo, zawierają oprócz tkanki łącznej sporą ilość gładkich włókien mięśniowych. Luschka nazywa te więzy—*musculi retractores uteri*, *Malgaigne*—*véritables organes suspenseurs de la matrice*, *Fritsch*—*ligamenta suspensoria uteri postica*. Wielu autorów (*Schultze*, *Richet*, *Walcher*) zboczenie i opuszczenie macicy stawia w związku ze zwiotczeniem lub niedostatecznością tych wiązań.

Drugim więzom, któremu duże znaczenie przypisują w utrzymaniu

macicy in situ, jest dolna część wiązadła szerokiego, t. zw. lig. cardinale (Koks), Lig. transversum (Mackenrodt), Tunica vasorum uteri (Merkel), Lig. suspensorium uteri (Bumm). Zawiera on również znaczną ilość gładkich włókien mięśniowych.

Halban i Tandler godzą się na to, że zarówno więzy krzyżowomaciczne, jak lig. cardinalia niewątpliwie ograniczają ruchy macicy, o czym dowodnie przekonać się można na trupie po otwarciu jamy brzucha, i uniesieniu macicy kulociągami ku górze, a wówczas przecięcie w tym momencie lig. sacrouterina pozwala unieść macicę jeszcze na pewną wysokość. Atoli prawidłowe wiązadła omawiane są w stanie pewnego rozluźnienia, np. więzy krzyżowomaciczne przy badaniu dwuręcznem nie wyczuwają się wcale lub bardzo słabo, dopiero po uniesieniu macicy ku górze stają się wyraźnymi i wyczuwają w postaci mniej lub więcej grubych sznurków, i dlatego H. i T. są zdania, że lig. sacrouterina oraz lig. cardinalia, składające się z tkanki łącznej i gładkich włókien mięśniowych, nie są w stanie długo opierać się wzmożonej tłoczni brzusznej i utrzymać macicę same przez się w prawidłowem położeniu.

Ostatnia wreszcie grupa autorów suspensio uteri czyni zależną od fascia endopelvina. Budowa fasciae endopelviniae w opisach różnych autorów występuje bardzo niejasno i niejednolicie.

Freund w ostatniem wydaniu ginekologii Veita tak ją opisuje. Po oddzieleniu otrzewnej ściennej miednicy i luźnej tkanki podsurowiczej widzimy błyszczącą mocną błonę — powięć miedniczą, s. fasciam internam. Powięź ta pokrywa obie powierzchnie m. unoszącego odbytu, który łącznie z m. obturator internus zaczyna się od bocznych kości miednicy. Powięzie obu mięśni aż do arcus tendineus idą razem, następnie, stosownie do przebiegu mięśni, dalszy kierunek ich jest różny. Fascia pelvis, gdy dosięgnie brzegu wolnego każdego z otworów m. levatoris ani, przez które przechodzą cewka, pochwa i odbytnica, zagina się ku górze, wzmacniając zewnętrzną otoczkę tych trzech rurkowatych narządów (fascia visceralis). Od tej części powięzi, zagiętej ku górze, rozbiegają się ku ścianom miednicy na kształt promieni twardsze powrózki, przerzynające, jak beleczki, luźną tkankę łączną miednicy i utrzymujące wyżej wspomniane narządy w sprężystem zawieszeniu w miednicy (Lig. cardinalia, sacrouterina i słabo rozwinięte vesicouterina).

Wyraźniej zarysowuje się i daje się wyosobnić część powięzi z przodu pęcherza, lig. pubovesicalia, które, zdaniem E. Martina, stanowią najważniejszy przyrząd, wiążący pęcherz z kośćmi miednicy; odpreparować również, acz z trudnością; można część powięzi pomiędzy tylną częścią odbytnicy i kością krzyżową.

Całą tę konstrukcję łącznotkankową tworów, podtrzymującą organy miednicy, Freund nazywa fascia endopelvina, lub ze względu na główną czynność fizyologiczną — znowu lig. suspensorium uteri.

Nagel mianem fascia endopelvina nazywa część powięzi miednicy, przechodzącą na organy miednicy, traktując wiązadła macicy, jak twory samostne. Rosthorn, opisując powięzie miednicy, nie poślikuje się zupełnie

nazwą fascia endopelvina, mówi natomiast o fascia visceralis, rozumiejąc przez tę nazwę zbitą tkankę łączną miednicy, która miejscami nabiera charakteru powięzi (w cavum paravesicale, znacznie mniej w cavum pararectale), miejscami traci ten charakter zupełnie, przerywa się, rozplywa, przepłata się z włóknami błony zewnętrznej (adventitia) organów miednicy i pochewkami łącznotkankowymi naczyń (w parametrium), wreszcie wzmacnia się, skupiając swe włókna i tworzy w kierunku strzałkowym przebiegającą więź (lig. pubovesicalia et rectouterina).

Jak widzimy—z tej różnorodności nazw fascia endopelvina, czy fascia pelvis interna, czy fascia visceralis pelvis nie stanowi jeszcze zupełnie określonej jednostki anatomicznej, jest rzeczą bardzo trudną odróżnić ją od zwykłej tkanki łącznej i dlatego wątpliwe jest, czy można ją traktować, jako organ samoistny i przypisywać jej, jeżeli jej nie utożsamiać z więzadłami macicy, jakiś wybitniejszy wpływ na utrzymanie macicy in situ.

Zdaniem Halbana i Tandlera, czynność utrzymywania macicy w prawidłowym położeniu mogą skutecznie wykonywać jedynie mięśnie dna miednicy, prawidłowo rozwinięte i prawidłowo czynne, unerwione tymi samymi nerwami, co i mięśnie brzucha. Dno miednicy, jak wiadomo, składa się z musc. levator ani s. diaphragma pelvis rectale, i diaphragma urogenitale. Obie przepony pokryte są od góry i od dołu powięzią.

W skład mięśnia, unoszącego odbyt, wchodzi: m. ischiococcygeus, musc. iliococcygeus, musc. pubococcygeus u musc. puborectalis (m. sphincter recti Holl). Najważniejsze znaczenie dla topografii macicy i pochwy posiada m. puborectalis. Mięsień ten z przodu przyczepia się do ramienia zępatującego kości łonowej, górny przyczep dosięga aż do przyczepu lig. pubovesicalia. Włókna mięśniowe kierują się ku tyłowi i dołowi, obejmują tylną powierzchnię odbytnicy i łączą się z włóknami mięśnia identycznego strony przeciwnej. Część włókien niżej położonych m. puborectalis kieruje się ku przedniej powierzchni odbytnicy, łączy się z włóknami strony przeciwnej, oraz z mięśniami krocza.

Ta właśnie pars praerectalis m. puborectalis w czasie skurczu mięśni dna macicy tworzy wał, o który opiera się prawidłowo szyja macicy w czasie raptownego wzmożenia tłoczni brzusznej. Łuka w musc. levator ani, którą Halban i Tandler nazwali hiatus genitalis, wynosząca 2½ — 4 ctm. u dziewcząt, 4 — 5 ctm. u kobiet, które rodziły, jest zamknięta mocną ścięgnistomięśniową błoną, rozpiętą nie na tej samej powierzchni, lecz niżej, a bliżej przedsionka między ramionami arcus pubis (diaphragma urogenitale s. trigonum urogenitale). Diaphragma urogenitale, zawierająca dwa otwory dla cewki i pochwy, ciągnie się od arcus pubis do przedniej powierzchni m. recti, gdzie razem z m. transversus perinei profundus, m. bulbocavernosus, m. constrictor cunni, m. transversus perinei superficialis, m. sphincter ani externus i m. puborectalis w miejscu połączenia tworzy centrum tendineum.

Fizjologiczna czynność m. levatoris ani wraz z diaphragma urogenitale polega na stawianiu oporu nagłemu lub powolnemu wzmożeniu się tłoczni brzusznej przez raptowne kurczenie się, dzięki posiadaniu wspólnej

z mięśniem brzucha unerwienia. Dalej, mięśnie dna miednicy, kurcząc się, zapobiegają temu, aby organy w miednicy położone przy wzmożeniu ciśnienia nie mogły być wytłoczone nazewnątż czy to przez lukę w mięśniu, czy też przez dolny otwór miednicowy. Powieź, pokrywająca diaphragma pelvis rectale et urogenitale (Fascia diaphragmatis pelvis et urogenitalis superior et inferior), składa się, zdaniem H. i T., z dość luźnej tkanki łącznej i stanowi bardzo delikatną błonkę, której zadaniem jest jednoczyć włókna mięśniowe i zapobiegać ich rozszczepianiu się.

H. i T. na podstawie zbadania 34 przypadków częściowego i całkowitego wypadnięcia macicy i pochwy po dokładnem odseparowaniu wszystkich mięśni i więzów dna miednicy, przekonali się, że we wszystkich przypadkach wypadnięcia hiatus genitalis był rozszerzony do $6\frac{1}{2}$ – $7\frac{1}{2}$ cm., m. levator ani znajdowali bądź zwiotczały, bądź bliznowo zwyrodniały, bądź w stanie zaniku będący. Diaphragma urogenitale nie przedstawiała mocnej ścięgnistomięśniowej błony, mechanicznie zamykającej pochwę, lecz była już to przerwana w tylnej części (centrum tendineum), wskutek czego włókna mięśniowe kończyły się na bocznej ścianie pochwy, już to tworzyła błonę, składającą się z dwóch części, z których pierwsza, bliżej arcus pubis położona, jeszcze była dość sprężysta i mocna, druga zaś przy pochwie stanowiła wiotką, rozciągniętą, zwisającą, nazewnątż wypukłą rurkę łącznotkankową, pozbawioną zupełnie włókien mięśniowych.

H. i T. wygłosili pogląd następujący: Wypadnięcie macicy powstaje jako przepuklina wtedy, kiedy hiatus genitalis w dnie miednicy nie jest dostatecznie zamknięty i przedstawia wrota przepuklinowe. Wzmogona tłocznia brzuszna wypycha nazewnątż wszystkie narządy, lub ich część, które znalazły się w obrębie tych wrót. Jeżeli cały narząd znajdzie się w obrębie wrót przepuklinowych, to cały wypchnięty będzie nazewnątż, jeżeli zaś jedna część organu znajdzie się w obrębie wrót, druga poza nim, to pierwsza część będzie wypchana na zewnątrz wzmogoną tłocznią brzuszną, druga natomiast tą samą siłą przyciskana do dna i tam utrzymywana.

Lorentowicz prosi kol. Natansona o wyjaśnienie kilku niepewnych miejsc, które znalazł w streszczeniu protokularnem jego odczytu. Natanson pisze: „Halban i Tandler w wypadnięciu macicy i pochwy przypisują główną rolę przerwaniu włókien levatoris ani i powstałej w ten sposób możliwości wtłoczenia pochwy i macicy w tę lukę. To założenie pociąga za sobą z jednej strony klasyfikację wypadnięć, zależnie od stopnia przerwania mięśnia, a także wskazania operacyjne i techniki, która zasadniczo polegać ma na odpreparowaniu i zeszczeniu mięśnia“.

Jak wynika z wyżej podanego streszczenia poglądów H. i T., twierdzenie kol. N. nie odpowiada rzeczywistości, bowiem H. i T. uważają za warunek nieodzowny powstania wypadnięcia macicy nie tylko niedostateczność mięśnia unoszącego odbyt, lecz i przerwanie włókien diaphragmatis urogenitalis, wskutek czego hiatus genitalis rozszerza się niepomiaralnie i nie jest od dołu zamknięty należycie.

Klasyfikację wypadnięć H. i T. czynią zależną nie od stopnia przerwania m. levatoris ani, lecz od tego, czy cały narząd, czyli część jego znaj-

dzie się w obrębie wrót przepuklinowych. Co się tyczy wskazań operacyjnych i techniki, to H. i T. w swojej monografii: „O anatomii i etyologii wypadnięcia części rodnych u kobiety” poświęcają im bardzo mało miejsca (3 str. na 273 str. dzieła), czyniąc jeno krótki przegląd zabiegów operacyjnych, stosowanych w wypadnięciach macicy, uważają za racjonalne te zabiegi, które mają na celu zmniejszenie wrót przepuklinowych. O wartości zeszywania włókien m. levatoris ani wyrażają się bardzo ogólnie.

Kol. Natanson pisze dalej: „nie mięsień, lecz powięź stanowi o powstaniu przepukliny, a za taką uważać należy wypadnięcie macicy i pochwy. Badania anatomiczne nad fascia endopelvina z jej mocnymi punktami, jak lig. cardinalia, zmuszają do wniosku, że wypadnięcie zależy od przerwania, lub zwiotczenia tej powięzi, przez co macica pozbawiona jest głównego swego podtrzymania i daje się zepchnąć ku dołowi, dokąd ją ciągnie pochwa, o ile powięź, pokrywająca kiszkę i jej mięśnie, również uległa rozluźnieniu, czy przerwaniu”. Lorentowicz, zaznaczwszy mimochodem, że etyologię powstawania przepuklin w powłokach brzusznych nie można w całej rozciągłości stosować przez analogię do wypadnięć macicy ze względu na zgoła odmienne warunki anatomiczne, zapytuje Nat., czy przerwanie fasciae endopelvinae wyobraża sobie jako lukę, rodzaj wrót przepuklinowych, następnie czy udało mu się dowieść niesłuszności twierdzenia H. i T., że powięź m. levatoris ani, wbrew zapatrywaniom Nat., składa się z delikatnej dość luźnej tkanki łącznej, służącej raczej do łączenia włókien mięśniowych. Skąd wynika, że o jakiegokolwiek czynności powięzi m. levatoris, umocowującej macicę w prawidłowem położeniu, zaledwie może być mowa.

W obec rady kol. Natansona, aby w colporrhaphia anterior obnażyć fasciam endopelvinam i zeszyć ją osobno, a nad nią dopiero służówkę pochwy, w colporrhaphia posterior zaś aby zaniechać zeszywania m. levatoris ani i ograniczyć się zeszywaniem powięzi tego mięśnia, Lor. zapytuje Natansona, czy w swoich przypadkach nie doznawał trudności w wyszukiwaniu uszkodzonej fasciae endopelvinae dla jej zeszywania w wykonywaniu colporrhaphiae anterioris, wobec tak niestalej budowy tego narządu w przedniej części miednicy, nie stanowiącego dotąd jasno określonej jednostki anatomicznej; a następnie, czy, mówiąc o zeszytciu powięzi musc. levatoris ani, ma na myśli fasciam diaphragmatis pelvis superiorem, czy inferiore, czy obie, jeżeli obie, to czy nie uważa, że wynalezienie i zeszytcie w wymienionych warunkach obu listków powięzi m. levatoris jest zadaniem teczniejsze jeszcze trudniejszym, niż zeszytcie mięśnia. W końcu czy Kol. Nat. rozmyślnie nie wspomina o ważnej roli w wypadnięciu macicy trigoni urogenitalis, mechanicznie zamykającego dolny otwór miednicowy, i konieczności dokładnego zeszywania tej mięśniowościęgnistej błony.

Przemówienie Loren. ilustrowane było 25 przezroczami, rzuconemi na ekran, przedstawiającemi budowę dna miednicy w warunkach prawidłowych i w wypadnięciach, przebieg fasciae endopelvinae, oraz fasciae pelvis, wreszcie oddzielne fazy operacji Schauty — Wertheima, t. zw. interpositionis vesicovaginalis, która zjednywa sobie coraz liczniejsze koła zwolenników, dając w wypadnięciach wysoki odsetek trwałych wyzdrowień (w kli-

nice Wertheima u 80% wyzdrowienie bezwzględne, w 93% odzyskanie zdolności do pracy).

Natanson w odpowiedzi zaznacza, że tematem jego pracy było leczenie wypadnięcia, a nie powstawanie tegoż. Halban i Tandler widzą główną podporę macicy w mięśniu unoszącym odbyt, a ponieważ mięsień i powięź stanowią jedną całość, trudno oddzielić jedno od drugiego. Rola powięzi w tym razie jest jednakowa z rolą w innych przepuklinach, czyli, jeżeli powięź trzyma dobrze, niema przepukliny. Wobec tego N. uważa za zbytęczne szycie mięśnia tembardziej, że tenże często zanika. Również należy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że przednie ramiona mięśnia nie przytykają do się, wobec tego niema racyi szyc mięśnia, a należy szyc powięź ze względu na to, że ona trzyma głównie całe dno.

Dalej N. utrzymuje, że może na całym szeregu zeszyć krocza i pochwy dowieść, że doskonale udaje się odluszczyć blaszkę powięzi od śluzówki i że zeszyte tejże blaszki powięzi w zupełności wystarcza do wytworzenia stałej podstawy. A więc chociaż Halban i Tandler dali b. ładny obraz anatomiczny tej sprawy, lecz nie obalili wcale twierdzenia, że wobec braku krocza macica może nie opaść, jak również bywa i odwrotnie, w wypadnięciach dziewczycy, gdzie osoba, która nie rodziła, względnie mająca całe krocze, cierpi na wypadnięcie.

Osobiste przekonanie N. jest następujące: do utrzymania macicy przyczynia się cały szereg czynników, jak ligamenta cardinalia oraz powięź dna miednicy. Więzy obłe i krzyżowomaciczne nie mają znaczenia, a wypadnięcie macicy spowodowane jest osłabieniem wyżej przytoczonych czynników.

Lorentowicz do poprzedniego przemówienia dodaje, że zarzuty, stawiane poglądom Halbana i Tandlera, nie są trudne do obalenia, ponieważ autorowie ci bynajmniej nie odrzucają zdolności więzadeł macicy do utrzymywania jej w zawieszeniu w jamie miednicy, twierdzą atoli, że wobec wzmoczonej tłoczni brzusznej więzadła macicy, składające się z tkanki łącznej i gładkich włókien mięśniowych, nie są w stanie opierać się długo i rozciągają się. Jeżeli naprz. w przypadkach zupełnego pęknięcia krocza niema wypadnięcia, to prawdopodobnie dlatego, że jeden z ważnych czynników wypadnięcia — tłocznia brzuszna wobec nietrzymania kału jest świadomie zredukowana do minimum. Mówiąc o znaczeniu więzadeł macicy dla utrzymania jej w prawidłowym położeniu, pamiętać należy, że z punktu widzenia ontogenezy, przodozgięcie macicy powstaje wcześniej, niż później rozwijające się mezodermalne pęczki mięśniowe i naczynia t. j. więzy przystosowują się do położenia macicy, nie zaś odwrotnie.

Głównym powodem do nieporozumień w odczycie N. jest stosowanie przez Kol. N. nazwy fasciae endopelviniae i do fascia visceralis pelvis, i do fascia levatoris ani superior et inferior i do fascia trigoni czy diaphragmatis urogenitalis i do samego trigonum. Stąd wynika ogromna trudność zorientowania się we wskazówkach technicznych zabiegów operacyjnych, proponowanych przez kol. N.

Bumm naprz., którego poglądy w sprawie wypadnięć macicy, acz

wcześniej wypowiedziane, są bardzo zbliżone do stanowiska kol. N., proponując swoją metodę zeszywania krocza, zaznacza wyraźnie, że za główny narząd, zamykający drogi rodne, uważa trigonum urogenitale wraz z zawartymi w niem mięśniami i dlatego radzi, aby w colporrhaphia posterior obok środkowego cięcia podłużnego słuzówki dodać poprzeczne na wysokości strzępów błony dziewiczej, obnażyć cały rozerwany tylny odcinek trigoni urogenitalis i zeszyć go pośrodku.

Wertenstein zapytuje prelegenta, czy często udaje mu się widzieć podczas operacji t. z. lig. cardinale, gdyż ze względu na to, że każdy z autorów co innego pod tym tworem rozumie i inaczej nazywa, wnosić należy, że mamy tu do czynienia nie z jednostką anatomiczną ściśle określoną, lecz z jednostką niejednorodną, lub nie bardzo wyraźną. Dalej, co się tyczy przypisywanej temu więzowi czynności dźwigacza macicy, to gdyby istotnie rzecz się tak miała, dążenie do nadania mu utraconej sprawności za pomocą skrócenia go lub zeszywania, na wzór np. więzu obłego byłoby najkrótszą drogą operacyjną do leczenia wypadnięcia macicy, usunęłoby bowiem od razu powodujące to ostatnie wydłużenie lub rozciągnięcie omawianego więzu. Żaden z operatorów jednak dotychczas ani tego nie wykonał, ani też proponował (Bumm radzi zbliżenie nasady lig. cardinale, ale to jest co innego). Wreszcie z powodu podnoszonego przez prelegenta znaczenia dla podtrzymania macicy fasciae endopelvinæ Wertenstein przypomina, że takiej jej formacji, jaką jest np. u mężczyzn fascia Donnavilliersi v. rectovesicalis, u kobiet nie ma, anatomowie nie widzieli wyraźnej powięzi ani na przedniej, ani na tylnej ścianie pochwy, teoretyczne zatem podstawy dyskusowanego odczytu nie są przekonujące.

Natanson w odpowiedzi Wertensteinowi zaznacza, że nie może być mowy o skróceniu lig. cardinale, gdyż one nie dają się oddzielić ani od tętnicy macicznej, ani od moczowodów, chociaż widać je zupełnie wyraźnie. Czasami więzy te są bardzo mocne, jak to bywa z więzami obłymi, które w rozmaitych przypadkach są rozmaitej grubości. Odpowiadając kol. Natansonowi Wertenstein wskazuje, że odległość moczowodów od macicy wynosi $1\frac{1}{2}$ —2 ct., a w razie wydłużenia t. zw. lig. cardinale jeszcze więcej nawet.

Monsiorski, nie dotykając innych kwestyi, poruszonych w odczycie N., zwraca uwagę głównie na to, że kol. N. nie docenia znaczenia zszywania mięśni unoszących odbył. Kolega M., opierając się na b. licznych przypadkach, operowanych w ciągu ostatniego 14 roku, uważa, że zeszywanie tych mięśni nie tylko daje kosmetycznie piękne krocza, ale stanowi b. znaczną podporę dla organów rodnych i jako środek leczniczy jest zupełnie wystarczający nawet w b. znacznych stopniach opuszczenia, byleby tylko nie było zupełnego wypadnięcia macicy. W tych ostatnich przypadkach kol. M. stwierdził, że samo zeszywanie tych mięśni nie daje pożądanego wyniku.

Natanson odpowiada Monsiorskiemu, że nie postępuje z zeszywaniem mięśni unoszących odbył, lecz jest zdania, że zbyt jest dokładne wyszukiwanie tychże mięśni. N. może zademonstrować cały szereg chorych, gdzie jedynie zeszywanie powięzi dało doskonały wynik.

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 28 kwietnia 1911 r.

1. *Stankiewicz Czesław* zdał sprawozdanie z ostatniego zjazdu chirurgów w Berlinie, szczegółowo omawiając kwestye, dotyczące ginekologii i ogólnej chirurgii.

2. *Huzarski* wygłosił odczyt pod tytułem: Drgawki porodowe i nowe teorye powstawania, jakoteż nowe metody lecznicze.

Odczyt składa się z 2 części: w pierwszej H. opisuje nowe teorye powstawania drgawek porodowych, w drugiej zaś nowe metody lecznicze. Wspomniawszy w kilku słowach o starych teoryach, H. przechodzi do nowych teoryi i opisuje szczegółowo cztery.

Pierwsza teorya Boucharda i Riviere'a o samozatruciu ma za podstawę pogląd, że ustrój należy uważać za zbiornik i za laboratorium trucizn. Teorya Riviere'a wychodzi z tego założenia, że w ciąży z jednej strony wytwarzanie się jadów jest wzmożone, a z drugiej wydzielanie się tychże jest utrudnione. Bouchard próbował dowieść jadowitości moczu, wstrzykując go zwierzętom. Schumacher twierdzi, że działanie siły trującej ludzkiego moczu na ustrój zwierzęcy zależy głównie od stopnia stężenia moczu. Surowica chorych na drgawki porodowe nie jest bardziej trująca, niż inne surowice. Zdaniem wielu autorów, surowica krwi działa bardziej trująco, mocz zaś mniej trująco. Teorya Boucharda została obecnie zarzucona. Druga teorya, wypowiedziana na kongresie ginekologicznym w Giessen przez Fehlinga, ma za podstawę przypuszczenie, że przyczyny powstania drgawek porodowych należy szukać w płodzie. Według tej teoryi, ostateczne wytwory przemiany materii płodu dostają się z powrotem do krwi matki. Te toksyny płodowe łączą się w krwiobieg z matczyną krwią i tym sposobem zwiększają jadowitość krwi, przez co stawiają większe wymagania narządom wydzielniczym, a mianowicie wątrobie i nerkom. Zdaniem niektórych autorów, chodzi tu o nagromadzenie się we krwi materiału, dającego włóknik czyli globuliny, jako oznaki zaburzenia w przemianie materii. Globulina zaś, wprowadzona doświadczalnie do krwiobiegu, działa nadzwyczaj toksycznie, wywołuje bowiem drgawki, śpiączkę, gorączkę, zapasę i ostatecznie śmierć. Jeżeli przyjmemy, że płód jest źródłem jadu, to łatwo zrozumieć częstość drgawek przy bliźniętach. Fehling zwrócił uwagę, że po śmierci płodu bardzo rzadko dochodzi do drgawek porodowych; w przewlekłym zapaleniu nerek u ciężarnych często nie dochodzi do drgawek. Teorya ta ma swoje słabe strony, na które wskazał Blumreich, oprócz tego nie tłumaczy ona powstawania drgawek porodowych w pociu. Trzecia teorya o łożyskowym pochodzeniu drgawek porodowych, została szczegółowo opracowana przez Veita. Wiadomo, że u zdrowych ciężarnych i rodzących można znaleźć we krwi komórki łożyskowe, a mianowicie kosmki i części tychże. Veit nazywa ten objaw przeniesieniem komórek. Wiadomo z doświadczeń Ehrlicha, że przedostawanie się pewnych komórek do krwiobiegu wywołuje tworzenie się jadów, które na tego gatunku komórki działają szkodliwie, a mianowicie rozpuszczają je. Na zasadzie swoich doświadczeń Veit doszedł do wniosku, że syncyolizyna działa hemolitycznie.

Pod wpływem przedostawania się komórek łożyskowych wytwarza się we krwi matczynej jad. W prawidłowych warunkach przedostaje się powoli niewiele komórek, gdy to przedostawanie się ma miejsce nagle i w większej ilości, wówczas wytwarza się większa ilość jadu. Przyjęcie syncyciolizyny daje nadzieję wynalezienia antitoksyny, a więc polepszenia naszej, dotychczas czysto empirycznej, teorii. Ażeby swojej teorii nadać grunt teoretyczny, Veit powiązał ją z pojęciami Ehrlicha o tworzeniu się przeciwciał i z tak zwaną teorią bocznych ogniw. W tem miejscu autor przytacza nowsze badania Weichardta, R. Freunda i Liepmanna. Wstrzykiwali oni zwierzętom wewnątrzżylnie niefiltrowany sok, wyciśnięty z łożyska, przyczem znajdowali u zmarłych z tego powodu zwierząt w większości przypadków liczne zakrzepy, skąd wnoszą, że łożysko zawiera składniki toksyczne. Lichtenstein osiągnął przez wstrzykiwanie emulsji z kredy szlamowanej lub gliny do krwiobiegu u królików te same wyniki, co z niefiltrowanym sokiem wyciskanym z łożyska, przez co zadał ciężki cios powyższemu badaniom. Czwarta teoria uważa drgawki porodowe za samozatrucie pośrednimi produktami przemiany materii. Wiadomo, że pośrednikami procesów przemiany materii są ciała, nieznane ze swej chemicznej budowy, które poprzednio nazywano enzymami, a obecnie powszechnie są znane jako fermenty. Takie fermenty istnieją w najrozmaitszych organach; działanie ich jest ściśle specyficzne. Wszystkie fermenty działają silnie toksycznie. Każde zaburzenie prawidłowego przebiegu działania fermentów wywołuje nadmierną produkcję po większej części trujących pośrednich produktów przemiany materii o charakterze kwasów; mówimy w takim razie o zatruciu kwasami. Zweifel wypowiedział pogląd, że jest więcej, niż prawdopodobne, że w drgawkach porodowych mamy do czynienia z podobnem zatruciem kwasami. Zweifel dowiódł obecności kwasu mlecznego we krwi chorych na drgawki. Z dawniejszych badań wiadomo było o zwiększonym wydzielaniu się acetonu w drgawkach. Jeżeli wyjdziemy z założenia, że drgawki porodowe stanowią tylko chorobowy wyraz najwyższego napięcia fizjologicznego procesu, to można oczekiwać, że i w moralnie przebiegającej ciąży dadzą się zauważyć podobieństwa do obrazu samozatrucia. Dane co do alkaliczności krwi u ciężarnych, która przy zatruciu kwasami powinna być zmniejszona, wahają się. Pewne znaczenie mają dane o wydzielaniu się acetonu w moczu ciężarnych i rodzących. Aceton trzeba również uważać za niedostatecznie utlenione ciało. Kraus twierdzi z całą stanowczością, że zatrucie kwasami trzeba uważać za przeszkody w działaniu fermentu. Na zasadzie działania fermentu przy zastrzykiwaniu do krwiobiegu zwierzęcia, użytego do doświadczeń, przychodzimy do wniosku, że zmiany otrzymane podobne są do zmian klinicznych i anatomicznych, ustalonych dla drgawek porodowych. Obraz zatrucia u zwierząt, poddawanych doświadczeniu, wyraża się przeważnie w krótkim oddechu, upadku działalności serca, po jednoczesnem początkowem podniesieniu się ciśnienia krwi, zmniejszeniu produkcji ciepła i ostatecznie ogólnej zapaści; jest to obraz, mający w niektórych zarysach podobieństwo z ostatnimi okresami drgawek. W krótkości cała ta sprawa da się streścić w następujący sposób: płód, być może —

przeważnie łożysko, wydziela jeden lub kilka fermentów do macicznego krwiobiegu, który w niepomysłnych warunkach wywiera niepomysłny skutek na stan ciężarnej; gdy ten napad jest szczególnie gwałtowny, lub też gdy urządzenia zabezpieczające nie wstarczają, wówczas ma miejsce ciężkie zachorowanie; gdy system nerwowy znajduje się w stanie szczególnego usposobienia, które z powodu samej ciąży jest wzmożone, wówczas obraz chorobowy zostaje uzupełniony przez drgawki. Następnie H. poświęca kilka słów innym teoryom pochodzenia drgawek porodowych. W drugiej części referatu H. opisuje nowe metody leczenia drgawek porodowych. Wspomina przytem o starych metodach leczenia morfiną, chloralem i chloroformem. Dalej mówi o gorących zawijaniach, krwipuszcie, jako też zastrzykiwaniu soli kuchennej. Wspomina także o metodzie leczenia Stroganowa, jako też o stosowaniu veratrum viride, organicznych preparatów (tyreoidyna i paratyreoidyna), kali jodatum i hirudiny (wyciągu z pijawek). Za główne wskazanie uważają powszechnie przyspieszenie rozwiązania. W pomysłnych warunkach stosuje się kleszcze lub obrót. Gdy drogi porodowe nie są przygotowane, należy sztucznie rozwiązać. Istnieją trzy sposoby sztucznego rozwiązania: rozszerzenie ujścia macicznego na tępo, za pomocą balonu Champetier lub przyrządu Bossiego, cięcie cesarskie brzuszne i cięcie cesarskie pochwowe. H. zaleca stosowanie metreuryntera lub balon Champetier de Ribesa, natomiast odradza stosowanie rozszerzadła Bossiego. Cięcie cesarskie brzuszne uważa za zabieg ciężki, natomiast gorąco poleca cięcie cesarskie pochwowe podług Dührssena, daje ono najlepsze wyniki, gdy jest stosowane natychmiast po pierwszym napadzie. Śmiertelność po tym sposobie leczenia wynosi tylko 6,5%. Następnie H. opisuje drugą nową metodę w leczeniu drgawek porodowych, a mianowicie odłuszczenie torobek nerkowych (decapsulatio renum), zastosowaną po raz pierwszy przez Edebohlsa; przez zmniejszenie ciśnienia wewnątrznerkowego i poprawienie warunków cyrkulacyjnych wpływa ona pomyślnie na wydzielanie się moczu i napady. Śmiertelność operowanych w ten sposób jest jeszcze bardzo wysoka: na 60 operowanych zmarło 20, czyli $\frac{1}{3}$ część. H. przytacza szereg przypadków z pomyślnym skutkiem po dokonaniu tej operacyi. Następnie objaśnia sposób działania odłuszczenia podług Sippela. Nie należy zbyt długo czekać z dokonaniem tej operacyi, gdyż powstają w organach wewnętrznych uszkodzenia nie do naprawienia. Odłuszczenie powinno być zachowane dla bardzo ciężkich przypadków połogowych, w których wszystkie inne zabiegi okazały się daremnymi.

(Streścił mówca).

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 26 maja 1911 r.

1. *Janczewski Władysław* przedstawił chorą J. K. lat 36 z prowincyi, która przybyła na oddział D-ra Cierchomskiego z powodu guzów, wychodzących, jakoby, z organów rodnych. Po dokładnem zbadaniu znaleziono ciążę w VIII miesiącu.

Chora zaczęła miesiączkować w 15 roku życia. Peryody były zawsze

prawidłowe o typie 4 — 5 dni co 4 tygodnie. W 21 roku wyszła za mąż. Nie ronila nigdy. Rodziła 3 razy; ostatni raz przed 7 laty. Po ostatnim porodzie przez 4 lata nie było zupełnie peryodów, potem zjawila się miesiączka nieobfita, która trwała jedną dobę, i znów przez 3 lata nie było peryodu. Od lutego r. b. chora uczuwa bóle i rozpieranie w dole brzucha, przyczem zauważyła, że brzuch powiększa się. Chora nie przypuszczała nawet, że jest w ciąży. Zapytywana co do ruchów nie mogła dać stanowczej odpowiedzi. Przy badaniu wyraźniej wyczuwa się drobne części płodu, oraz wysłuchać można tętno i nawet stwierdzić ruchy.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość zatrzymywania się peryodu w przeciągu tak długiego okresu.

(Streścił mówca).

2. *Neugebauer* przedstawił: 1) 22-letnią wieśniaczkę, u której tydzień temu zaszył przetokę pochwową porodowego pochodzenia. Chora, z przetoki wyleczona, powraca jutro do domu. Neug. przedstawia chorą dziś nie z przyczyny owej przetoki moczowej, lecz z powodu pewnej osobliwości wrodzonej ustrojowej, nader rzadkiej. Już po raz pierwszy badając chorą, Neugeb. zauważył u niej znaczne owłosienie grzbietu w okolicy lędźwiowo-krzyżowej: *Hypertrichosis lumbosacralis* o gęstych włosach, do 6 centymetrów długości mających. *Hypertrichozie* w tem miejscu niektórzy autorowie przypisują patognomoniczne znaczenie w rozpoznaniu tak zwanej *spinæ bifidæ occultæ*. Już za życia płodowego, podług Rankego, w tem miejscu znajduje się pasmo dłuższych włosów, które wykazują tak samo swiderkowaty układ korzeni, jak na zakończeniu ogona zwierzęcego. Ponieważ w tem miejscu rozszczęp kręgosłupa rozwojowy najpóźniej się zamyka i najpóźniej rzeń się od powłók skórnych oddziela, już Escher zwracał uwagę na częstość nieprawidłowości rozwojowych w tem miejscu. Do tych nieprawidłowości należy i tak zwana *spina bifida occulta*, 'czyli rozszczęp łuków kręgowych bez udziału patologicznego w nim zawartości kanału kręgosłupa, czyli bez równoczesnej meningo — lub też *myelomeningocele*. Neug. już w roku 1907 w pracy swojej o owłosieniu mężczyzn i kobiet, w *Gazecie Lekarskiej* drukowanej, podał rysunki dwóch osób dorosłych, *hypertrichosi lumbosacrali* wobec *spinæ bifidæ occultæ* dotkniętych, mianowicie mężczyzny, przez Ornsteina opisanego, i kobiety, przez Virchowa opisaną. W te same prace podał Neug. rysunek noworodka o *meningocele lumbosacralis cum spina bifida*, *hypertrichosi lumbosacralis* oraz tak zwanym *prolapsus uteri congenitus*. Podejrzewając, że u przedstawianej dziś wieśniaczki istnieje również tak zwana *spina bifida occulta*, Neug. poprosił kolegę Judta o zbadanie chorej promieniami Roentgena. Rzeczywiście, przezroczce rentgenowskie wykazuje tylny rozszczęp łuku czwartego kręgu lędźwiowego, mianowicie po stronie prawej. Zdjęcie udało się znakomicie. Neugeb. demonstrowa zarówno samo przezroczce jak i fotogram odpowiedni. Sprawdziło się więc podejrzenie Neugebauera, lecz, niestety, niewyświetlony pozostaje i nadal związek pomiędzy ową *spinæ bifidæ* a osobliwym owłosieniem danej okolicy.

2) Neug. przedstawia nowy przyrząd — receptor dla moczu Kroemera,

bardzo pomysłowy. Przyrząd ten przeznaczony jest dla kobiet o przetokach moczowych, które z jakiegokolwiek przyczyny na razie nie mogą poddać się operacyjnemu zamknięciu przetoki. Recypient moczu Kroemera jest o wiele praktyczniejszy od tak zwanych urinoirs, dotąd używanych, na pasie dokoło brzucha umocowanych. Jest to rodzaj pessarium occlusivum o podwójnych ścianach. Samo pessarium służy jako receptor moczu, z przetoki wypływającego, i posiada u samego dna wylot w kształcie długiej rurki gumowej o kraniku przy samym końcu — w miarę potrzeby chora kranik otwiera i zebrany w pessarium mocz wypuszcza. Aby pessarium nie wyleciało z pochwy, posiada ono podwójne ściany. Do próżni pomiędzy podwójnymi ścianami prowadzi rurka gumowa, również o kraniku przy dolnym końcu, przez którą chora wdmuchiwa balonikiem lub strzykawką odpowiednią ilość powietrza, mianowicie, aby pessarium już z pochwy nie mogło wylecieć. Ucisk, przez owe pessarium wywierany, jest tak minimalny, że żadnych ujemnych następstw nie wywołuje. Neugeb. poleca receptor Kroemera, jako lepszy od dotychczas używanych zbiorników.

3) Neugeb. przedstawia in effigie trzy nowsze spostrzeżenia wrzekomego obojactwa z piśmiennictwa francuskiego, z których każde zasługuje na uwagę. Do szpitala de la Croix-Rousse skierowano 57-letnią kobietę, która wyszła za mąż w 17-ym roku życia. Po 27-letnim pożyciu wspólnym mąż ją opuścił. Chorą skierowano do szpitala z rozpoznaniem „*appendicitis acuta*“ dla natychmiastowej operacji. Badanie chorej ujawniło, że jest ona zapożyczonym spodźcem męzkim o kryptorchizmie. Lewe jądro wykryto w kanale pachwinowym, prawe jądro leżało w jamie brzusznej tuż przy ścianie przedniej. Prawe jądro było zropiałe. Operacja ujawniła, że nie było wcale zapalenia wyrostka robaczkowego, a że chodziło po prostu o orchitis purulenta prawego jądra, zatrzymanego w jamie brzusznej. Osobnik ten, pomimo że należał do płci męskiej, pełnił jednak przez lat 27 w małżeństwie obowiązki żony, pomimo że posiadał tylko rodzaj sztucznie wytworzonej ślepo na wysokości 5 centymetrów zakończonej pochwy poniżej otworu cewki męskiej rozszczepionej. Hypospadiasis peniscrotalis — „*vagin artificiel — pseudovagin artificiel — par refoulement de la par suite du coite matrimonial pendant des longues années*“. Neugeb. przedstawia rysunki danego osobnika podług fotografii, po zrobionej operacji. Spostrzeżenie opisali Gayet i Jalifier.

Drugie spostrzeżenie opisali Tuffier i Lapointe. 20-letnia panna, zaręczona, zgłosiła się do szpitala Beaujon w Paryżu z prośbą o operacyjne usunięcie wygórowania, które zauważyła w jednej pachwinie. Badanie ujawniło, że panna ta była zapożyczanym spodźcem męzkim o descensus testiculorum incompletus. Wycięto kawałek guza z jednej pachwiny i stwierdzono, że chodziło o descensus incompletus testiculi. Operacji drugostronnej nie dokonywano. Neugeb. nie wchodzi w szczegóły co do organów płciowych, zaznacza natomiast, że cechy wtórne płciowe całej górnej połowy ciała nie tylko były kobiece, lecz że mniemana dotychczas panna odznaczała się taką urodą, że w 17 roku życia była modelką u znanego w Paryżu malarza. W 16 roku życia przedstawiła się jako manekin u jednego z pierwszorząd-

nych krawców paryzkich. Neugeb. demonstrował cztery fotografie tego osobnika.

Trzecie spostrzeżenie, opisane przez Pozziego i Magnana, dotyczy inwersji płciowej zupełnej. Osobnik lat 33 był żonaty 16 miesięcy, żył z żoną bardzo szczęśliwie i, gdy żona niedawno zmarła na suchoty płucne, bliski był samobójstwa z rozpaczy. Podczas ostatniej choroby żony musiał poddać się operacji w Paryżu. Pozzi po zbadaniu chorego oraz zebraniu wywiadów, przyszedł do przekonania, że osobnik ten jest raczej kobietą czyli rzekomym obojnakiem żeńskim, miesiączkującym od 14 roku życia. Pozzi rozpoznał nowotwór jednego jajnika i usunął na drodze cięcia brzucha włóknakiomęsak jednego jajnika, drugi jajnik okazał się prawidłowym. Wszystkie organy płciowe wewnętrzne były kobiece. Clitoris hypertrophica peniformis była przebita cewką moczową, moszna próżna, pochwa otwierała się do cewki in parte prostatica. Zewnętrzne organy płciowe czyniły wrażenie męskich przy kryptorchizmie. Popędy płciowe były czysto męskie, erekcje prącia energiczne, i osobnik ten pomimo, że posiadał jajniki, a nie jądra, spółkował jako mężczyzna z żoną tak, że żona nie podejrzewała nieprawidłowego w ustroju męża.

4) Neugebauer zdaje sprawę z przebiegu porodu u pacjentki, u której 5 lat temu z powodu wyciowania macicy porodowego pochodzenia dokonał operacji odnicowania sposobem Piccoliego. Chora przed operacją była przedstawiona przez Neugebauera na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, również demonstrował Neugeb. plan operacji na modelu, przez niego z plasteliny zrobionym. Gdy chora wypisywała się ze szpitala, Neugeb. zażądał, aby w razie ponownego porodu przybyła do szpitala, ponieważ obawiał się powikłań następnych w związku z operacją dokonaną.

Obecnie pacjentka, po przebyciu ciąży bez jakichkolwiek zaburzeń, oczekiwała porodu dnia czwartego kwietnia 1911 r. We środę dnia 5-go kwietnia zaczęły wody odchodzić, we czwartek wieczór chora przybyła do szpitala. O godz. 11-tej wieczór nastąpiło pomyślne samodzielne rozwiązanie. Urodził się chłopczyk. Ponieważ po urodzeniu się dziecka macica krwawiła dosyć znacznie, Neugeb. już przed wyjściem łożyska zastosował trzy strzykawki wyciągu sporyszu. Po wyciśnięciu łożyska z macicy krwawienie ustało. Połóg odbył się bez jakichkolwiek powikłań i matka z dzieckiem już po kilku dniach powróciła do domu. Łożysko było dwudzielne. Placenta bipartita, nie bilobata. Most, dzielący dwa płaty łożyska, miał 6 centymetrów wysokości, jeden płat łożyska 16 centymetrów wysokości, drugi tylko 11, szerokość obu płatów razem, czyli całego łożyska, wynosiła 22 centymetry. Czy owa dwudzielność łożyska stoi w jakimkolwiek związku przyczynnym z operacją, poprzednio dokonaną? Czy łożysko było usadowione na tylnej ścianie macicy tak, że jeden płat łożyska miał siedzibę po prawej stronie blizny pooperacyjnej tylnej ściany macicy, drugi po lewej, a ów most odpowiadał miejscu blizny macicznej pooperacyjnej? Neugeb. nie śmie potakując odpowiedzieć na to pytanie, nie może jednak wykluczyć takiego przypuszczenia. Po pierwsze, nie wprowadzał ręki do jamy macicy i nie może powiedzieć, czy rzeczywiście łożysko było usado-

wione na tylnej ścianie macicy, a powtórnie daremnie szukał w kazuistyce porodów po dawniejszym cięciu cesarskim przypadków, w których skonstruowano podobną dwudzielną łożyska, nie mówiąc już o tem, że dotychczas nikt nie wspominał o przypuszczeniu związku przyczynnego pomiędzy kształtem łożyska, ewentualną dwudzielną jego, a obecnością blizny pooperacyjnej w ścianie macicy.

Dotychczas, o ile Neugeb. wiadomo, opisano dopiero pięć porodów po operacji Kuestnera, dokonanej w celu usunięcia wycięcia macicy. Kobieta, u której Kuestner dokonał swojej pierwszej operacji w roku 1893, urodziła w trzy lata po owej operacji ponownie i zmarła wskutek zakażenia połogowego. Ponieważ zaszły trudności przy wyjściu łożyska, jakaś babka pomagała ręcznie. Hasenjaeger przypuszcza, że musiały tu zachodzić trudności co do usunięcia łożyska, które wywołały owe wtrącanie się do porodu owej baby wiejskiej. Keilmann osobiście operował przy inwersyi sposobem Kuestnera w roku 1902. W roku 1906 kobieta urodziła sponte żywe dziecko, lecz zaszło powikłanie z łożyskiem. Gdy akuszerka sama nie mogła usunąć łożyska pomimo groźnego krwotoku w pół godziny po porodzie, wezwano po trzech godzinach lekarza. Ten zastał chorą bez tętna, usunął łożysko ręką i chorą uratował. Łožysko było usadowione na przedniej ścianie macicy. Trzecie spostrzeżenie porodu po operacji Kuestnera opisał Born. Poród po 5 latach: silny krwotok zmusił do wyciśnięcia łożyska, wyzdrowienie. Czwarte spostrzeżenie porodu po operacji tej opisał Graeve: partus spontaneus po dwóch latach. Piąte Heinrichus; szczegóły nie podane. Neugebauera więc spostrzeżenie jest dopiero 6-te.

Operacyjnego usunięcia wycięcia porodowego macicy opisano dotychczas w prasie polskiej zaledwie kilka przypadków. Pierwsze ogłosił Neugebauer w roku 1906, drugie profesor Mars w roku 1908, trzecie i czwarte Czyżewicz w roku 1909, a piąte Śląski w roku 1911.

Dalej Neugeb. pokazuje I zeszyt V-go tomu wydawanego w japońskim języku w Tokio przez prof. Ogata Archiwum Ginekologicznego, Fujinka Kiyo. Zeszyt zawiera 330 stronic treści i szereg litograficznych tablic, przy końcu zaś na 58 stronicach streszczenie krótkie, po niemiecku drukowane. Neugeb. otrzymał czasopismo to od redaktora prof. Ogata równocześnie z zaproszeniem na członka honorowego redakcyi.

Nareszcie Neugeb. w krótkich słowach streszcza artykuł Bokelmanna o martyrium św. Agaty w 20 wieku, ogłoszony wraz z rysunkiem, przedstawiającym św. Agatę, męczennicę rzymską, której piersi obcięto, w Monatschrift f. Geb. u. Gyn. w zeszycie czerwcowym 1911. Bokelmann w artykule tym występuje bardzo ostro przeciwko zastosowanej przez Sellheima, a następnie raz przez Herzenschneidera amputacyi sutek dla zwalczania ataków eklamptycznych. Sellheim amputował obie piersi wskutek poporodowej eklampsyi u młodej położnicy — przypisując uratowanie chorej temu zabiegowi — Herzenschneider amputował obie piersi u 18 letniej panny, gdy po cesarskim cięciu napady drgawek dalej się powtarzały.

(Streścił mówca).

W dyskusji nad odczytem Huzarskiego w sprawie leczenia drgawek porodowych zabrał głos Cykowski i wypowiedział, co następuje:

W odczycie o drgawkach porodowych Huzarski zestawil powszechnie znane teorye powstawania tego cierpienia, zarówno nowe, jak i dawne, dziesiątki lat liczące, obok metod leczniczych, w drgawkach stosowanych. Śród tych ostatnich znajdujemy i te, które stanowią dorobek doby dzisiejszej, jakoteż i metody zdawna zalecane, a temsamem wszystkim wiadome.

W odczycie swym, mówca przytoczył bardzo wielu autorów niemieckich, francuskich, włoskich i innych, natomiast w zupełności pominął cały szereg autorów polskich.

Zdawałoby się mogło po wysłuchaniu wspomnianego odczytu, iż w zwalczaniu drgawek porodowych, tej istotnej *januae mortis*, my polacy zgola nie braliśmy udziału. Na szczęście, tak źle nie jest. To też uważa C. za właściwe i nieodzowne przypomnieć choć pokrótce odnośne piśmiennictwo polskie.

Do ogłoszonych dawniej należą prace: Miłosza (1855), Wolberga (1866), Rybickiego (1871) i Stypińskiego (1886).

Z piśmiennictwa nowszego wymienić należy prace następujące: Popiel w roku 1899 ogłosił w „Medycynie” nader obszerną pracę o drgawkach porodowych. W pracy tej nagromadził nadzwyczaj wiele materiału naukowego, opartego na wielkiej liczbie dzieł i rozpraw, zestawiając wszystkie wówczas znane teorye o powstawaniu omawianego cierpienia, jakoteż wszelkie metody odnośnego postępowania lekarskiego. Osobiście autor zaleca stosowanie upustu krwi z następczemi wlewaniem solnemi, przez co osiąga się poniekąd rozcieńczenie krwi, nasyconej szkodliwemi substancjami. Narkotyków unika, przestrzegając przed ujemnem działaniem chloroformu na mięsień sercowy, oraz morfiny, — na oddychanie i działalność nerek. Lecząc i płody, po leczeniu drgawek narkotykami, rodzą się bardzo często w głębokiem uśpieniu i niekiedy nie sposób ich do życia przywrócić.

Również w „Medycynie”, w roku 1902, ogłosił Gaszyński 11 przypadków własnych drgawek porodowych. Autor w zasadzie jest zwolennikiem przedewszystkiem możliwie szybkiego ukończenia porodu, przez co ustrój rodzącej pozbędzie się źródła toksyn, obok tego autor zaleca przepłukanie ustroju matki fizyologicznym roztworem soli kuchennej po wydobyciu płodu, obok stosowanego po rozwiązaniu w pewnych razach i upustu krwi, o wartości którego wyraża się wogóle dość powściągliwie. Narkotyków autor ten nie stosuje.

Stanisław Dobrowolski ogłosił w r. 1904 rzecz o cytotoksynach łożyskowych.

Pełnie niezależnie od prac Veita, Scholtena, Charrina, Delfmarea, Liepmanna, Ascoliego — Dobrowolski jeszcze w roku 1901 rozpoczął w pracowni bakteriologicznej prof. Nowaka szereg odnośnych badań doświadczalnych, wychodząc z założenia, że jeżeli jady komórkowe wogóle, dla tych lub innych tkanek swoiste, niszczą odpowiednie tkanki, to i toksyny łożyskowe muszą powodować zmiany destrukcyjne w łożysku. Innemi słowy — autor pragnął wyświecić, „jakie zmiany zachodzą w łożyskach pod wpły-

wem swoistej toksyny i czy prowadzą one w dalszym następstwie do przerwania ciąży". Do doświadczeń swych używał Dobrowolski wyłącznie surowicy heterotoksycznej, stosując ją u zwierząt tego gatunku, z którego pochodziło łożysko. Doświadczenia swoje D. podzielił na 3 główne grupy. Do grupy pierwszej należą doświadczenia, wykonane z surowicą heterotoksyczną swoistą dla świnek morskich; do drugiej — z surowicą heterotoksyczną swoistą dla królików; wreszcie grupa trzecia obejmuje badania, odnoszące się do surowicy toksycznej swoiste dla kobiet.

We wnioskach, do jakich na mocy swych doświadczeń doszedł, autor między innymi orzekł, iż surowica łożyskowa heterotoksyczna „wprowadzona zwierzętom pod opony, nie wywołuje innych zaburzeń, jak wprowadzenie takiej samej ilości innego płynu, a przedewszystkiem nie wywołuje żadnego typowego obrazu drgawek, któryby był podobny do drgawek porodowych, przytrafiających się u kobiet“.

Starzewski w niewielkiej, lecz bardzo treściwej rozprawie z r. 1906 wykazał wpływ wydaliny jaja płodowego na uszrój matki, rozróżniając zakażenie ciążowe, przebiegające wśród warunków fizyologicznych i zakażenie ciążowe patologiczne, działające w sposób ujemny na uszrój ciężarnej. Za najcięższą postać zakażenia ciążowego patologicznego autor uważa drgawki porodowe. Zgodnie z powyższym poglądem, leczenie drgawek polegać musi na uwolnieniu ustroju ciężarnej od szkodliwego nadmiaru wydaliny jaja płodowego. Osiągnąć cel ten możemy albo wprost przez upust krwi, albo pośrednio — przez sztuczne podniesienie wydatności pracy narządów wydających rodzącą. Upustowi krwi — zdaniem autora — powinno zawsze towarzyszyć wlewanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Oprócz wymienionych autorów zabierali jeszcze głos o drgawkach porodowych: Mundsztuk (1900), Pomorski (1904) i Jaworski (1904). Ten ostatni omawiał przypuszczalną zależność drgawek porodowych od groźnego, a nieraz nagłego wtargnięcia kosmków do obiegu krwi matki.

Osobiście sprawę leczenia eklampsji porodowej poruszył C. w naszym Tow. Lekarskiem dwukrotnie.

W roku 1904 ogłosił 23 przypadki drgawek porodowych, spostrzegane przez się w tutejszym Instytucie Położniczym. (Cykowski. „Przyczynek do leczenia eklampsji“. Ginekologia, 1904. № 9).

W 19 przypadkach stosował upust krwi i wlewanie solne, do czego dodawał i przyspieszenie rozwiązania, na które patrzy jako na uzupełnienie wspomnianego zespołu upustu i wlewań.

Dokonywanie upustu i wlewań przed rozwiązaniem, stosowane dotąd w pojedynczych zaledwie przypadkach, w opracowaniu Cykowskiego zyskało wartość istotnej metody leczniczej. Odsetka śmiertelności matek, dzięki stosowaniu wspomnianej metody leczniczej, w Instytucie Położniczym spadła z 40% na 13%.

Odczyt C. wywołał ożywione rozprawy na posiedzeniach ginekologicznych, jak o tem świadczy sprawozdanie, podane w № 9 „Ginekologii“ t. r., zaś dr. Neugebauer umieścił go in extenso w niemieckich „Jahresher.“ akusz-gin.

Powtórnie zabrał C. głos o leczeniu drgawek porodowych na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. w maju 1906 r. W odczycie (Cykowski. „Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsji porodowej”) zestawił odnośnie piśmiennictwo amerykańskie, angielskie, czeskie, francuskie, niemieckie, polskie i włoskie i, na podstawie zaznajomienia się z pracami oryginalnemi, wykazał, iż twórcą stosowanego przezeń zespołu wenesekcji i wlewań solnych, z zupełnem pominięciem narkotyków, jest Francuz Terré, który już w r. 1894 ogłosił 2 ciężkie przypadki drgawek porodowych, powyższą metodą leczonych. Terré oświadcza, iż temu właśnie zespołowi zawdzięcza ocalenie życia swoich chorych, C. uważa zespół ów za jedyny zabieg leczniczy w drgawkach, zarówno podczas ciąży jak i podczas porodu występujących, jaki w zasadzie w każdym przypadku, od pierwszej chwili wybuchu cierpienia, natychmiast zastosowany być powinien.

W odpowiedzi na pracę Cykowskiego ogłosił Czyżewicz (junior) w r. 1905 w „Ginekologii“ kazuistykę własną, opartą na 85 spostrzeżeniach, sięgających r. 1871. W pracy tej autor podał różne metody lecznicze, w drgawkach porodowych stosowane, w zależności od poglądów, jakie w danym okresie czasu przeważały.

Z. Endelman zaznacza, że postępowanie akuszerskie w drgawkach porodowych dotychczas nie jest ustalone. W ostatnich czasach wyszły dwie prace, zajmujące się tą sprawą. W jednej, z kliniki prof. Veita, Fromme zaleca czynne postępowanie, a mianowicie szybkie rozwiązanie po jednym lub dwóch napadach. W 34 przypadkach, w ten sposób traktowanych, nie miał on ani jednego wypadku śmiertelnego. Drugi autor — Roth ogłosił wyniki stosowania metody Stroganowa w klinice drezdeńskiej. Metodę tę poleca Roth nadzwyczaj gorąco. W 33 przypadkach notuje on jeden tylko przypadek śmiertelny.

Widzimy więc, że w dwóch klinikach stosują biegunowo różne metody.

Jak więc postępować?

W lekkich przypadkach, lub w tych, które uważamy za lekkie, można zadowolić się leczeniem wyczekującym, a więc stosowaniem narkotyków podług Stroganowa, upustem krwi i wlewaniem soli kuchennej, jak to poleca Cykowski i t. d. We wszystkich jednak ciężkich przypadkach należy, zdaniem E., natychmiast przystąpić do rozwiązania rodzącej. Przy zamkniętej i niewyglądzonej szyi za najlepszą metodę uważa E. cięcie pochwowe cesarskie. Było ono stosowane w 3-ch przypadkach, z których dwa były operowane przez Goldberga, jeden zaś przez E. Z 3-ch pacjentek jedna zmarła na skutek zapalenia płuc. Zaznaczyć jednak należy, że we wszystkich przypadkach napady ustały po rozwiązaniu rodzącej. Co do cięcia cesarskiego klasycznego, którego w drgawkach E. dotychczas nie stosował, to należy je wykonywać przy dużym płodzie lub zwężonej miednicy.

Wertenstein zwraca uwagę na proponowane przez Latzkiego jeszcze w 1908 r., a zastosowane ostatnio w 2-ch przypadkach przez Heinzeego z doskonałym skutkiem — wyłyżczkowanie macicy nawet w razie, gdy łożysko całkowicie odeszło. Wspomniani autorowie wychodzą z założenia, że drgaw-

ki, powtarzające się po rozwiązaniu, powstają wskutek obecności na doczesnej jadu łożyskowego, który w ten sposób zostaje usunięty. Z nowszych metod leczenia drgawek porodowych wspomina Wertenstein jeszcze o proponowanych przez Einara *injectiones intraspinales* i o zastosowaniu wyciągu z pijawek, tamującego krzepnięcia krwi i zapobiegającego tworzeniu się zakrzepów.

Zaborowski jest zasadniczym przeciwnikiem cięcia cesarskiego pochwowego, w którym chirurg nad przebiegiem zabiegu nie panuje; broni cięcia cesarskiego klasycznego, jako zabiegu krótszego, jasnego i dającego większe szanse życia dziecka. Przynajmniej zabieg nie jest tak niebezpieczny, skoro na 27 przypadków z Przytulku I stracono tylko 2 chore. Dwie kobiety, operowane z powodu drgawek porodowych, opuściły zakład zdrowe z dziećmi żywymi. Szyje Z. zawsze 1-em piętrem z dodatkowymi szwami Lemberta. Trudne cięcie cesarskie trwa minimum 30—40 minut.

Huzarski w odpowiedzi przytacza kilka uwag w sprawie nowych metod leczenia drgawek porodowych. Co się tyczy cięcia cesarskiego pochwowego, to H. jest zdania, że operacja ta nie jest tak łatwa, jak to opisuje Dührsen, który dokonywa jej w ciągu 5 minut—cięcie i obrót na nóżkę. Na dowód tego H. przytacza przypadek ciężkich drgawek porodowych w 7 miesiącu ciąży u pierwiastki, przy nierozpoczętej sprawie porodowej, w którym, z powodu ciężkiego zatrucia ustroju już po 6 napadach drgawek zmuszony był dokonać cięcia cesarskiego pochwowego. Pomimo doskonałych warunków klinicznych operacja była ciężka i długotrwała; stąd H. wyciąga wnioski, że operacja ta powinna być dokonywana tylko w klinice przez lekarza, dobrze obeznanego z techniką operacyjną; głębokie uspienie chloroformowe jest warunkiem koniecznym. Pomimo rozpaczliwego stanu, operacja dała znakomity wynik; po operacji chora nie miała ani jednego napadu, przytomność wróciła, po kilkunastu godzinach zaczęła się diureza, ilość białka w moczu zmniejszyła się widocznie i chora po dwu tygodniach opuściła klinikę w dobrym stanie zdrowia.

Następnie H. przytacza statystykę śmiertelności po wyczekującym i czynnym leczeniu drgawek porodowych. Zweifel zestawiał materiały swojej kliniki i doszedł do wniosku, że czynna metoda lecznicza ma przewagę nad wyczekującą. Podczas gdy po wyczekującej metodzie śmiertelność wynosiła 32,6%, to po czynnej: głębokie nacięcia szyi podług Dührsena, mectreuryza—śmiertelność spadła do 15%. Śmiertelność dzieci w ostatnim przypadku wynosiła 40%. Friedman zestawiał 161 przypadków drgawek przed porodem, a zatem prognostycznie najcięższych, z których w 18 dokonano cięcia cesarskiego klasycznego, 63 były leczone czynnie podług metody Dührsena, a 80—wyczekująco; doszedł on do następujących wniosków: po stosowaniu cięcia cesarskiego śmiertelność matek wynosiła 38,9%, śmiertelność dzieci 37,5%, po metodzie Dührsena śmiertelność matek wynosiła 20,7%, śmiertelność dzieci 56,4% (w tem dużo przedwczesnych porodów), po wyczekującej zaś metodzie śmiertelność matek wynosiła 37,5%, śmiertelność dzieci 75,4%.

Z tablicy tej również widać przewagę metody czynnej nad wyczeku-

jąca. Co się tyczy cięcia cesarskiego pochwowego, to Dührsen zestawil 53 przypadki z 11 przypadkami śmiertelnymi, zatem śmiertelność wynosiła 20,75%. Co się tyczy cięcia cesarskiego klasycznego, to ze statystyki Hammerschläga widać, że śmiertelność wynosiła 55%; przewaga po stronie cięcia cesarskiego pochwowego jest widoczna.

Co się tyczy nowszej statystyki, to podług Seitza po stosowaniu cięcia cesarskiego pochwowego natychmiast po pierwszym napadzie, śmiertelność matek wynosi tylko 6,5%, po szybkim rozwiązaniu wynosi ona jeszcze 15%, śmiertelność dzieci zmniejsza się również przy tym sposobie o $\frac{1}{2}$.

Co się tyczy odluszczenia torebki nerkowej, to H. nie mając własnego doświadczenia, powołuje się na innych autorów. Wszyscy prawie jednogłośnie stwierdzają, że odluszczenie torebki nerkowej ratuje nieraz życie chorej. Gdy po rozwiązaniu chorej drgawki nie ustają, przytomność nie wraca i nerki nie funkcjonują, należy dokonać odluszczenia. Należy jednak pamiętać, ażeby nie czekać zbyt długo z dokonaniem tej operacji, gdyż wówczas powstają w organach wewnętrznych tak poważne zmiany, że nie już chorej nie jest w stanie uratować.

W większości przypadków rozpoczyna się diureza, napady ustają i chora wraca do przytomności. Zdaniem większości autorów, odluszczenie powinno być stosowane w bardzo ciężkich przypadkach drgawek połogowych, w których wszystkie inne zabiegi okazały się bezskutecznymi.

B. SZYBOWSKI.



Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: CZ14c - 146



BG 90975/1911/5/1-3